

2016. június

III. évfolyam 2. szám

BIZTOSÍTÁS

ÉS KOCKÁZAT

A BIZTOSÍTÁSI SZAKMA
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Modern, competent and credible European supervisory authority

Gilyén Ágnes

Bevezetés az új európai uniós biztosítási értékesítési (IDD) irányelvbe

Lencsés Katalin

Lehet-e népszerű az illeszkedési kiigazítás a hazai életbiztosítási piacon?

Varga Gábor

Casco biztosítási csalások közgazdasági modellje

Lakatos Máté

Alkuszi minőség biztosítva

Turcziné Pálos Anna és Dr. Exner Veronika

A magánfinanszírozás helye a magyar egészségügyben; Forráshiányban az egészségügy – Mit tehetnek a biztosítók?

Prof. Gulácsi László

Múltunk emlékei rovat

Horváth Gyula és Tamás Gábor

Látogatóközpont felhívás

Heit Gábor

ELŐSZÓ

Tisztelt Olvasó!

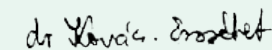
A mostani számban is igyekszünk színes tartalommal szolgálni Önöknek. A MABISZ új székhelyének építészeti adottságai és történelmi értéke arra inspirál, hogy új, ambiciózus projektbe vágjon a szakma, és létrehozza a Biztosítási Látogatóközpontot, melynek terveink szerint egy állandó kiállítás is része lesz. Ehhez a kiállításhoz hirdetünk gyűjtést, arra kérve az Olvasókat, hogy segítsenek nekünk megtalálni az elmúlt évszázad itt-ott megbújó biztosítási relikviáit. És hogy kedvet csináljunk a kereséshez: elindítunk egy új rovatot, melyben rendszeresen bemutatunk egy-egy fontos vagy érdekes tárgyi emléket, amely a biztosítás múltjához kapcsolódik.

Jelen szám ugyanakkor nemcsak hátrafelé néz, hanem előre is. Méltán tarthat igényt a szakma érdeklődésére az a cikk, amely az új európai IDD irányelvet mutatja be első olvasatban. A biztosítások értékesítését 2018 februárjától szabályozó irányelv hazai átültetése folyamatosan zajlik, és jelentős feladatokat ad a jogalkotónak és a szakmának, ezért fontos és időszerű a közös értelmezés. Részben ehhez a témához csatlakozik az FBAMSZ írása, amely a brókerek szemszögéből foglalja össze a válaszokat a jogszabályi kihívásokra.

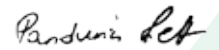
Foglalkoztunk már e lap hasábjain az egészségbiztosítással, most ezt a témát folytatjuk. Olvashatnak egy cikket a Portfolio Biztosítási Konferencia egészségügyi szekciójának kerekasztalán elhangzottokról, ahol a résztvevők arra a kérdésre keresték a választ, hogy mi a magánfinanszírozás helye az egészségügyben.

Érdekes új témát vet fel az az írás, amely a biztosítási csalások modellezésével foglalkozik azzal a céllal, hogy megalkossa a népszerű casco biztosítási csalás elméleti modelljét játékelméleti eszközökre alapozva. Ebből a számból sem maradhat ki a szakmai örökzöld téma, az SII-szabályozás. A kapcsolódó cikk témája az illeszkedési igazítás alkalmazása a Szolvencia II-ben. Ezen írás alapja a Budapesti Corvinus Egyetem posztgraduális képzésén készült aktuárius szakdolgozat, amelyet a Magyar Aktuárius Társaság 2015-ben a Biztosításmatematika Ifjú Mestere díjjal tüntetett ki.

Hasznos időtöltést kívánunk mindenkinek ehhez a számhoz is!



Dr. Kovács Erzsébet
főszerkesztő



Pandurics Anett
MABISZ elnök

IMPRESSZUM

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

SZERKESZTŐSÉG

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

Szerkesztőbizottsági tagok:

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

TANÁCSADÓ TESTÜLET

Dr. Baji Petra PhD
Dr. Barabás Béla CSc
Dr. Bélyácz Iván DSc
Dr. Farkas Szilveszter PhD
Dr. Forgó Ferenc DSc
Dr. Gáll József PhD
Dr. Hajdu Ottó Dsc
Dr. Kovács Antal CSc
Dr. Takáts Péter PhD
Dr. Tókey Balázs PhD

TARTALOM-ELŐÁLLÍTÁS

Budapesti Corvinus Egyetem Biztosítási Oktató és Kutató Csoport (BOKCS)

1093 Fővám tér 8.
Intézményi azonosító: FI43814
Adószám: 15329743-2-43

KIADÓ

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

TARTALOM

Modern, competent and credible European supervisory authority	6
<i>Gilyén Ágnes</i>	
Bevezetés az új európai uniós biztosítási értékesítési (IDD) irányelvbe	16
<i>Lencsés Katalin</i>	
Lehet-e népszerű az illeszkedési kiigazítás a hazai életbiztosítási piacon?	32
<i>Varga Gábor</i>	
Casco biztosítási csalások közgazdasági modellje	58
<i>Lakatos Máté</i>	
Alkuzsi minőség biztosítva	80
<i>Turcziné Pálos Anna és Dr. Exner Veronika</i>	
A magánfinanszírozás helye a magyar egészségügyben; Forráshiányban az egészségügy – Mit tehetnek a biztosítók?	88
<i>Prof. Gulácsi László</i>	
Múltunk Emlékei rovat	98
<i>Horváth Gyula és Tamás Gábor</i>	
Látogatóközpont felhívás	100
<i>Heit Gábor</i>	

MODERN, COMPETENT AND CREDIBLE EUROPEAN SUPERVISORY AUTHORITY

INTERVIEW WITH GABRIEL BERNARDINO, CHAIRMAN OF EIOPA

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

ÖSSZEFOGLALÓ

Gabriel Bernardino az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság (EIOPA) elnökéként az intézmény stratégiai irányításáért felel. Feladata továbbá a szervezet képviselése az Európai Unió Tanácsa, az Európai Bizottság, illetve az Európai Parlament felé.

Jelenlegi pozícióját megelőzően az Instituto des Seguros de Portugal, az ISP fejlesztésért és intézményi kapcsolatokért felelős főigazgatójaként tevékenykedett, 1989, az ISP-hez történt csatlakozása előtt számos fontos pozíció betöltése mellett 2009 és 2010 között az EIOPA elődszervezetének, a CEIOPS-nak volt elnöke.

Gabriel Bernardino az EIOPA első elnöke. 2011. január 10-i jelölését követően az Európai Bizottság is, illetve a 2011. február 1-jei nyilvános meghallgatását követően az Európai Parlament is jóváhagyta elnöki kinevezését.

2015. december 16-án az Európai Parlament Gabriel Bernardinoot – 2016. március 1-jétől kezdődően – a következő ötéves ciklusra megerősítette a EIOPA elnöki pozíciójában.

SUMMARY

Gabriel Bernardino is Chairman of the European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA). He is responsible for the strategic direction of EIOPA and represents the Authority at the Council of the European Union, the European Commission and the European Parliament. Mr. Bernardino prepares the work of EIOPA's Board of Supervisors and also chairs the meetings of the Board of Supervisors and the Management Board.

