

Tókey Balázs

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS

PhD értekezés tézisei

Konzulens:
Vékás Lajos
professor emeritus

2014

I. A kitűzött kutatási feladat rövid összefoglalása

Nemcsak hazánkban, hanem az egész világon folyamatosan napirenden van az egészségügy és az egészségbiztosítás reformjának kérdése. A viták leginkább két kérdés körül forognak: egyfelől hogyan lehetne a folyamatosan növekvő költségeknek gátat szabni, a kiadásokat racionalizálni; másfelől hogyan lehet újabb forrásokat bevonni az egészségügybe, ami szintén elősegíthetné a bevételek és kiadások egyensúlyának megteremtését.

A magán-egészségbiztosítás szerepe az egészségügyről szóló viták keretében mindkét kérdéskör kapcsán fel szokott merülni: a magánbiztosítók színrelépése elvileg növelheti az egészségügyi szolgáltatók közötti versenyt, valamint azok tudatosabb és takarékosabb gazdálkodását, de az üzleti biztosítás egyben arra is alkalmas eszköz lehet, hogy a lakosság és a vállalkozások egészségügyi magánkiadásait megfelelő, racionálisabb keretek közé terelje.¹ Az, hogy az egyes országokban végül milyen szerep jut a magán-egészségbiztosításnak, az adott állam egészségbiztosítási rendszerétől függ, amelyek nagyon vegyes képet mutatnak, így a magán-egészségbiztosítás funkciója és súlya is igen eltérően alakul a különböző felépítésű egészségbiztosítási rendszerekben.

Hazánkban azonban egyelőre nem világos, hogy az elkövetkező években, évtizedekben milyen szerep fog jutni a magán-egészségbiztosításnak. A 2000-es években megindult reformfolyamat, amely a társadalombiztosításnak az egészségbiztosítási ágába is bevonta volna a magánbiztosítókat, még a bevezetése előtt elvetélt – legfőképpen a szakmai és társadalmi ellenállás miatt. Ettől függetlenül az üzleti biztosítók ma számos egészségbiztosítási terméket kínálnak, de a piac továbbra is igencsak kisméretűnek tekinthető.

Egyetértünk azokkal a vélekedésekkel, amelyek szerint hazánkban a magán-egészségbiztosítások térnyerése elsősorban a magánkiadások szabályozott becsatornázásával² a magyar egészségügyet megfertőző korrupció és az ellátások során megmutatkozó fájó egyenlőtlenségek csökkentésében³

¹ A magán-egészségbiztosítások további előnyeként szokták említeni, hogy növelik a választékot, a társadalombiztosításhoz képest jobban ki tudják elégíteni az egyéni igényeket. Lásd Sarah THOMSON és Elias MOSSIALOS (szerk.): Private health insurance in the European Union – Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (24th June 2009, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science) <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4216&langId=en> 18.

² A magánforrások egészségügybe történő szervezett bevonásáról lásd MERKELY Béla: „A magánfinanszírozás lehetséges irányai a komplex kardiológiai ellátásban” in GULÁCSI László, BAJI Petra, KOVÁCS Erzsébet, FARKAS Ramón, LEITNER György, GAMAL ELDIN Mohamed, SIMON Tamás, BALOGH Orsolya, BONCZ Imre: Magánpraxis, egészségbiztosítás, szerződés és biztonság http://www.biztositasiszemle.hu/files/201302/maganpraxis_2013_cikk_02_13_vegleges.pdf 8-10.

³ A magán-egészségbiztosítások ellenzői véleményünk szerint valamelyest hipokrita módon arra hivatkoznak, hogy a magán-egészségbiztosítások térnyerése esetén megszűnne az egyenlő ellátáshoz való jog. Valójában a – sokunk által ténylegesen átélt – tapasztalatok azt mutatják, e jog csak papíron létezik, a gyakorlatban teljesen esetleges (vagy rosszabb esetben a kapcsolati tőkétől, esetleg az anyagi helyzettől függ), hogy az állami egészségbiztosítás keretében ki milyen színvonalú ellátást kap. Lásd erről SINKÓ Eszter: „Értékrend váltás az egészségügyben avagy az átalakuló félben lévő egészségügy” *Esély* 2006/6. 30.

segíthetne. Meggyőződésünkhöz egy olyan modell állna a legközelebb, amelyben a társadalombiztosítás a rendelkezésre álló szűkös lehetőségekre tekintettel a jelenleginél csak korlátozottabb egészségügyi szolgáltatásokat nyújtana, de azokat tényleg mindenki számára egyenlően, szigorú sztenderdek szerint. Egy ilyen állami egészségbiztosítás mellett nagyobb szerep jutna a magán-egészségbiztosításnak, amelynek termékei elsődlegesen olyan szolgáltatásokra nyújtanának fedezetet, amelyeket a biztosítottak a társadalombiztosítás keretében nem vehetnének igénybe.⁴

Azt gondolhatnánk, hogy e modellváltásnak nincs ma realitása, hiszen hiányzik a társadalmi támogatottság, ezt jól mutatja a legutóbbi reformkísérlet egyértelmű kudarca is. Ez azonban ilyen formában nem igaz: egy nemrég publikált felmérés⁵ is azt mutatja, hogy a magyar lakosság egy jelentős része (több mint 60%-a) hajlandó lenne szabályozott keretek között fizetni az egészségügyi ellátásokért,⁶ ha azért magasabb színvonalú ellátás is társul. Ezért a jogalkotónak minél hamarabb ki kellene alakítania a magán-egészségbiztosításokkal kapcsolatos koncepcióját, amely alapján majd ki lehetne dolgozni a részletes szabályozást is.

Már szinte közhelyszerűen hat az a kijelentés, hogy a magyar egészségügyi rendszer súlyos válságban van, hosszabb távon nem tartható fenn. Álláspontunk szerint ennek következtében előbb-utóbb szükségszerűen meg fog nőni a magán-egészségbiztosítások szerepe hazánkban is, ez a körülmény adja az általunk választott téma különös aktualitását is. Ha ez a várakozásunk megvalósul, akkor az elkerülhetetlenné teszi az egészségbiztosítási szerződésre vonatkozó szabályozás még részletesebb kidolgozását is, amelyre az új Ptk.⁷ előkészítése során e jogintézmény szerepének megítélésével kapcsolatos társadalmi konszenzus és a kérdés rendezésére vonatkozó politikai akarat hiányában nem volt lehetőség.

A fentiekre tekintettel dolgozatunkkal az egészségbiztosítási szerződésnek a hazai jogtudományból eddig hiányzó feldolgozásához és a részletes szabályozás hiányára tekintettel a fogyasztóbarát gyakorlat kialakításához kívánunk – a magunk szerény eszközeivel – egyfajta kiindulási alapot adni. Ennek érdekében dolgozatunk bevezető részében elhatároljuk egymástól a magán- és az állami egészségbiztosítást, valamint röviden bemutatjuk a magán-egészségbiztosítások legfontosabb típusait abból a szempontból, hogy hogyan illeszkednek az egészségbiztosítási rendszerbe. Ezután néhány ország egészségbiztosítási rendszerét mutatjuk be, melynek során érintjük a legfontosabb modelleket.