Mr. Bernardino is the first Chairperson of EIOPA. He was elected by the Board of Supervisors of EIOPA on 10 January, 2011. His nomination followed a pre-selection of the European Commission and was confirmed by the European Parliament after a public hearing held on 1 February, 2011. Mr. Bernardino assumed his responsibilities on 1 March, 2011 for a first five-year term. On 16 December 2015 the European Parliament confirmed the re-appointment of Mr Bernardino for a second five-year term, which started on 1 March 2016.

Prior to his current role, Mr. Bernardino was the Director General of the Directorate for Development and Institutional Relations at the Instituto de Seguros de Portugal (ISP). He has served in several positions of increasing responsibility since he joined the ISP in 1989 and represented EIOPA's preceding organisation, CEIOPS, as Chairman between October 2009 and December 2010.

Kulcsszavak: EIOPA, biztosítás, felügyelet
Key words: EIOPA, insurance, supervision

JEL: G22

DOI: 10.18530/BK.2016.2.6
<http://dx.doi.org/1018530/BK.2016.2.6>

First of all, we would like to congratulate for your re-election as a Chairman of EIOPA (European Insurance and Occupational Pensions Authority)!

This spring you have started your second period of your leadership. How can you summarize or evaluate the last five years as the leader of EIOPA? What are you planning for the second period?

From the very beginning at the start of EIOPA in 2011 my main goal has been to build a modern, competent and credible European supervisory authority. In the past five years, EIOPA has grown into an entity with a strong voice and has been a driving force in regulatory convergence. We have been delivering high quality regulation, technical advice and analysis at the European Union level, reinforcing consumer protection and strengthening the European supervisory position in the international arena.

My vision for the next five years is to further develop EIOPA as a credible supervisory authority within the European System of Financial Supervision. In this context my three main strategic priorities are: first, enhancing supervisory convergence, second, reinforcing preventive consumer protection and third, preserving financial stability.

In future I see EIOPA as a European authority having made a significant contribution to the creation of a common European supervisory culture with consistent supervisory practices across the European Union, a culture, which is safeguarding financial stability, enhancing consumer protection and fostering innovation.

Will the implementation process of Solvency-II represent some extra challenges?

The biggest challenge will be the adaptation to a new risk-based culture. This is true



for both the insurers and the supervisors.

As for EIOPA, with the Solvency II implementation for us the new - supervisory - journey has begun. Already since two years we have been preparing the shift of our strategic focus from regulation to supervisory convergence.

EIOPA has the responsibility to make sure that NSAs conduct supervision under Solvency II in a consistent way across Europe. I see Solvency II implementation as the opportunity for supervisory convergence. All NSAs need to be part of the collective effort to develop a European supervisory culture. We are in an internal market, and the quality of national supervision is no longer solely a national or regional issue; it is a European issue.

Therefore, the tasks of EIOPA are building a stronger and more coordinated supervision at the European Union level. Credible and independent supervision is a key element in achieving and preserving consumers' and investors' confidence.

Tasks of EIOPA are building a stronger and more coordinated supervision at the European Union level.

What effects will the Solvency-II have on the European insurance markets?

The implementation of Solvency II is a key step forward for policyholder protection and the insurance single market in the European Union. With Solvency II insurance companies will hold capital in line with the risks that are subject to in their activities, are incentivised to upgrade their governance and risk management systems and increase the transparency of their businesses by enhancing the reporting to supervisors and the public disclosure.

The insurance industry and the NSAs are now applying the fundamentally sound principles on which Solvency II is based, namely:

- A total balance sheet approach and an economic market consistent valuation of assets and liabilities to ensure a realistic basis for assessing risks.
- Two capital requirements - Minimum Capital Requirement (MCR) and Solvency Capital Requirement (SCR) - assuring a risk based calculation but also an ultimately more robust and simpler supervisory action.
 - The possible use of internal models to calculate the SCR, subject to supervisory approval.
 - A state-of-the art group supervision approach with the definition of group solvency-requirements and clear powers assigned to the group supervisor.
 - A robust system of governance, including risk management capabilities and a clear definition of a number of key functions.
 - European Union wide harmonised templates for supervisory reporting and enhanced public disclosure.

Furthermore, the implementation of the Own Risk and Solvency Assessment (ORSA) will be a truly game changer. At present the ORSA is considered as the best practice at the international level. The ORSA will reinforce the risk culture within companies. We need to see

insurers relying on strong risk management capabilities to deal with the challenges posed by the low interest rate environment, the financial markets volatility, the slow economic growth, the digital era, etc.

All in all I strongly believe that with Solvency II the insurance sector will be better prepared to face the upcoming challenges and policyholders will be better protected.

How can you foresee the future of the insurance sector in Europe? Do you forecast some special challenges for the upcoming five years?

The insurance industry is particularly challenged by the low economic growth, the prolonged low interest rate environment and the technological and digital revolution. Certain business models will need to be changed.

I would like to see more insurance companies placing consumers in the heart of their business.

But I believe that at the same time the insurance sector has a huge potential and opportunity to grow. The demand for risk coverage and protection from households and businesses will increase. Private savings for retirement will become more and more needed. Insurers will have to respond to these challenges and demands proactively and with innovation.

Furthermore I would like to see more insurance companies placing consumers in the heart of their business. The concept of what is legitimate or fair in the relationships between insurers, intermediaries and customers is evolving. What was fair some years ago is not seen like that anymore. This calls for a critical look by the insurance companies and intermediaries at current products and practices in order to ascertain what needs to be adjusted. This proactive critical attitude would certainly prevent future misselling cases, help to develop better new products and overall reinforce the confidence of consumers.

I think that with Solvency II ORSA insurance companies got very good incentives to set up a strong risk culture. The ORSA will allow insurers to increasingly rely on robust risk management capabilities to deal with the different challenges posed by the economic slowdown, the low interest rate environment, the financial market volatility and the stress on sovereign debt.

Of course there will be lots of challenges, risks and obstacles and it is natural. And not only insurers, but also national supervisors and EIOPA will be required to think and act independently, globally and long-term. But having the same vision and working together, we will definitely achieve our essential objective to create a stable and innovative insurance market for the ultimate benefit of the European consumers.

The next consumer trend report made by EIOPA will be published in the end of this year. The previous report in 2015 dealt with the insurance market in a fairly rigid way.

Have you experienced any improvements in the areas being objected to at that time like cost transparency, possibility of product comparison or quality of marketing issues?

A number of trends detected by EIOPA in the previous years remain significant:

- Further digitalisation of the insurance sector offers more opportunities, but at the same time may create new consumer protection concerns.
- Consumers do not always receive sufficiently clear and understandable information about their insurance coverage.
- Supply of and demand for unit-linked life insurance products is increasing in the context of the low interest rate environment, but consumers often have difficulties to understand the risks, level of guarantees, costs/charges and other characteristics of these products.
- Issues related to the management of claims, in particular in the motor insurance sector, continue to be a main source of consumer complaints.
- Low levels of consumer financial literacy remain challenging, and the levels vary significantly across Europe.

In addition to these already known trends, we identified the following new and emerging trends:

- Advanced analytics of consumers' characteristics and "Big Data" allow products to be better adapted to the needs of consumers. At the same time, certain privacy concerns and segmentation strategies need to be carefully monitored.
- More efficient management of potential conflicts of interest is needed. This trend is heightened by the increasing complexity of some insurance products.
- Training and professional competence requirements need to improve for insurance intermediaries to protect consumers' interests. The forthcoming Insurance Distribution Directive will introduce important reforms in this respect.

EIOPA mission is to ensure that customers are protected, treated fairly and get value for money. We want to have for consumers a similar level of protection in all the member states and a high level of quality in the conduct of supervision.

Regarding the insurance branches (e.g. in the case of Astra) could it cause a problem that the local supervisor complete only consumer defence supervision but not the prudential one?

The prudential supervision of branches is a responsibility of the home country supervisor and that is a key cornerstone of the EU single market. Adequate cooperation needs to be in place between the home and host supervisory authorities. One of EIOPA's priorities for the coming years is to ensure a high level of quality of supervision in all member-states.

Furthermore, strengthening of conduct of business supervision is important for consumers, for insurance undertakings and for the market as a whole, as it promotes the orderly functioning of markets resulting in a level playing field, healthy competitive environment,

increased consumer confidence and financial stability. An effective and efficient conduct of business supervisory framework contributes to a credible deterrence of market misconduct and allows for preemptive and proactive supervision by acting before a developing issue becomes widespread.

EIOPA mission is to ensure that customers are protected, treated fairly and get value for money.

There has been significant reputational and financial damage as a result of consumer mis-selling scandals in the European Union. Moreover, there has been a material loss in consumer confidence, compounded by existing information asymmetry and lack of financial education from the part of consumers.

EIOPA sees a clear need for a more consumer-centric culture in firms – senior management needs to take on more responsibility to prevent poor product oversight and misaligned incentives for sales staff.

Traditional approaches to conduct of business regulation & supervision, focused on point of sale (disclosure and selling practices) and a "box-ticking" approach have proved insufficient to prevent mass misselling.

In this context, EIOPA is implementing a strategic approach to preventive, risk-based conduct supervision.

"Risk-based" - because it identifies the depth and scale of issues and focuses on priorities and resources where they matter most in order to build a common European supervisory perspective and approach, with constant monitoring and 'dynamic' capacity to respond to innovation and change; and

"Preventive" – because by anticipating consumer detriment early, rather than just reacting following the emergence of problems, it solves the problems of the future, rather than the past.

This can only be done through a forward-looking approach, which concentrates on how to best identify and tackle, in a timely and effective manner, emerging risks for consumers.

EIOPA will use a number of tools to implement this framework: for example with the Consumer Trends Report we spoke about earlier; also deep and effective market monitoring; thematic reviews and retail risk indicators. This will be done in a staggered approach. Ultimately the objective will be to spot outliers, investigate the root causes and develop supervisory responses.

Some years after the economic crisis how do you think the insurance sector has been concerned? How did the crisis impact the European insurance market? Was it different from e.g. the American market?

In the insurance sector EIOPA observes a challenging macro-economic and financial environment with persistent low interest rates. Also the "double-hit scenario" remains the key concern as it would lead to a situation where the value of assets decreases whilst the

value of liabilities increases causing severe negative implications for the sustainability of the European (re)insurance and pension sectors.

Low yields and a resultant subsequent reinvestment risk (i.e. impossibility to reinvest with the same return) remain the main vulnerability, especially for life insurers. The current low interest rate environment puts pressure on the profitability of companies and forces them into a - “search for yields” - behaviour.

One of the lessons the European Union learned from the crisis is that it needs a convergent financial supervision throughout its Member States. When the EU co-legislators decided to create the European System of Financial Supervision, their ultimate goal was to build a common supervisory culture for the whole financial sector of the European Union. This we see as a fundamental mission of EIOPA and two other European supervisory authorities – European Banking Authority (EBA) and the European Securities and Markets Authority (ESMA).

Why is supervisory convergence so important? Because it is essential to achieve three fundamental objectives: First, to ensure the application of European Union regulation; Second, to guarantee a level playing field and prevent regulatory arbitrage in the internal market; and Third, to safeguard a similar level of protection to all policyholders and beneficiaries in the EU.

I think in the past years the European System of Financial Supervision has made an impressive progress. In the insurance sector we made a first important step towards supervisory convergence by delivering the full regulatory package for Solvency II. Let’s not forget that Solvency II discussions and negotiations lasted for 15 years, they started long before the existence of EIOPA.

We closely monitor the global developments and see that the evolution in the regulatory standards in insurance has been remarkable not only in the European Union but worldwide. In many countries all over the world, risk-based regulation and supervision is already being enacted, with different nuances, but with lots of commonalities. In all the continents, some countries can be used as examples of good practices being implemented, risk-based capital requirements, stronger emphasis on good governance and risk management and improvements in public disclosure.

As for the US market, in the insurance area we are having the EU-US Insurance Project. Its objectives are to increase mutual understanding and cooperation with a view to identifying the main commonalities and differences of the European and American insurance regulatory and supervisory regimes. EIOPA remains faithful to these objectives. Financial systems in the European Union and the USA still have significant differences and some of these are dictated by culture and legitimate political options. We believe it is the responsibility of public authorities to create conditions to foster consumer protection, facilitate business relationships and enhance the efficiency of supervision.

How can differences in the insurance market of each European nation be displayed in the unified European regulation? Can you see any differences between the developed markets and the markets of later joined countries? If yes, where is it convenient for the regulator to take those differences into consideration, or where not?

Take the example of Solvency II. It is a maximum harmonization regime but it is also, in many areas, a principles-based framework, leaving room for a proportionate implementation that should consider the local circumstances.

To have 28 Member States with different history is a challenge. We are prepared that while achieving supervisory convergence we will be facing different issues: legal, financial, technological, organisational and I would say most of all - cultural.

This is why with the entry of Solvency II into force, a new supervisory journey for EIOPA begun. We are shifting step by step our strategic focus from regulation to supervisory convergence.

In the context of current differences of supervisory cultures and practices between Member States, the main focus of EIOPA for the following five years will be to increase convergence towards a common European supervisory culture; a risk based culture that:

- Aims to ensure strong but fair supervision;
- Is based on a forward-looking approach to risks;
- Prioritizes the dialogue with market participants to better understand their business models, strategies and underlying risks;
- Promotes early enough awareness and supervisory action in order to protect policyholders and mitigate possible disruptions in the market.

It is natural that the level of preparedness for Solvency II in different Member States is not the same. We expected it and this is exactly why I believe that thanks to its unique position of a supranational supervisory organisation EIOPA will perform a play a key role in analysing different practices and approaches and bringing them to a consistent level. I am convinced that in the European supervisory process EIOPA has been and will be instrumental.

The latest laws (PRIIPs, IDD) mean important role for the second and third level legislation, in which EIOPA also gets important tasks. The IDD directive which has already been approved but has not been announced yet expects to pass a brief guide – similar to the KID document - to the client in the case of non-life insurances as well. EIOPA also prepares the form of this IPID document (Insurance Product Information Document). The task is rather complex regarding the diversification of the relevant product range.

EIOPA supports the goals of the Insurance Distribution Directive (IDD), namely ensuring the European retail insurance markets work better and strengthening consumer protection across the European Union. At the same time, we are of the view that the IDD can achieve these goals only if it is effectively supervised and by that contributing to a common supervisory culture across the EU. Harmonized EU rules on insurance distribution are important and the predominance of national solutions should be avoided.

This year, the European Commission requested EIOPA to provide technical advice on the

delegated acts envisaged under the IDD. Before submitting the advice to the European Commission, we will seek feedback from all stakeholders. The relevant public consultation will be launched in summer 2016 and the final advice will be provided to the European Commission by 1 February 2017.