⁴ RÉKASSY Balázs: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf 49-50.

⁵ BAJI Petra és GULÁCSI László: A magyar lakosság fizetési hajlandósága az egészségügyi ellátásokért – egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredménye http://www.biztositasiszemle.hu/files/201211/baji_gulacsi_fizetesihajlandosag_20121113.pdf

⁶ Amit egyébként most hálapénz formájában egyébként is megtesz a többség.

⁷ A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény

A disszertáció második része képezi az „általános részt”, melyben az egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos általános kérdésekkel foglalkozunk. Ennek keretében – miután rávilágítunk arra, hogy a vizsgálatunk tárgyára miért az „egészségbiztosítási szerződés” elnevezést használjuk – kísérletet teszünk arra, hogy minél pontosabb fogalommeghatározást is adjunk e jogviszonynak.⁸ Ezután bemutatjuk az egészségbiztosítási szerződésnek azokat a sajátosságait, amelyek kiemelik a többi biztosítási szerződés közül, ezek az alábbiak: hosszú időtartam, a kockázatok folyamatos növekedése, a természetbeni szolgáltatások kiemelt szerepe, a személyiségi jogok fokozott érintettsége, valamint a többi biztosításnál nagyobb mértékben fellépő információs aszimmetria és erkölcsi kockázat. Ezt követően elhelyezzük az egészségbiztosítási szerződést a többi biztosítási szerződés között. Ehhez kapcsolódóan vizsgáljuk meg, hogy egyes vonatkozó jogszabályok (pl. a német, az osztrák vagy a spanyol biztosítási szerződési törvény, valamint természetesen az új Ptk.) hogyan helyezik el a szabályozás keretében az egészségbiztosítási szerződést.

Még szintén az általános kérdések között tárgyaljuk az egészségbiztosítási szerződés altípusait, ennek során alapvetően a német és a spanyol modellre támaszkodunk. E rész lezárásaként kiemelten foglalkozunk a biztosítási jogviszonyok kapcsán egyre nagyobb jelentőséghez jutó problémakörrel: a hátrányos megkülönböztetéssel. Ennek oka az, hogy a diszkrimináció a biztosítási szerződések közül kiemelten érinti az egészségbiztosítási szerződéseket. Külön vizsgáljuk a genetikai tulajdonságokon, a faji, etnikai hovatartozáson, a nemi hovatartozáson és az életkoron alapuló különbségtételt.

A harmadik részben tárgyaljuk az egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos különös kérdéseket, ez dolgozatunk „különös része”. Ennek során az alábbi problémakörökkel foglalkozunk: a jogviszony alanyai, az egészségbiztosítás létrejötte, a szerződés hatálybalépése és a kockázatviselés kezdete, a biztosított kockázat és a biztosítási esemény, a biztosító szolgáltatásnyújtása, annak feltételei és korlátai, a biztosítási díj, a felek további kötelezettségei, a szerződés módosításának lehetősége a kockázat megnövekedése miatt, valamint a jogviszony megszűnése és a biztosítóváltás. A negyedik, a dolgozatunkat lezáró részben egy rövid összefoglalás után adjuk közre kutatásunk „gyümölcsét”, az egyéni ügyfeleknek szánt egészségbiztosítási szerződési feltételek gyűjteményét. Végül a disszertáció mellékleteként közöljük a német és az osztrák biztosítási szerződési törvény egészségbiztosítási szerződési fejezetének magyar nyelvű fordítását, amely az általunk végzett munka egyfajta pozitív mellékterméke.

Megjegyezzük, hogy a disszertáció elkészítésekor az egészségbiztosítási szerződés és a kapcsolódó problémakörök kellő alapossággal és elméleti mélységgel történő bemutatására törekedtünk,

⁸ Ennek előkészítéseként meghatározzuk a biztosítási szerződés fogalmát is, hiszen azon belül kell elkülönítenünk az egészségbiztosítási szerződést.

ugyanis a művet hiánypótló munkának is szántuk, mivel a hazai jogirodalomban korábban még e témakört nem dolgozták fel.

II. Az elvégzett vizsgálatok, elemzések rövid leírása, a feldolgozás módszerei

1. Elsőként arra szeretnénk nyomatékosan felhívni a figyelmet, hogy a dolgozat elkészítése során nem volt célunk különböző országok egészségbiztosítási rendszerének vagy a magán-egészségbiztosítási szerződési modelljének összehasonlítása, hiszen mint ahogyan azt már korábban is említettük, elsősorban a témakör hazai jogtudományi feldolgozásához és a *magánjogi szabályozás továbbgondolásához*, a megfelelő gyakorlat kialakításához kívántunk alapokat adni. A párhuzamos bemutatást meghaladó összehasonlító elemzéseknek azért sem látjuk értelmét, mert az egyes államok egészségbiztosítási rendszerei nagyon különbözőek, azokban a magán-egészségbiztosítás szerepe igen változatos, így a részletesebb összehasonlítás keretében eltérő igényekre született megoldásokat, különböző kérdésekre adott válaszokat vetnénk össze.

Ezért elsősorban arra törekedtünk, hogy olyan *külföldi megoldásokat és mintákat* keressünk, amelyeket a hazai viszonyok között is hasznosítani tudunk. Ezt az irányt igyekeztünk megalapozni a dolgozatunk bevezetésében azzal, hogy röviden bemutatjuk néhány ország egészségbiztosítási rendszerét. Ezeket az államokat igyekeztünk úgy kiválasztani, hogy ez a rövid kitekintés minden, a magán-egészségbiztosítás szempontjából említésre érdemes modellt bemutasson. Ezek az igen tömör „országképek” reményeink szerint választ nyújtanak az olvasónak arra a kérdésre, hogy a dolgozatban miért éppen az általunk választott nemzeti modellek (elsősorban a német, az osztrák és a spanyol szabályozás és gyakorlat) kerültek előtérbe.