The Insurance Product Information Document (IPID) is a significant element within the overall IDD project. It involves development of Implementing Technical Standards (ITS) in the form of a template to be completed by insurance providers that will be presented to customers prior to the sale of a non-life insurance product. The content of the IPID is already determined by the IDD Directive and EIOPA is mandated to propose a template for the presentation of this content. EIOPA's aim is to develop a template that is both attractive – so it will be easier picked up and read by a consumer – and will help in highlighting the key features of the product: so the consumer can understand which risks are covered (and which not!) and what obligations he or she will face when entering into the contract.

In our work we have foreseen two phases of consumer testing (when consumers will be asked whether a number of very differently designed templates is comprehensive and comfortable to read), active discussions with the national supervisory authorities and the public consultation. The ITS needs to be submitted to the European Commission by 23 February 2017.

Can the coordination of the guarantee funds paying in the case of insurance winding-up be justified?

The lack of a minimum EU harmonized regime of insurance guarantee schemes is a clear concern from a consumer protection perspective. In this context, EIOPA has been supporting concrete cooperation and coordination activities between the existing national regimes.

In view of the Capital Markets Union creation and a further deepening of the internal market, the protection of policyholders and consumers should not be neglected. Not only because there is increased cross-border offer and supply of products but also because the money institutional investors such as insurance companies invest is meant to ensure that they can fulfil their commitments under the insurance contracts.

In this context EIOPA believes that it is important to resume the discussions on how to develop a harmonised system of Insurance Guarantee Schemes throughout Europe. EIOPA supports the development of a harmonised framework for Insurance Guarantee Schemes, which allows for a consistent level of policyholder protection throughout Europe, irrespective of where policyholders and insurers are located.

Such a step would ensure that within an internal market and a Capital Markets Union also consumers and policyholders receive adequate protection.

Recently the deadline of answering to the consultation related to the European pension insurance products (PEPP) standardized by EIOPA has expired. This kind of product has got significant challenges against development, tax system or labour law of the member state markets. What are the legislators' expectations about it? Does this group of products

complete or replace the pension products existing in the member state markets?

From a regulatory perspective, we believe that a Pan-European Personal Pension Product (PEPP) can be designed to be attractive to distributors and consumers alike. The availability of a simple, transparent, trustworthy product such as the PEPP would be central to building a basis for consumer trust. Personal pensions could enable adequate replacement rates in the future, but it would be possible only if those savings are safe, cost-effective, transparent and sufficiently flexible to accommodate the current economic and labour market environment. After having analysed the possible PEPP from a regulatory perspective, EIOPA concluded that such a product would need to exhibit standardised features, such as “information provision based on the proposal of a Key Information Document (KID) within the Product Retail Insurance and Investment Product (PRIIPs) framework”, “limited investment choices including default investment options”, “regulated flexible, biometric and financial guarantees”, “regulated, flexible caps on cost and charges” and “regulated flexible switches and transfer of funds”.

Further work should be done to build up concrete “product pilots” and the respective prudential regulatory framework. In order to allow for long-term investment strategies and for consumers to benefit from a certain degree of security and more stable returns, appropriate limitations to short term liquidity will need to be considered.

The PEPP should be implemented through a 2nd regime, so it will complement the local products but not substitute them.

We are very happy that the Hungarian colleagues are actively participating in EIOPA's working structures at a senior level.

How can you evaluate the negotiations with the national supervisory authorities, especially the Hungarian authorities?

First of all, we need to remember: EIOPA does not substitute national supervisors. We have different tasks.

NSAs are responsible for the day-to-day oversight and for the daily supervision of cross-border insurance groups, whilst EIOPA strives for supervisory convergence and consistency of practices across Europe.

The main decision-making body of EIOPA – the Board of Supervisors – consists of NSAs (in case of Hungary it is the Central Bank of Hungary). EIOPA works in a very constructive and collaborative way with the Hungarian supervisory authority.

We are very happy that the Hungarian colleagues are actively participating in EIOPA's working structures and also, at a senior level, in the development of EIOPA's supervisory handbook, a handbook of good supervisory practices.

I am confident that the Hungarian supervisory authority will continue to adapt its supervision to the risk-based Solvency II regime and maintain a high level of both prudential and conduct of business supervision.

BEVEZETÉS AZ ÚJ EURÓPAI UNIÓS BIZTOSÍTÁSI ÉRTÉKESÍTÉSI (IDD) IRÁNYELVBE

Lencsés Katalin (Magyar Biztosítók Szövetsége, a Biztosítás és Kockázat szerkesztője) katalin.lencses@mabisz.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

A biztosítási értékesítésről szóló új IDD irányelv 2016. február 22-én került kihirdetésre, és a jelenleg még hatályban lévő IMD irányelv helyébe lépve, európai uniós szinten szabályozza majd a biztosítási termékek értékesítését. A tagállamoknak az IDD-t két éven belül, vagyis 2018. február 23-ig kell átültetniük a nemzeti jogrendjükbe. Az új irányelv legfontosabb célja az egységes ügyfélvédelmi szabályok megteremtése valamennyi értékesítési csatorna vonatkozásában. Az IDD minimum harmonizációs jogszabály, így a tagállamok az abban rögzítetknél szigorúbb szabályokat is alkalmazhatnak, amennyiben ezt a fogyasztóvédelem megköveteli. Jelen cikk az új uniós jogszabály legfontosabb tudnivalóit foglalja össze, és egyben listázza a kapcsolódó hazai feladatokat.

SUMMARY

The Insurance Distribution Directive (IDD) came into force on 22 February 2016 and updates the Insurance Mediation Directive (IMD), which set out a framework for regulating EU insurance distribution. Member states have two years to transpose the IDD into national laws, i.e. before 23 February 2018. The new directive intends to ensure a level playing field between all participants involved in distributing insurance products in order to strengthen consumer protection. The IDD is aimed at minimum harmonization and should therefore not preclude Member States from introducing more stringent provisions in order to protect customers. The present article summarizes the main aspects of the new European legislation, and listing the related tasks on national level.

Kulcsszavak: IDD, biztosítás értékesítés, Európai Unió

Keywords: IDD, insurance distribution, European Union

JEL: G22, G38

DOI: 10.18530/BK.2016.2.16

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2016.2.16>

Előszó

Szokatlan módon jelen cikk azzal indul, hogy a szerző megköszöni a lektoroknak, Gordos Józsefnek (NGM), Haraszi Zsófiának (Magyarország brüsszeli Állandó Képviselője) és Nagy Koppánynak (MNB), hogy figyelmes, értő módon olvasták az írást, és jobbító észrevételeikkel hozzájárultak a végleges szöveg kialakulásához. A közös munka hangsúlyozása ebben az esetben azért is nagyon fontos, mivel egy olyan új, európai uniós jogszabályról van szó, melynek szövegével csak most kezdenek el érdemben ismerkedni a tagállamok, így azoknak, akik elsőként látnak neki a feldolgozás gyötrelmes munkájának, meg kell küzdeniük a sokszor nehezen értelmezhető és olykor nem is feltétlenül egyértelmű rendelkezésekkel, melyeket többnyire az IDD kapcsán született tagállami kompromisszumok eredményeztek.

A Biztosítás és Kockázat szerkesztősége ezt a cikket a fentiek jegyében figyelemfelhívásnak és gondolatébresztőnek is szánja abban a reményben, hogy a szakma, miután alaposabban is tanulmányozta az IDD szövegét, a kapcsolódó gondolatait, értelmezéseit és problémafelvetéseit jelen kiadvány hasábjain keresztül is megosztja az olvasótáborral.