2. Az alábbiakban csak példaszerűen szeretnénk megemlíteni, hogy *egy-egy országok* a vizsgálataink során miért kerültek háttérbe. Hollandiában és Svájcban az egészségügy a kötelező magán-egészségbiztosításra épül, amelynek hazai megvalósítására jelenleg csekély esély mutatkozik. Franciaországban ugyan nem kötelező a magán-egészségbiztosítás, de a magyarországitól jelentősen eltér a szerepe: elsősorban az állami egészségbiztosításban fizetendő jelentős önrészek (ez mint „co-payment” jelentkezik vizitdíj, kórházi napidíj stb. formájában) fedezésére szolgál. Az Amerikai Egyesült Államokban az általános egészségbiztosítási védelmet az állam csak az idősek és a leginkább rászoruló rétegek számára biztosítja, ezért a magán-egészségbiztosítások jelentik a lakosság jelentős része számára az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyetlen elérhető formáját, ami szintén meglehetősen távol áll a hazai helyzettől. Írországból ugyan van egy állami, adókból finanszírozott egészségügyi ellátórendszer, ennek ellenére az önkéntes magán-egészségbiztosítási piac erősen szabályozott: a jogalkotó előírja a biztosítók számára a kötelező

befogadást,⁹ az élethosszig tartó fedezetet¹⁰ és a közös díjszabást.¹¹ Ennek az erőteljes piaci szabályozásnak a magyarországi bevezetését sem tekintjük reális lehetőségnek. Végül csak megemlítjük, hogy olyan országok szabályozását sem kívántuk behatóbban vizsgálni, amelyek jogrendszere radikálisan eltér a hazaiétól (pl. Egyesült Királyság, Kanada vagy az Amerikai Egyesült Államok), hiszen ez szintén jelentősen megnehezíthetné az ott kialakított megoldások átvételét. A fent említett országokkal ellentétben, dolgozatunkban részletesen foglalkozunk a német, az osztrák és a spanyol magán-egészségbiztosítási szabályozással és gyakorlattal. Németországot azért választottuk, mert az egészségbiztosítások magánjogi szabályozása az egyik legrészletesebben kidolgozott, és ahhoz gazdag bírói gyakorlat társul. Ausztria mellett az szólt, hogy szintén részletes vonatkozó törvényi szabályozást alakítottak ki, és a magán-egészségbiztosítások szerepe a németországinál közelebb áll a hazaihoz. E két ország kiválasztásakor természetesen arra is tekintettel voltunk, hogy a hazai jogrendszer fejlődésében kiemelt szerepet töltenek és töltenek be. Végül Spanyolország azért került a vizsgálódásunk középpontjába, mert annak a sajátos egészségbiztosítói szolgáltatási modellnek (a szolgáltatásfinanszírozásnak) talán az egyik legfontosabb európai piaca, amely a hazai gyakorlatban is elterjedt. Természetesen e három¹² modell előtérbe állítása nem jelenti azt, hogy egyes kérdésekkel kapcsolatban ne említenénk meg más országok szabályozásának általunk ismert figyelemre méltó megoldásait. De az sem következik belőle, hogy minden egyes problémakör esetén foglalkoznánk mindhárom jogrendszer vonatkozó szabályozásával és gyakorlatával, hiszen bizonyos kérdések csak az adott modell keretén belül merülnek fel, és más jogrendszerekben irrelevánsak.¹³

Az uniós szabályozásra és joggyakorlatra szintén csak annyiban térünk ki, amennyiben az a hazai egészségbiztosítási szerződés magánjogi szabályozása és gyakorlata kapcsán valóban releváns. Ezért nem foglalkozunk részletesebben a biztosítási ágazat szabályozására kiadott számos uniós irányelvvel, mert azok elsősorban közjogi szabályokat tartalmaznak. Annál nagyobb hangsúlyt fektetünk az Európai Unió antidiszkriminációs jogalkotására, hiszen annak jelentős kihatása van az egészségbiztosítási szerződésekre is. Az Európai Unió Bírósága gyakorlatának feldolgozása során hasonló elveket követünk: azokat a döntéseket, amelyek kisebb relevanciával bírnak, csak

⁹ „open enrollment”: a biztosítók minden ügyféllel kötelesek szerződést kötni

¹⁰ „lifetime cover”: az ügyfél jogosult arra, hogy magán-egészségbiztosítási fedezetét élete végéig megőrizze

¹¹ „community rating”: a biztosítóknak a biztosítási díjakat egységesen, a biztosítottak kockázatától függetlenül kell meghatározniuk, azaz a biztosítási díj nem függhet a biztosított életkorától vagy egészségi állapotától

¹² Bár gyakran inkább csak két modelltől van szó, mert az osztrák szabályozás számos kérdésben a németet követi. Éppen ezért nem jelenik meg dominánsan a disszertációban az osztrák bírói gyakorlat sem, mert az a német mellett tulajdonképpen elhanyagolható, az osztrák kommentárok is számos esetben német bírósági döntésekre hivatkoznak.

¹³ Például az egészségbiztosító felelőssége az egészségügyi szolgáltató hibás teljesítéséért csak azokban az esetekben merül fel, amikor a biztosító és az egészségügyi szolgáltató is szerződéses jogviszonyban áll egymással, a biztosító természetben nyújtja a szolgáltatását (ez a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás), és az egészségügyi szolgáltató a közreműködőjének tekinthető. Ezek az egészségbiztosítások Spanyolországra jellemzőek. Németországban és Ausztriában azonban az a jellemző megoldás, hogy a biztosító csak a költségek utólagos megtérítését vállalja, az egészségügyi szolgáltatóval nem áll szerződéses jogviszonyban, az nem tekinthető a közreműködőjének, magatartásáért a biztosító nem felel. Éppen ezért e problémakör vizsgálata során csak a spanyol modellel foglalkozunk.

megemlítjük,¹⁴ ezzel szemben a C-236/09. sz. Test-Achats-üggyel (EBHT 2011., I-00773.), amely az uniós biztosítási piacra – különös tekintettel az élet- és egészségbiztosításokra – jelentős hatást gyakorolt, kiemelten foglalkozunk.

Természetesen a disszertáció keretében részletesen elemezzük a vonatkozó hazai szabályozást és gyakorlatot is. Különös hangsúlyt helyezünk az új Ptk. szabályozásának bemutatására és feldolgozására. Az áttekinthetőbb szerkezet kedvéért azt a megoldást választottuk, hogy az új Ptk. elemzését nem külön részben helyeztük el, hanem a vonatkozó rendelkezéseit és megoldásait az általános vagy a különös rész azon pontján mutatjuk be, ahol az adott kérdéskörrel foglalkozunk.

A hazai gyakorlat bemutatása a vonatkozó bírói gyakorlat hiánya¹⁵ miatt a biztosítók általános szerződési feltételeinek feldolgozására szorítkozik. Tudomásunk szerint kilenc magyarországi biztosító kínál valamilyen egészségbiztosítási terméket, az ezekhez kapcsolódó valamennyi ÁSZF-et igyekeztünk beszerezni a kutatásunkhoz. A hazai gyakorlat bemutatása és elemzése során természetesen figyelemmel kellett lennünk egyrészt arra, hogy a piac nagyon kicsi: 2012-ben az éves díjbevétel alig haladta meg az hatmilliárd forintot, a szerződések száma pedig nem érte el a harmincnégyezret.¹⁶ Másrészt a hazai egészségbiztosítások rendkívül heterogén képet mutatnak, az egyes termékek szolgáltatásai között jelentős különbségeket találhatunk. Ráadásul nem jellemzőek az átfogó egészségbiztosítási védelmet nyújtó termékek, azok többsége inkább csak egy szűkebb szegmenst fed le: például az egyik biztosító szolgáltatása kifejezetten csak súlyos betegségek külföldön elvégzett kezelésére nyújt fedezetet, és az általánosabb kárbiztosításokat kínáló biztosítók termékei sem foglalják magukban a fekvőbeteg-ellátás keretében biztosított szolgáltatásokat.¹⁷ Végül megint más biztosítók elsősorban összegbiztosításokat kínálnak. Erre tekintettel nem volt lehetőségünk arra, hogy a rendelkezésünkre álló ÁSZF-eket statisztikai elemzés keretében dolgozzuk fel. Ezért inkább azt a megoldást választottuk, hogy egy adott kérdés vizsgálata során röviden bemutatjuk a hazai biztosítók ÁSZF-eiben megjelenő megoldásokat, és ennek során röviden utalunk arra, hogy melyik tekinthető ezek közül a leggyakoribbnak, és melyik az, amelyik inkább kivételesnek mondható.