Várjuk tehát a témához kapcsolódó cikkeket, legyenek azok az irányelvet átfogóan érintő írások vagy annak egy-egy elemét megvilágító elemzések.

• Előzmény

A közelmúltban kihirdetett új, uniós, a biztosítási értékesítésről szóló irányelv – melyet a szakmában legtöbbször még az angol elnevezéséből származó IDD¹ betűszóval emlegetnek – előzménye a jelenleg még hatályban lévő és 2018. február 23-ával hatályát veszítő 2002/92/EK irányelv (közismertebb nevén IMD), mely a biztosítások közvetítését szabályozza. Az IMD irányelvről az idők során kiderült, hogy több szempontból is módosításokra szorul. Részben mivel a tagállamok azt eltérő módon ültették át, az európai jogalkotó szükségesnek látta az ügyfélvédelem szintjének egységesítését mind az egyes tagállamok, mind a különböző értékesítési csatornák vonatkozásában. További ok volt az újragondolásra, hogy a 2008-as pénzügyi válság felhívta a figyelmet azokra a fogyasztóvédelmi problémákra, melyek elsősorban a befektetési termékeket érintették, és ennek kapcsán a befektetéssel kombinált életbiztosítások is az érdeklődés középpontjába kerültek. Mivel az érintett biztosítói termékcsoport szabályai jelenleg nincsenek összhangban más befektetési termékek (pl. befektetési jegyek) szabályaival, ezért ezek egységesítése is elvárásaként fogalmazódott meg az Európai Unió szintjén.

Az IMD irányelv újragondolása már 2010-ben megkezdődött, ennek részét képezték a nyilvános konzultációk is, a Bizottság jogszabályjavaslatát pedig 2012 júliusában nyújtotta be a Parlamentnek és a Tanácsnak. A végleges szöveg elfogadására ugyanakkor csak 2015 végén került sor. Az eljárás elhúzódása több okra is visszavezethető, ezek közül kétségtelenül az egyik legjelentősebb az volt, hogy az egyes tagállamok a szabályozás különböző szintjére jutottak az idők folyamán, és mindenki a saját megoldásait szerette volna viszontlátni uniós

szinten. A tárgyalások során végül elfogadott kompromisszum értelmében az elvárt minimum szabályok viszonylag kisebb változásokat jelentenek a ma érvényes szabályozáshoz képest, az akár jelentősnek is tekinthető szigorítási lehetőségeket pedig tagállami opcióként határozta meg a jogalkotó.

Jelen összefoglalónak nem célja az új jogszabály részletes elemzése vagy értelmezése, ez a későbbiekben a jogalkotó feladata lesz, mely munkálatok során támaszkodik a biztosítási szakma együttműködésére is. A már ismert IDD szöveget tovább pontosítják majd az uniós szinten későbbiekben megszülető második szintű végrehajtási rendeletek és harmadik szintű ajánlások is, ez a cikk tehát már csak ezért sem tud teljes körű elemzésre vállalkozni. Az írás célja sokkal inkább az, hogy első és általános képet adjon az új irányelvről, elsősorban a fontosabb változásokra összpontosítva.

• Általános tudnivalók

Az IDD 2016 februárjában került kihirdetésre, és a tagállamoknak 2018. február 22-ig kell átültetniük a nemzeti jogrendjükbe. Az irányelv hatálya átfedésben van a PRIIPs rendelettel² a biztosítási alapú befektetési termékek vonatkozásában. A PRIIPs rendelet a lakossági befektetési csomagtermékek (*Packaged Retail and Insurance-based Investment Products*), ezen belül a biztosítási alapú befektetési termékek kulcsfontosságú terméktájékoztatói szabályait rögzíti, egy európai szinten egységesített dokumentum segítségével.

Az európai jogalkotó célja az ügyfelek azonos szintű védelmének biztosítása.

További tudnivaló, hogy a szöveg már beépítette a korábban külön eljárásban elfogadott MiFID2 (IMD1.5) rendelkezéseit is, melyek szintén a biztosítási alapú PRIIPs termékeket érintik, és melyek lényegében az érdekkonfliktus kezelésének MiFID szabályait ültetik át a biztosítások ezen termékcsoportjára. (A hivatkozott szabályok az IDD VI. fejezetében találhatóak meg. Az Európai Bizottság legutóbbi tájékoztatása értelmében az IMD1.5 szabályok még az IDD alkalmazását megelőzően hatályukat veszítik.)

Az új szabályozással az európai jogalkotó célja az ügyfelek azonos szintű védelmének biztosítása (értékesítési csatornától függetlenül), az ügyfelek bizalmának megerősítése, valamint az értékesítésre vonatkozó szabályok egységesebbé tétele. Az IDD-től a jogalkotó azt is várja, hogy az összehasonlíthatóság biztosításával (ld. PID és KID később), az ügyfél az értékesítő segítségével a folyamat végén jobb döntést hoz, és a számára megfelelő terméket választja ki a kínálatból. Szintén a fogyasztó érdekeire figyelve, a jogalkotó továbbra is lehetővé teszi azt az eddigi gyakorlatot, hogy a biztosítási termékek változatos csatornákon keresztül legyenek elérhetőek az ügyfelek számára. A biztosítók nyeresége a megnövekedett ügyfélbizalom és az ennek nyomán várhatóan kiszélesedő piaci lehetőségek. Ez utóbbihoz hozzájárulhat a határon átnyúló eladások növekedése is, amit az IDD rendelkezések előmozdítani igyekeznek.

Mindez a döntéshozók reményei szerint ösztönzőleg hat a versenyre és a piaci innovációra, valamennyi piaci szereplő érdekét szolgálva ezzel.

Mivel minimum harmonizációs irányelvről van szó, a tagállamok az irányelv szintjén elfogadott minimum elvárásokhoz képest szigorúbb szabályokat is megállapíthatnak. Figyelemre méltó, hogy ezt a lehetőséget megerősítve a szöveg több helyen kifejezetten nevesíti a **tagállami szigorítás** lehetőségét.

A Szolvencia II szabályozás óta az a jogalkotási technika sem ismeretlen a biztosítási piac számára, hogy több témában **második, illetve harmadik szintű szabályok** születnek, melyek pontosítják az első szabályozási szint általánosabb elvárásait. Ez az ún. Lámfalussy-eljárás, melynek lényege, hogy az első szinten (az Európai Unió Tanácsa és az Európai Parlament) az alapelveket tartalmazó keretszabály születik meg, melyet a technikai részletszabályokat rögzítő második szintű végrehajtási rendeletek és harmadik szintű iránymutatások egészítenek ki. Ez utóbbiak megalkotója az Európai Bizottság, ahol a biztosítási szakterület esetében a munkát az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság (*EIOPA, European Insurance and Occupational Pensions Authority*) segíti. A technikai munka elkezdésére vonatkozó felkérést az Európai Bizottság 2016 februárjában küldte meg az EIOPA részére, amely 2017. február 1-jéig technikai javaslatot készít és nyújt be a Bizottság részére. A Bizottság az EIOPA technikai javaslata alapján delegált jogi aktusok formájában fogadja el a részletszabályokat. Az IDD felhatalmazza továbbá az EIOPA-t szabályozástechnikai végrehajtás technikai szten-dertervezetek, valamint iránymutatások kialakítására is.

Jelen cikk a második, illetve harmadik szinten megszülető szabályokat külön kiemeli, ahogy a tagállami opciókat is (az egyes eseteket eltérő színekkel jelölve). Jól látható, hogy ezek a színes kiemelések egyre szaporodnak a szövegben, ahogy közeledünk a PRIIPs termékek értékesítésének megerősített szabályozása felé.

Az IMD újragondolásának fontos célja volt a fogyasztói jogok megerősítése és egységesítése. Az IDD ennek megfelelően külön jelzi, ahol az elvárásokat nem kell alkalmazni a nagyokozatokra, illetve a szakmai ügyfelekre.

• Hatály

A biztosítási termékek rugalmasan, különböző értékesítési csatornákon keresztül érhetőek el, ami az ügyfelek érdekét szolgálja, amennyiben a fogyasztó azonos szintű védelemben részesül az értékesítési csatornától függetlenül. Az IDD ennek megfelelően meg kívánja teremteni az egyenlő feltételeket és az egyenlő feltételeken alapuló versenyt az egyes csatornák vonatkozásában, függetlenül attól, hogy valamely biztosítóhoz kötődő vagy attól független értékesítési csatornáról van-e szó. Az uniós szabályozó mindazonáltal igyekszik figyelemmel lenni arra, hogy a tagállamokban kialakult közvetítői csatornák rendkívül színesek, és sokszor egyedi, tagországi jellegzetességeket is mutatnak.

Az IDD a „biztosítási értékesítés” átfogó fogalma alatt kétféle tevékenységet tart nyilván, a biztosítói értékesítést és a biztosításközvetítői tevékenységet. (Az IDD ugyanazokat a fogalmakat a viszontbiztosítási tevékenységre is értelemszerűen alkalmazza.)

1. Az IDD szélesebbre nyitotta a hatályt a most hatályos IMD irányelvhez képest, és új elemként a szabályozás vonatkozik a **biztosítói értékesítésre** is (online vagy alkalmazottan keresztül). Ugyanakkor néhány esetben elválnak a biztosítói és közvetítői értékesítésre vonatkozó szabályok, amit magyaráz, hogy biztosítói értékesítés esetén egyértelműen tisztázottak az érdekeltségi és felelősségi viszonyok. Fontos tehát figyelni arra, hogy mikor alkalmazza az irányelv az „értékesítés” tágabb és a „közvetítés” szűkebb fogalmát.

2. Természetesen hatály alá tartoznak a **biztosításközvetítők** is, ahol újdonság, hogy már ide értendők az ún. aggregátor, **összehasonlító weboldalak** is, amennyiben az ügyfélnek a folyamat végén közvetlenül vagy közvetve lehetősége van a szerződés megkötésére.

A biztosításközvetítők tevékenységét a jogszabály megkülönbözteti annak alapján, hogy milyen típusú a közvetített biztosítási termék, kapcsolódik-e más, nem biztosítási termékhez vagy szolgáltatáshoz, illetve hogy a közvetítés főtevékenységként vagy kiegészítő tevékenységként történik-e.

a) A kiegészítő tevékenységként végzett biztosításközvetítés **bizonyos esetekben mentességet** élvez, amennyiben teljesíti a mentesség feltételeit, vagyis a biztosítási díj nem haladja meg az irányelven rögzített összeget³, és a fedezet korlátozott.

b) A hatály alatt maradó **kiegészítő biztosításközvetítő** esetében az elvárások arányosan igazodnak ehhez a csatornához. Az IDD itt is rögzíti a három, együttesen teljesülő feltételt, amikor egy közvetítő ebbe a kategóriába sorolható⁴. Ez a feltételrendszer a következő: Az értékesítést végző személy fő tevékenysége nem a biztosítás értékesítése, csak bizonyos termékeket értékesít, melyek kiegészítő jellegűek valamely áruhoz vagy szolgáltatáshoz, és azok nem tartalmaznak életbiztosítási vagy felelősségbiztosítási kockázatot, kivéve, ha az ilyen fedezet kiegészíti a fő tevékenységként kínált árut vagy szolgáltatást.

3. Az irányelv meghatározza azokat a tevékenységeket is, melyek nem tekinthetők értékesítési tevékenységnek (pl. eseti tanácsadás)⁵.

Az IDD a követelményeket arányosan igazítja az egyes csatornák, illetve az általuk forgalmazott termékek jellegzetességeihez. Mindazonáltal kiemelendő, hogy a meg erősített fogyasztóvédelem érdekében **minimum elvárásokat** még a mentesülést élvező értékesítési csatornák esetében is megfogalmaz a megbízó (biztosító/közvetítő) felelőssége mellett. Ilyen például az, hogy az értékesítőnek közölnie kell a biztosító személyét, a panasztétel módját, továbbá biztosítania kell, hogy az értékesítési folyamatban az ügyfél igényeit és szükségleteit figyelembe vegyék.

Az IDD hazai átültetése során a jogalkotónak körültekintően kell mérlegelnie majd, hogy a magyar gyakorlatban létező értékesítési csatornák a fentiek szerinti melyik kategóriába sorolódhatnak az átültetéskor, illetve hogy az egyes esetekben milyen módon kerül rögzítésre a feltételek arányos alkalmazása az egyes termékcsoportok, illetve értékesítési csatornák vonatkozásában.

Az IDD a követelményeket arányosan igazítja az egyes csatornák jellegzetességeihez.

• Nyilvántartásba vétel, FOS és FOE

A **nyilvántartásba vétel** követelményét már az IMD is rögzíti, ez a kötelezettség ugyanakkor nem terjed ki a biztosítókra és alkalmazottjaikra, ahogy jelenleg az IDD hatálya alatt sem terjed ki. Közvetítők esetében főszabályként minden biztosításközvetítőt természetes személyt nyilvántartásba kell venni, azonban a tagállamok ettől eltérhetnek, és lehetőség van arra, hogy ne minden természetes személy regisztrációját követeljék meg. Minimum elvárás azonban, hogy legalább az értékesítésért felelős személy nyilvántartásba kerüljön. Új elem, hogy a nyilvántartásnak online rendszerűnek kell lennie, és a tagállami nyilvántartások az EIOPA weboldalán keresztül is elérhetőek lesznek.

Tagállami opció annak lehetővé tétele, hogy a biztosítók együttműködjenek a hatósággal a közvetítők nyilvántartásba vételében, különös tekintettel a kiegészítő biztosításközvetítőkre.

A szöveg egyaránt rögzíti az uniós alapjogokat, a **határon átnyúló szolgáltatásnyújtás** (FOS, Freedom of Services) és a **letelepedés szabadságának** (FOE, Freedom of Establishment) jogát, az azokra vonatkozó különös szabályokat. A hatékony fogyasztóvédelem biztosítása érdekében a fogadó és a székhely szerinti tagállamnak szorosan együtt kell működnie a szabályok betartatása érdekében. A szolgáltatásnyújtás szabadsága esetében a fő felelősség a székhely szerinti tagállam hatóságáé, míg fióktelep (vagy más állandó jelenlét) esetén a végrehajtási felelősség megoszlik a két tagállam hatóságai között. Az üzlet egészére vonatkozó kötelezettségek betartatása a székhely szerinti tagállamot terheli, míg a fogadó tagállamnak kell érvényesítenie a tájékoztatási és üzletviteli szabályok betartatását. Ugyanakkor mindkét esetben újdonság, hogy a **fogadó tagállam hatósága a korábbinál szélesebb jogosítványokat kap** azzal, hogy jogosult lesz a beavatkozásra, ha a székhely szerinti tagállam nem hozza meg a megfelelő intézkedéseket, vagy azok az intézkedések nem bizonyulnak elégségesnek.