A fent ismertetett kutatások és elemzések (külföldi szabályozási minták, valamint a vonatkozó gyakorlat bemutatása és rövid elemzése, a hazai szabályozás és a gyakorlat feldolgozása)

¹⁴ Lásd például a T-289/03. sz. ügyben (EBHT 2008., II-00081.) hozott határozatot, amely szerint nem ütközik a közösségi jogba az ír kockázatkiegyenlítő rendszer. A kockázatkiegyenlítésre elsősorban a közös díjszabás alkalmazása miatt van szükség, de ennek hazai bevezetésére nem látunk reális lehetőséget, így a kérdés a magyarországi piacon nem minősül relevánsnak.

¹⁵ Mindössze egy olyan hazai jogesetet ismerünk, amelynek van kifejezetten egészségbiztosítási relevanciája, bár ez a határozat sem kifejezetten egészségbiztosításhoz, hanem egy utazási biztosítási szerződéshez kapcsolódik. Ennek ellenére a tényállást és a vonatkozó döntést is bemutatjuk a biztosító szolgáltatásnyújtásával kapcsolatos jogvita rendezése kapcsán.

¹⁶ Magyar Biztosítók Évkönyve 2013. <http://mabisz.hu/images/stories/docs/publikaciok/evkonyv-2013-magyar.pdf> 13.

¹⁷ Sőt a szolgáltatásfinanszírozó biztosítást kínáló biztosítók többsége ugyanazzal az egészségügyi szolgáltatóval áll szerződésben.

segítségével minden egyes vizsgált kérdéskör lezárása során megpróbáltunk állást foglalni a számunkra követendő megoldás vagy minta mellett és esetleg javaslatot tenni arra, hogy annak megfelelően milyen szabályozást kellene megvalósítani, valamint a gyakorlatot mely irányba kellene terelni.

III. A tudományos eredmények rövid összefoglalása, azok hasznosítása, illetve a hasznosítás lehetőségei

1. Dolgozatunk „általános részében” elsőként azzal foglalkoztunk, hogy milyen *elnevezést* használjunk az általunk vizsgált jogviszonyra: egészségbiztosítási szerződés vagy betegségbiztosítási szerződés. Az előbbi mellett foglalunk állást több okból is. Egyrészt nemcsak betegség lehet a biztosított kockázat, hanem egészséges személyek (például terhesség esetén) is igénybe vehetik az e szerződések által nyújtott tényleges szolgáltatásokat. Másrészt az egészség szó használata mindenképpen pozitívabb tartalmat hordoz, mint a betegség: így jobban megjelenik e jogviszonyok elsődleges célja, amely az egészség megőrzése, vagy egy esetleges megbetegedés esetén annak minél hamarabbi visszanyerésének elősegítése.¹⁸ Végül a hazai üzleti biztosítók többsége is egészségbiztosítás elnevezés alatt kínálja a termékeit.

2. Ezt követően igyekeztünk megfelelő *meghatározást* találni az egészségbiztosítási szerződésre, amelyhez a biztosítási szerződés fogalmán keresztül jutottunk el. Több jogszabály által alkotott fogalmat és azok magyarázatát áttekintve azt találtuk, hogy a biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázat viselésére köteles, elsősorban azzal, hogy a felek számára biztosan előre nem látható¹⁹ biztosítási esemény bekövetkezésekor mentesíti az ügyfelet az őt ért károk alól, vagy az előre meghatározott biztosítási összeget fizeti meg; a biztosítóval szerződő fél pedig a kockázatviselés ellenértékének megfizetésére köteles biztosítási díj formájában. Az egészségbiztosítási szerződés fogalmát pedig a következőképpen határoznánk meg: a biztosító az egészség elvesztésére vonatkozó, a szerződésben meghatározott kockázat viselésére köteles elsősorban azzal, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésekor mentesíti az ügyfelet az őt ért vagy fenyegető egészségromláshoz kapcsolódó károk alól, melyet meghatározott egészségügyi vagy ápolási ellátásokhoz való hozzáférés biztosításával is teljesíthet, vagy az előre meghatározott pénzösszeget fizeti meg, emellett a biztosító az egészségmegőrzés költségeinek fedezését is vállalhatja; a biztosítóval szerződő fél pedig a kockázatviselés ellenértékének megfizetésére köteles biztosítási díj formájában.

¹⁸ Természetesen az egészségromlással együttjáró hátrányok kompenzálása mellett.

¹⁹ Ez lehet abszolút kockázat is, amelynek bekövetkezése biztos, csak az időpontja bizonytalan (például a halál).

3. Az egészségbiztosítási szerződésnek a *többi biztosítási szerződés közötti elhelyezésével* kapcsolatban arra hívnánk fel a figyelmet, hogy az egészségbiztosítás lehet kárbiztosítás,²⁰ de összegbiztosítás²¹ is. Az ebből adódó szabályozási nehézségek sajnálatosan az új Ptk.-ban is kiütköznek. A hazai jogalkotó ugyanis azt a megoldást választotta, hogy külön fejezetben szabályozta a kárbiztosításokat és az összegbiztosításokat. Mivel ebbe a felosztásba nem illeszthetők be az egészségbiztosítások, ezért azok önálló fejezetbe kerültek, amely több, a kár- vagy az összegbiztosítási szabályokra való visszautalást tartalmaz. Ez a számunkra kényszermegoldásnak tűnő szabályozási módszer azonban sajnálatosan több negatív mellékhatással is járt: egyrészt lényeges visszautalások kimaradtak, de bekerültek feleslegesek, másrészt értelmezési kérdés is felmerül azzal kapcsolatban, hogy egyes kárbiztosítási szabályokat mely egészségbiztosításokra kell alkalmazni. Részünkről szerencsésebbnek tartanánk egy olyan megoldást,²² amely a kárbiztosítások mellett külön fejezetben szabályozza az egyes, alapvetően összegbiztosításként kezelt személybiztosításokat, és amennyiben szükséges, az egyes személybiztosításokra vonatkozó szabályok között utalna arra a jogszabály, hogy a kárbiztosítási szabályok mennyiben alkalmazandóak az adott személybiztosításra.