Ma még sokszor nehezen áttekinthető a határon átnyúló szolgáltatás végzése kapcsán, hogy melyek azok a tagállami fogyasztóvédelmi, **közérdeket szolgáló szabályok**, melyek túlnyúlnak a közös, uniós minimumszabályokon. Az IDD rendelkezései értelmében

ezentúl az EIOPA weboldalának hiperlinket kell tartalmaznia a tagállami hatóságok azon weboldalára, ahol ezek a szabályok elérhetőek, jogi területek szerinti kategóriába sorolva.

• Szervezeti elvárások

A közvetítőkkel szemben idáig is elvárás volt a megfelelő **képzettség**, illetve **kompetencia**, az IDD ehhez további elvárásként szabja a **folyamatos képzést** is, amelynek legalább az évi 15 órát el kell érnie. A továbbképzés különböző tanulási módokat is magában foglalhat (e-oktatás, mentorálás stb.), a konkrét tagállami elvárásokat pedig a különböző értékesítési csatornákra, illetve forgalmazott termékekre arányosított módon kell alkalmazni. Az elvárt szakmai ismereteket és kompetenciát az IDD 1. sz. melléklete tartalmazza főbb termékcsoportonkénti bontásban.

Tagállami opció. A képzési és továbbképzési követelmények sikeres teljesítése bizonyítvány megszerzéséhez köthető. Továbbá születhet olyan döntés, hogy a folyamatos képzés elvárását a szervezeten belül nem minden természetes személyre alkalmazzák, de azokra mindenképpen alkalmazni kell, akik az értékesítésért felelősek, és akik közvetlenül értékesítéssel foglalkoznak.

Az értékesítővel szemben támasztott **jó hírnév** elvárása visszaköszön az IMD irányelvből, ahogy a közvetítők esetében a **szakmai felelősségbiztosítás** vagy az ennek megfelelő vagyoni biztosíték megkövetelése is. Arányos mértékben ezzel a kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végzőnek is rendelkeznie kell.

További ügyfélgaranciát jelent az az elvárás, hogy a tagállamoknak meg kell tenniük a szükséges intézkedést arra az esetre is, ha a **közvetítő nem képes a biztosítási díjat, illetve a biztosító által kifizetett biztosítási összeget továbbítani**. Az IDD erre négy megoldást kínál fel, melyek közül a tagállam választhat⁶. Az egyik lehet egy olyan jogszabály, amely megszabja, hogy mikor tekinthető a közvetítő által történő díjtovábbítás, illetve kárkifizetés teljesítettnek. További három lehetőség: a vagyoni biztosíték megkövetelése, az elkülönített ügyfélszámla létrehozása vagy a garanciaalap felállítása.

Második szintű szabályozás. Az EIOPA felhatalmazást kap az irányelvben meghatározott szakmai felelősségbiztosítási és vagyoni biztosíték összegének felülvizsgálatára, valamint szabályozástechnikai sztenderdtervezetek kidolgozására ezen összegek kiigazítása céljából.

A **panaszkezelés** elvárásai kapcsán új elem, hogy az IDD már kötelezettségként írja elő (a korábbi ajánláshoz képest), hogy a tagállamoknak biztosítaniuk kell a bíróságon kívüli panasztétel és jogorvoslati eljárások kialakítását, melynek során azt is biztosítani kell, hogy a döntés érvényesíthető legyen azokra a biztosításértékesítőkre

is, akikkel szemben az eljárást indították. Ez a feltétel teljesíthető a tagállamban már meglévő eljárás felhasználásával is.

• Közös tájékoztatási és értékesítési szabályok az életbiztosításokra és nem-életbiztosításokra

Általános elvárások

A MiFID szabályozásban már megfogalmazott elvárás az élet- és nem-élet ágra egyaránt rögzítésre kerül. Az értékesítőknek **becsületes, tisztességes és szakszerű módon** kell tevékenykedniük az ügyfelek legjobb érdekében. Az ügyfelekhez eljuttatott bármilyen tájékoztatásnak **tisztességesnek, egyértelműnek és nem félrevezetőnek** kell lennie, beleértve a marketingközleményeket is.

Fontos új szabály, amelyet a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy az **értékesítők javadalmazása** nem történhet ellentétes módon azon kötelezettségükkel, hogy az ügyfelek legjobb érdekében járjanak el. A szöveg külön kiemeli, hogy nem alkalmazható olyan ösztönzőrendszer, amely arra sarkallná az értékesítőt, hogy egy bizonyos biztosítási terméket ajánljon az ügyfélnek, amikor más, az ügyfél igényeinek jobban megfelelő biztosítási terméket is ajánlhatna. Ezen szabály gyakorlatban történő alkalmazása nagy valószínűséggel kihívásokat tartogat a nemzeti piacok számára, tekintve a biztosítói és közvetítői ösztönzési rendszerek meglévő differenciált megoldásait.

Az IDD tevékenységi alapú szabályozás, nem ismeri a függő és független közvetítő fogalmát.

Az IDD rögzíti a szerződés megkötése előtt az ügyfélnek nyújtandó tájékoztatás tartalmát, ami a közvetítői értékesítés esetében bővebb lista, mint a közvetlen biztosítói értékesítésnél. A legtöbb elvárás ismerős a mostani IMD irányelvből, mindkét fő csatorna esetében ugyanakkor vannak új elemek is.

1. Tájékoztatást kell adni arról, hogy történik-e **tanácsadás** az értékesítés során. A jogszabály tanácsadás fogalma alatt személyes ajánlást ért egy vagy több biztosítói szerződésre vonatkozóan akár az ügyfél kérésére, akár a biztosításértékesítő kezdeményezésére. A közvetítő esetében arra is ki kell térni, hogy a tanácsadás **tisztességes és személyre szóló elemzés** alapján történik-e, illetőleg, hogy a közvetítő mely biztosítókkal milyen jellegű kapcsolatban áll.

2. Szintén új elvárás, hogy tájékoztatást kell adni legalább a **javadalmazás természetéről**, közvetítők esetében annak **forrásáról**, illetve a díj összegéről is (vagy kiszámításának módjáról), amennyiben azt az ügyfél fizeti. Biztosítói értékesítés esetében

is elvárás, hogy az értékesítő feltárja a javadalmazás természetét (a javadalmazás forrása biztosítói értékesítés esetén egyértelműnek tekinthető). Ezen elvárás oka az, hogy ennek hiányában abban lehetne érdekelt a biztosító, hogy inkább közvetlenül értékesítsen az ügyfeleknek és ne közvetítőn keresztül.

Az általános szabályok tehát különbséget tesznek a biztosítói és a közvetítői értékesítés között ebben a vonatkozásban. Ugyanakkor a későbbiekben látni fogjuk, hogy a PRIIPs termékek megerősített szabályainál – amennyiben az összeférhetlenség szervezeti megoldása nem bizonyulna elégségesnek – az IDD a biztosítói értékesítésnél is elvárja, hogy az összeférhetlenség (jellemzően javadalmazás) természetének közlésén túlmenően az összeférhetlenség forrásáról is tájékoztatás történjen.

Az IDD tevékenységi alapú szabályozás, nem ismeri a függő és független közvetítő fogalmát, ugyanakkor az összeférhetlenségi szabályok közt előírja a közvetítő és az egy vagy több biztosító közti kapcsolat feltárásának kifejezett kötelezettségét. Az irányelv az értékesítés különböző szintjeit azonosítja, melyeket a tanácsadás meglétehez, illetve annak szintjéhez köt az alábbiak szerint.