4. Az egészségbiztosítási szerződések felosztását és az *egyes altípusok elhatárolását* azért tartjuk lényegesnek, mert azok, adott esetben, különböző szabályozást igényelnek. Ennek megfelelően azért indokolt különösen az egészség helyreállítására és megőrzésére szolgáló egészségbiztosításoknak és az egészség elvesztéséből fakadó közvetett hátrányok kompenzálását célzó egészségbiztosításoknak az egymástól való elkülönítése, mert eltérő következményekkel jár, ha elmarad a biztosító szolgáltatása. Abban az esetben, ha a közvetett hátrányok maradnak kompenzáció nélkül, akkor a biztosítottat legfeljebb anyagi hátrány érheti. Ha viszont a biztosító magatartásából kifolyólag (mert megtagadja a szolgáltatás nyújtását)²³ a biztosított nem fér hozzá az egészségügyi ellátáshoz, akkor nemcsak vagyoni kára keletkezhet, hanem személyiségi jogai is sérülhetnek.²⁴ veszélybe kerülhet az élete, egészsége, testi épsége. Már csak ezért is ez utóbbi csoportba tartozó szerződések esetén indokolt a biztosítottak érdekeinek fokozottabb védelme a szabályozás során.

²⁰ Kárbiztosítás esetén a biztosító szolgáltatása a biztosítottat ért vagyoni kár megtérítése.

²¹ Összebiztosításnál a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor az előre meghatározott összeget kell megfizetnie, függetlenül attól, hogy a biztosítási eseménynek milyen hatása van a biztosított vagyoni helyzetére.

²² Részben például a német, az osztrák vagy a spanyol biztosítási szerződési törvényt követve.

²³ Ez akkor is előfordulhat, ha a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségét utólagosan megtéríti, mert számos esetben ennek az a feltétele, hogy a biztosító az ellátás igénybevételét előzetesen jóváhagyja.

²⁴ Itt egy látszólagos ellentmondásra hívnánk fel a figyelmet: a közvetett hátrányok kompenzálását célzó egészségbiztosítások gyakran összegbiztosítások, amelyek az egészségromlásból fakadóan a személyiségben és nem a vagyonban bekövetkező hátrányok kompenzálására is szolgálnak. De ha a biztosító egy ilyen biztosítás esetén nem nyújt szolgáltatást, akkor az már nem okozhat további személyiségben bekövetkező sérelmet, mert a biztosító szolgáltatása már csak pénzszolgáltatás lehet, amelynek elmaradása szükségszerűen csak anyagi kárt jelent az ügyfél számára.

Az egészség helyreállítására és megőrzésére szolgáló egészségbiztosítások körében pedig a szolgáltatásfinanszírozó²⁵ és az utólagos költségtérítést nyújtó²⁶ egészségbiztosításokat különíthetjük el egymástól. Az egyes országok meglehetősen nagy változatosságot mutatnak abban a tekintetben, hogy az egészségbiztosítási rendszerükben melyik biztosításfajta a gyakoribb. Az utólagos költségtérítés mellett az szól, hogy jellemzően nagyobb választási lehetőséget biztosít a biztosított számára: ő maga választhatja ki, hogy melyik egészségügyi szolgáltató ellátását veszi igénybe, lényegében a szabad orvosválasztás lehetőségét biztosítja. A szolgáltatásfinanszírozás viszont a betegút megszervezésén keresztül azt teheti lehetővé a biztosított számára, hogy olyan egészségügyi szolgáltatásokat vegyen igénybe, amelyekre egyébként a finanszírozástól függetlenül nem, vagy csak korlátozottabban lenne lehetősége.²⁷ További előnye a szolgáltatásfinanszírozó szerződéseknak, hogy a biztosított a szolgáltatás igénybevétele után jellemzően nem kerülhet olyan helyzetbe, hogy az ellátás költségeit utólag mégis neki kellene állnia. Végül az is fontos különbség a két vizsgált szerződéstípus között, hogy utólagos költségtérítés esetén a biztosító és az egészségügyi szolgáltató között nincsen közvetlen jogviszony, szolgáltatásfinanszírozás esetén viszont van: a közvetlen jogviszonynak azért van jelentősége, mert például lehetőséget biztosíthat arra, hogy a biztosító befolyásolja az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátások minőségét és mennyiségét.

5. Az egészségbiztosításokkal kapcsolatos általános kérdések tekintetében a kutatásunk során még *a hátrányos megkülönböztetés tilalmának* az egészségbiztosítási szerződések körében való alkalmazásával foglalkoztunk. Elemzésünk eredményeként arra jutottunk, hogy vannak olyan tényezők (például a genetikai tulajdonságok vagy a faji hovatartozás), amely alapján adott esetben indokolt lenne az egyes biztosítottak között különbséget tenni, mert e tényezők hatással vannak vagy lehetnek az ő kockázatukra. Ennek ellenére mind az uniós, mind a hazai jogalkotó egyre inkább azt az álláspontot foglalja el, hogy e szempontok ne lehessenek hatással az ügyfelek helyzetére a biztosítási jogviszonyokban sem. Az általunk nevesített esetekben (genetikai tulajdonságok és faji hovatartozás) e törekvésekkel egyet tudunk érteni. Egyrészt mára a közvélekedés részévé vált, hogy e tényezők alapján senkit sem érhet hátrány, az ilyen alapú különbségtételek az emberek közötti egyenlőség elvéből fakadóan morális alapon nem fogadhatók el. Másrészt vélhetően az egész kockázatközösség szintjén e tényezőknek már nincs jelentős

²⁵ „in kind model”: A biztosító magának az orvosi ellátásnak az igénybe vételét teszi lehetővé a biztosított számára, a szolgáltatását természetben nyújtja. Ebből kifolyólag nem a biztosított, hanem elsődlegesen a biztosító választja meg az ellátáshoz igénybe vehető egészségügyi szolgáltatókat, sőt gyakran a teljes betegútszervezés a biztosító szolgáltatási körébe tartozik. A biztosító és az egészségügyi szolgáltató is szerződéses jogviszonyban áll egymással.

²⁶ „reimbursement model”: A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségét utólag megtéríti. A biztosított felkeresi a jellemzően általa kiválasztott egészségügyi szolgáltatót, ott igénybe veszi a szükséges orvosi ellátást, amelynek díjáról számlát kap, amelyet benyújt a biztosítónak. A biztosító szolgáltatása pedig az, hogy ezt a számlát a biztosítási szerződésben vállalt mértékben megtéríti. Ebben az esetben nem jön létre közvetlen jogviszony (szerződés) a biztosító és az egészségügyi szolgáltató között.

²⁷ Például a biztosító egy nemzetközi hírű szakértő által nyújtott második orvosi vélemény beszerzésére ad lehetőséget.

kockázatbefolyásoló hatása.

A fentiekkel szemben sokkal problémásabbnak tűnik a nemi hovatartozás és az életkor figyelembevétele a biztosítási – és különösen – az egészségbiztosítási szerződések körében. A nemi hovatartozás kérdését az Európai Unió Bírósága (EuB) a 2011. március elsején hozott, C-236/09. számú, „Test-Achats-ügy néven elhíresült”, meglehetősen vitatható ítéletében (EBHT 2011., I-00773.) úgy rendezte, hogy a 2004/113/EK tanácsi irányelv (2004. december 13.)²⁸ 5. cikk (2) bekezdését érvénytelennek nyilvánította, amely megengedte, hogy a biztosítók pontos statisztikai adatokra alapozva a nemi hovatartozás alapján arányos különbséget tegyenek az egyéni juttatásokban és díjazásban. Az EuB döntése álláspontunk szerint – nagyon röviden – leginkább azért vitatható, mert a nők és a férfiak helyzete az élet- és egészségbiztosítási jogviszonyok tekintetében nyilvánvalóan nem hasonló, a nemi hovatartozás a korábbi példákkal szemben igen jelentős kockázati tényező, és nem beszélhetünk olyan közfelfogásról sem, amely azt indokolná, hogy a nőket és férfiakat minden esetben azonos módon kezeljük.

Ráadásul az Európai Bizottság értelmezése szerint az ítélet nem általánosságban tiltja a nemi hovatartozás figyelembevételét a biztosítási kockázatok meghatározásakor és értékelésekor, hanem csak azt zárja ki – ahogyan azt egyébként az irányelv is megfogalmazza –, hogy a nemi hovatartozás számbavétele az egyének biztosítási díjaiban vagy juttatásaiban különbséget eredményezzen. Így például kivételesen az is lehetséges, hogy a biztosítók megtagadják a hozzáférést egyes termékek vonatkozásában valamelyik nem számára, ami újabb ellentmondáshoz vezet.

Az egészségbiztosítások körében az életkor a nemi hovatartozásnál is fontosabb kockázati tényező: a megbetegedés és a kórházba kerülés esélye az életkor előrehaladásával a fiatal felnőtt éveket követően folyamatosan nő. Így lényegében elengedhetetlen a biztosítottak életkorának figyelembevétele a biztosítási díjak és szolgáltatások meghatározásánál. Ennek egyik következménye az lehet, hogy a biztosító bizonyos életkor felett nem köt egészségbiztosítási szerződést, vagy a szerződés egy adott életkor betöltésével automatikusan megszűnik. Hazánkban ez tekinthető az általános gyakorlatnak: jellemzően 60 éves kor felett a biztosítók nem kötnek egészségbiztosítást, és a 65. életév betöltésekor a szerződések megszűnnek. A szerződések megszűnése az igazán hátrányos a biztosítottakra nézve, mert akkor veszítik el az egészségügyi kockázataikra vonatkozó biztosítási fedezetet, amikor a leginkább szükségük lenne rá. Az azonban kérdéses, hogy jogszerű-e, valamint meddig tartható fent ez a gyakorlat. Ugyanis az Európai Tanács elfogadására vár a személyek közötti, vallásra vagy meggyőződésre, fogyatékosagra, életkorra vagy szexuális irányultságra való tekintet nélküli egyenlő bánásmód elvének alkalmazásáról szóló

²⁸ a nők és férfiak közötti egyenlő bánásmód elvének az árukhoz és szolgáltatásokhoz való hozzáférés, valamint azok értékesítése, illetve nyújtása tekintetében történő végrehajtásáról

tanácsi irányelv. Ezt az irányelvet a nyilvánosság számára hozzáférhető árukhoz és más szolgáltatásokhoz való hozzáférés és azok nyújtása során (tehát a biztosítás területén) is alkalmazni kellene. Ha az irányelvjavaslatot – amely a biztosítások területén csak arányos megkülönböztető bánásmód alkalmazására adna kivételesen lehetőséget abban az esetben, ha az életkor meghatározó tényező a fontos biztosításmatematikai elveken, pontos statisztikai adatokon vagy orvosi ismereteken alapuló kockázatértékelésben – a jelenlegi formájában fogadják el, akkor az irányelv átültetése után álláspontunk szerint nem lesz lehetősége a biztosítóknak az életkorra való hivatkozással megtagadni a szerződés megkötését, mert ebben az esetben a megkülönböztető bánásmód már értelemszerűen nem lenne arányosnak tekinthető. Ráadásul az Egyenlő Bánásmód Hatóság gyakorlatából is inkább az következik, hogy hazánkban már a jelenleg hatályos jogszabályok²⁹ alapján sincs lehetőség arra, hogy a biztosító az életkor alapján kizárja a nála jelentkező ügyfelet valamelyik biztosításból.³⁰

6. E kérdés egyébként átvezet minket az egészségbiztosításhoz kapcsolódó *különös problémakörökhöz*. Ezek kapcsán a továbbiakban csak azokat a fontosabb (ön)szabályozási irányokat fogjuk ismertetni, amelyek érvényesítését indokoltnak tartjuk a hazai magán-egészségbiztosítási gyakorlatban.

Elsőként az egészségbiztosítási jogviszony *alanyaihoz* kapcsolódó kérdéseket érintve – a fent elmondottakat megerősítve – azt emelnénk ki, hogy olyan hazai szabályozás és gyakorlat kialakítására kellene törekedni, amely nemcsak elméletileg, hanem ténylegesen is biztosítja azt, hogy bárki egészségbiztosítási szerződés biztosítottja lehessen – különösen ne zárjanak ki senkit életkora vagy egészségi állapota miatt. Hiszen mint fent is utaltunk rá, az ezzel ellentétes jelenlegi hazai gyakorlat álláspontunk szerint hátrányos megkülönböztetésnek minősül: egyes személyek magasabb kockázatát a biztosító legfeljebb magasabb díj vagy szolgáltatáskorlátozás formájában értékelheti, mert a szolgáltatásból való kizárás aránytalan lépés.³¹ Természetesen ez nem jelenti azt, hogy mindenkinek lenne reális lehetősége egészségbiztosítási szerződés megkötésére: hiszen ha egy idős, súlyosan beteg személy szeretne egészségbiztosítást kötni, számára a biztosító nem tud ésszerű díj és fedezet mellett egészségbiztosítást kínálni, mert akkora a kockázata. Éppen ezért nem az lenne a cél, hogy mindenki minden körülmény között köthessen egészségbiztosítást, hanem csak annyi, hogy a biztosítási gyakorlatból „számúzzuk” az automatikus, indokolatlan és jogsértő kizáró, valamint a biztosítást megszüntető mechanizmusokat (ez utóbbiaknak van igazán nagy gyakorlati jelentőségük).

A *szerződés megkötése* kapcsán különösen fontosnak tartjuk az ügyfél minél teljesebb

²⁹ Lásd az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvényt.

³⁰ Lásd az Egyenlő Bánásmód Hatóság 1124/2010. számú eljárásában született határozatot.

³¹ A kiemelten nagy kockázatú személyek kizárása is indokolatlan lehet, az ő tekintetükben legfeljebb egyes kockázatokat zárjon ki a biztosító (például különösen veszélyes foglalkozást űzők esetén a foglalkozási megbetegedéshez vagy balesethez kapcsolódó kockázatokat).

tájékoztatásának biztosítását. Így a Bit.³² előírásain túl indokolt lenne az ügyfelet az általa választott biztosítás vonatkozásában arról is tájékoztatni, hogy annak díja egy hasonló kockázatú biztosított esetén hogyan változott az utolsó 10 évben, valamint határozott időtartamú biztosítási szerződés esetén arról is, hogy az milyen feltételekkel újítható meg. Annak a kérdésnek a szabályozása szintén fontos, hogy ha az ügyfél által tett ajánlat ellenére nem jön létre a szerződés. Szükségesnek tartjuk, hogy ha az ajánlatot a biztosító elutasítja, akkor azt indokolja is meg, mert ezzel kevésbé van lehetőség egyes személyek önkényes kizárására a biztosított körből. Ehhez kapcsolódik az is, hogy a szerződéskötés megghiúsulásakor a költségeket (itt leginkább az esetlegesen elvégzett orvosi vizsgálatra gondolunk) elsősorban a biztosító viselje, és csak abban a kivételes esetben terhelje ez az ügyfelet, ha a szerződéskötés megghiúsulásért ő felel.

A *szerződés hatálybalépése* kapcsán a biztosított kockázat sajátosságai miatt indokolt, hogy a kockázatviselés – legalábbis a várakozási idő által nem érintett, korlátozott formában – minél korábbi időpontban, az első biztosítási díj megfizetésétől függetlenül elkezdődjön. Ez a kezdő időpont például az ajánlat hatályosulása³³ lehet. Mivel a kockázatviselés a biztosító legfontosabb szerződéses kötelezettsége, ezért annak elkezdődéséhez elengedhetetlen a szerződés – legalább e kötelezettségre vonatkozó részleges – hatálybalépése is. Ezért a biztosítás hatálybalépése ilyenkor visszamenőleges, ha a szerződés létrejön. Ehhez kapcsolódik az a probléma, hogy ha biztosítási esemény következik be az ajánlat hatályosulása után, de annak biztosító általi elfogadása előtt. Ebben az esetben a szabályozásnak biztosítani kell azt az ügyfél számára, hogy ha egyébként a biztosító szerződést kötött volna vele, akkor a biztosítási esemény bekövetkezésétől függetlenül is létrejöjjön a biztosítási jogviszony. A hatálybalépéshez kapcsolódik a várakozási idő is, mely kapcsán nem könnyű az irányokat kijelölni az új Ptk.-nak a meglehetősen szerencsétlen, számos értelmezési problémát magában foglaló szabályozása miatt. Azért a külföldi és hazai gyakorlat alapján, az új Ptk. szabályaiba való ütközés nélkül,³⁴ megvalósíthatónak tartanánk egy olyan gyakorlatot, melyben a várakozási idő kezdő időpontja a lehető legkorábbi, az általános várakozási idő három hónapnál nem hosszabb, és a balesetek tekintetében nincs várakozási idő.

A *biztosított kockázat* és a *biztosítási esemény* behatárolása sok problémát szokott okozni az egészségbiztosítások körében. Ezzel kapcsolatban nagyon röviden csak arra utalnánk, hogy részletes meghatározásra mindig csak az adott szerződés keretében van lehetőség, de ott ezt a lehető legpontosabban meg kell tenni. A biztosítási esemény kapcsán kiemeljük, hogy a bekövetkezése legyen mindig időben pontosan meghatározható és a biztosító szolgáltatásától egyértelműen elhatárolható (ez szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén igazán releváns kérdés).

³² A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény

³³ Az ajánlat hatályosulásának időpontját a vonatkozó jogszabályok (az 1959-es Ptk. és az új Ptk.) határozzák meg.

³⁴ Bizonyos szolgáltatások esetén indokolt lenne a hat hónapot meghaladó várakozási idő alkalmazása is, de ezek a rendelkezések az új Ptk.-ba ütközhetnének.

A biztosítók számos *pozitív és negatív feltételt* írnak elő ahhoz, hogy az ügyfél a biztosító szolgáltatását ténylegesen követelhesse. Ezek tekintetében fontosnak tartjuk, hogy a biztosítók csak olyan feltételeket alkalmazzanak, amelyekre ténylegesen szükség is van, és feleslegesen ne nehezítsék meg az ügyfeleket a jogaik érvényesítésében, például indokolatlan adminisztratív feltételek vagy túlságosan rövid elévülési határidő előírásával. Azt is szükségesnek tartjuk biztosítani, hogy a különböző feltételek világosan váljanak el egymástól: például ha a vonatkozó jogszabályi előírás szerint valamilyen vétkes ügyféli magatartás nem adhat alapot a biztosító mentesülésére, akkor azt a biztosító ne minősítse a biztosítási kockázatból kizárt esetnek se.³⁵

A fentiek ellenére elkerülhetetlennek tartjuk azokat az eseteket, amikor *az ügyfél és a biztosító között vita támad* abban, hogy a biztosító az adott esetben köteles-e a tényleges szolgáltatás nyújtására, vagy azt valamely oknál fogva megtagadhatja: például kérdéses, hogy az adott orvosi beavatkozás beleesik-e a biztosított kockázatba, vagy annak elvégzése indokolt-e stb. Ezért nagyon fontosnak tartjuk, hogy a szerződési feltételekből egyértelműen derüljön ki, hogy ilyenkor melyik félnek mit kell bizonyítania, és hogy legyen lehetőség egy kifejezetten ezekre az esetekre kialakított vitarendezési eljárásra, amely gyors és olcsó megoldást kínál a helyzet lehetőleg végleges rendezésére.

A *biztosítási díjjal* mint az ügyfél főkötelezettségével kapcsolatban csak néhány megjegyzést tennénk. Egyrészt a díj megállapításakor különös jelentősége van a vonatkozó antidiszkriminációs szabályozásnak, itt elsősorban a nemi hovatartozásra gondolunk. Az életkort mint alapvető kockázati tényezőt természetesen a díj meghatározásakor figyelembe kell venni, de indokolt a díjfizetési kötelezettségnek olyan formában történő előírása (adott esetben a növekvő életkorra képzett tartalék alkalmazásával), hogy a biztosítási díj önmagában az életkor növekedése miatt ne változzon. Ezentúl a kármentességi díjvisszatérítést emelnénk még ki a biztosítási díjhoz kapcsolódó kérdések közül: ennek alkalmazása során arra kell törekedni, hogy az ne vezessen a kármegelőzési és kárenyhítési célok veszélyeztetéséhez, valamint párhuzamos szolgáltatások esetén a társadalombiztosítás további terheléséhez.

A *felek további kötelezettségeinek* szabályozásakor az tekinthető a legfontosabb elvnek, hogy a biztosító csak a legszükségesebb esetekben és mértékben írjon elő további kötelezettségeket az ügyfél számára: például csak olyan adatok közlését várja el, amelyek feltétlenül indokoltak a biztosítási jogviszonyban, a bejelentési kötelezettségekkel kapcsolatban ne írjon elő formakényszert, lehetőleg tartózkodjon – főleg az utólagos – orvosi vizsgálatra való kötelezéstől. Emellett a biztosító adatkezelése kapcsán indokoltnak tartjuk annak biztosítását, hogy az ügyfél ne kényszerüljön feltétlenül általános és előzetes felhatalmazások megadására, hanem legyen számára

³⁵ A biztosító szolgáltatásának teljesítéséhez az is hozzátartozik, hogy ha szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén a biztosított a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató ellátását veszi igénybe, akkor az egészségügyi szolgáltatóért mint a közreműködőjéért a biztosító feleljen.

valódi lehetőség arra, hogy az egyes esetekben külön döntsön. A biztosítói oldal további kötelezettségei kapcsán azt emelnénk ki, hogy a biztosító szerződés alatti tájékoztatási kötelezettségét ésszerű keretek között érdemes az ügyfél számára biztosított betekintési joggal is kiegészíteni.

A *biztosítási kockázat jelentős növekedése* szükségszerűen együtt jár az egészségbiztosítási szerződésekkel, e kérdésnek legalább az általános szerződési feltételek szintjén történő részletesebb szabályozása számunkra elengedhetetlennek tűnik. Abban az esetben, ha az ügyfélhez kötődő különös kockázat nő meg, akkor a kockázat jelentős növekedésére vonatkozó szabályokat nem tartjuk alkalmazhatónak annyiban, amennyiben a kockázat növekedése a biztosított egészségügyi állapotának a megváltozására vezethető vissza. Az általános (azaz az egész veszélyközösséget érintő) kockázatok növekedése esetére indokoltnak tartjuk a szerződés egyoldalú – elsősorban a biztosítási díjra vonatkozó – módosításának lehetőségét a biztosító számára biztosítani, hogy a szolgáltatás és ellenszolgáltatás közötti egyensúly újra helyreállhasson. E folyamatot azonban részletesen kellene szabályozni (különösen a módosításra okot adó körülmények meghatározásával, hatékony ellenőrző-rendszer kiépítésével, az ügyfél számára a magasabb díj helyetti alternatíva biztosításával). Mind az általános, mind a különös kockázat változásával kapcsolatban üdvösnek tartanánk, ha a biztosító a kockázat csökkenése esetén is módosítaná a feltételeket az ügyfél javára.

Az egészségbiztosítások *megszűnésével* kapcsolatosan megjegyezzük, hogy egy olyan egészségbiztosítási piac kialakítását tűznénk ki célul, ahol az ügyfeleknek lehetőségük van legalább az orvosi költségeket fedező szolgáltatások tekintetében az életük végéig a maguk számára egészségbiztosítási fedezetet biztosítani. Ennek része lenne legalább az egyéni biztosítások tekintetében a határozatlan időtartam előírása, a biztosító rendes felmondási jogának a kizárása, és a biztosítási védelem megszűnése esetén – bármely szerződés tekintetében – a biztosítási jogviszony folytatására vonatkozó lehetőség biztosítása a szerzett jogok megőrzésével, ha a szerződés nem a biztosítónak a biztosított magatartása miatt gyakorolt rendkívüli felmondása miatt szűnt meg. Emellett megfontolandó a biztosító reaktiválási kötelezettségének előírása legalább az orvosi költségeket fedező szolgáltatások körében a meghatározott időtartamon belül, ha addig nem következett be biztosítási esemény.

7. A fent rögzített szabályozási elvek alapján összeállítottuk azoknak a legfontosabb feltételeknek, szerződési kikötéseknek a gyűjteményét, amelyeknek az alkalmazását egyéni ügyfelekkel kötött egészségbiztosítási szerződések keretében követendőnek tartanánk. Ez a gyűjtemény elsősorban azokat a garanciális szabályokat rögzíti, amelyeknek a gyakorlat általi minél szélesebb átvétele álláspontunk szerint az ügyfelek jogainak és érdekeinek biztosítása végett indokolt lenne. Így a feltételek összeállítása során nem törekedtünk a jogviszony minden részletének szabályozására, mert azt egyrészt ilyen formában nem is lehetne megtenni, másrészt az volt a célunk, hogy olyan

gyűjteményt állítsunk össze, amely több egészségbiztosítási szerződéstípushoz is felhasználható. A feltételek részletesebb kidolgozását azért sem tartottuk célravezetőnek, mert a gyakorlatban a biztosítóknak úgyis ki kell dolgozniuk a saját általános és különös szerződési feltételeiket, hiszen azoknak mindig az adott biztosításhoz és annak sajátos szolgáltatásaihoz kell igazodniuk, amelyek az egészségbiztosítások esetén igen változatosak lehetnek.

Dolgozatunkból természetesen elsősorban a szerződési feltételek gyűjteményének gyakorlati hasznosítására látunk lehetőséget: leginkább azt tartjuk elképzelhetőnek, hogy azokat közlésük után részben vagy egészben egyes biztosítók esetleg hasznosítják. Ha önkéntes alapon teszik meg, álláspontunk szerint még akkor is összeegyeztethető e szerződési feltételek biztosítók általi alkalmazása a versenyjogi szabályokkal,³⁶ ha esetleg azt valamennyi biztosító vagy azok többsége is megtenné.

IV. A munka témaköréből készült publikációk jegyzéke

TÓKEY Balázs: Az egészségügyi szolgáltatók piacra lépési lehetőségei és ennek akadályai. Jogi Tanulmányok 2010 – Ünnepi Konferencia az Eötvös Loránd Tudományegyetem megalakulásának 375. évfordulójából – 2010. április 23., ELTE ÁJK, Budapest, 2010, 125-139.

TÓKEY Balázs: Az Európai Bíróság ítélete az uniszex biztosítási tarifák kötelezővé tételéről. A nők és férfiak közötti különbségtétel teljes tilalma. Jogesetek Magyarázata, 2012/2. 48-57.

KISS Norbert, TÓKEY Balázs: Az egészségbiztosítási jogviszony szabályozásának fő kérdései Jogtudományi Közlöny, 2013/1. 29-38.

TÓKEY Balázs: Az egészségbiztosítási szerződés szabályozásának háttere. Med. et Jur. 2013/3. 8-11.

³⁶ Mivel az megfelel a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról szóló 1996. évi LVII. törvény 17. §-ába foglalt követelményeknek (függetlenül attól, hogy az általános biztosítási feltételekre már nem vonatkozik különös csoportmentességi szabály).