1. Minden esetben elvárt az **igényfelmérés** és **termékismertetés**, amelynek a termék összetettségéhez és a fogyasztó által viselt pénzügyi kockázathoz kell igazodnia. Az alapeset tehát a tanácsadás nélküli értékesítés.

2. Amennyiben **tanácsadással** történik az értékesítés, ott személyre szabottan el kell magyarázni, miért éppen azt a terméket ajánlotta a közvetítő, és az hogyan felel meg az ügyfél igényeinek.

3. Amennyiben a **tanácsadás tisztességes és személyes elemzés alapján** történik, akkor a piacon elérhető biztosítási termékek „elég nagy számát” kell elemeznie a közvetítőnek.

A hazai átültetés során feladat lesz annak pontos meghatározása, hogy miben különbözik egymástól a tanácsadással és tanácsadás nélküli értékesítés, különös tekintettel arra, hogy az ügyféligény felmérése és ennek fényében a termékmegfelelés biztosítása bármely esetben alapelvárás. Kérdés továbbá az is, hogy mindez miképpen illeszkedik a Biztosítási törvény által alkalmazott függő és független közvetítói kategóriákhoz.

Tagállami opció. A tanácsadás kötelezővé tehető akár az összes termék, akár bizonyos termékcsoporthoz vonatkozásban. Külön kiemelésre kerül, hogy ilyen szigorítás esetén a szabályok a határon átnyúló szolgáltatókra is vonatkoznak. További nevesített **tagállami opció** a harmadik fél javadalmazásának korlátozása vagy tiltása. Ez a lehetőség a tisztességes és személyre szabott elemzés alapján történő tanácsadás esetében merülhet fel.

Kiemelt információkat tartalmazó dokumentum

Az életbiztosítással foglalkozók már jó ismerősként üdvözlnek a KID betűszót (*Key Information Document*), azaz a kiemelt információkat tartalmazó dokumentumot, melynek alkalmazását a PRIIPs rendelet írja elő 2017. január 1-jétől a biztosítási alapú befektetési termékekre (is). A rövid ügyféldokumentummal a jövőben a nem-életbiztosítások kialakítóinak és értékesítőinek is meg kell barátkozniuk, mivel ezen termékeknél is egy uniós szinten egységesített dokumentumot kell átnyújtani az ügyfélnek az IDD szabályok szerint. Amíg nem alakul ki a megnevezés magyar megfelelője, addig a szakma jellemző módon a KID analógiájára a **PID** elnevezést használja erre a dokumentumra (*Product Information Document*). A PID-del szemben támasztott elvárásokat az IDD felsorolja, ugyanakkor könnyen belátható, hogy annak elkészítése a gyakorlatban nem lesz egyszerű, mivel rendkívül változatos termékcsoporthoz beszélünk (kgfb, casco, lakás-, utas-, baleset- és betegségbiztosítás stb.).

Második szintű szabályozás. Az EIOPA felhatalmazást kap a PID egységes megjelenítési formájára vonatkozó végrehajtás-technikai sztenderdtervezetek kidolgozására, amelyet 2017. február 23-ig nyújt be a Bizottságnak. A Bizottság ezt követően végrehajtási rendeletet fogad el.

Ügyfél-tájékoztatás módja

Az ügyfél-tájékoztatást főszabályként papíron, térítésmentesen kell teljesíteni. A kor szellemeivel haladva ugyanakkor módot ad a jogszabály arra, hogy az ügyféligénnyel összhangban más tartós adathordozón is megtörténhet a tájékoztatás, amely adott esetben lehet weboldal vagy más elektronikus kommunikációs eszköz. Ügyfélkérésre ugyanakkor a papíralapú tájékoztatást mindenkinek teljesítenie kell.

Keresztértékesítés szabályai

A keresztértékesítés Unió-szerte gyakran alkalmazott stratégia. Ez többnyire előnyökkel jár az ügyfél számára, de előfordulhat olyan eset is, amikor az ügyfél igényei nem elégséges módon kerülnek mérlegelésre. A jelenleg hatályos IMD szabályozáshoz képest feltétlenül új elem a keresztértékesítés szabályainak rögzítése. Az IDD előkészületi szakaszában nagyon határozott szigorítási törekvések voltak, melyek a végső szövegben alapelvárásként nem jelennek meg, ugyanakkor, mint látni fogjuk, feltűnnek a nevesített tagállami opciókban.

Mindenekelőtt rögzítésre kerül, hogy a több kockázatot is tartalmazó biztosítási termékeket (mint pl. utasbiztosítás, lakásbiztosítás) nem érintik ezek a szabályok. A

rendelkezések arra az esetre vonatkoznak, ha a másik csatolt termék nem biztosítás, és ezen belül is két eset kerül nevesítésre.

a) Amennyiben a *biztosítás főtermék*, és azt egy nem biztosítási kiegészítő termékkel együtt kínálják, akkor arról kell tájékoztatni az ügyfelet, hogy van-e lehetőség az elemek külön-külön történő megvásárlására, és ha igen, akkor mennyi az elemek egyenkénti díja.

b) Amennyiben a *biztosítás a kiegészítő termék*, akkor a másik nem biztosítási termék külön történő megvásárlását *fel kell ajánlani* az ügyfélnek.

Figyelmet igényelnek ugyanakkor a kapcsolt termékekre vonatkozó – nem az IDD-ben szabályozott – további keresztértékesítési rendelkezések is, mivel a biztosítási termékeknél alkalmazásra kerülő keresztértékesítési gyakorlat nem sértheti más termékre vonatkozó uniós keresztértékesítési szabályok alkalmazását (ld. MiFID termékek, Mortgage Credit Directive).

Tagállami opció. A tagállam a keresztértékesítés szabályaira a fentínél szigorúbb szabályokat határozhat meg, ami akár a keresztértékesítés tilalma is lehet, amennyiben a gyakorlat hátrányos a fogyasztóra nézve.

Harmadik szintű szabályozás. Az EIOPA iránymutatást dolgozhat ki a kereszteladások felügyeleti gyakorlatára.

Termékfelügyelet és irányítás követelménye

Szintén új elem annak az elvárásnak a rögzítése, miszerint a termék gyártójának és értékesítőjének a termék minden életszakaszában ellenőrzési rendszert kell működtetnie, ami biztosítja, hogy a termék bármely vonatkozásban (termékdesign, marketinganyagok, értékesítési stratégia és csatorna stb.) megfelel a célpiac igényeinek, illetve jellegzetességeinek (Product Oversight Governance, POG). Elvárt a kapcsolódó folyamatszabályozás, dokumentáltság, hogy az bármikor ellenőrizhető, auditálható legyen. Az elvárás nem vonatkozik a nagykockázatokra.

Második szintű szabályozás. A Bizottság felhatalmazást kapott végrehajtási rendelet elfogadására, a termékfelügyeletre és irányításra vonatkozó elvárások részletszabályainak meghatározása érdekében. A végrehajtási rendelet előkészítését szolgáló technikai javaslatot az EIOPA 2017. február 1-jéig nyújtja be a Bizottság számára.

A részletszabályok tehát második szinten, végrehajtási rendeletben rögzülnek majd. Mindazonáltal célszerű arra figyelnie a szakmának, hogy az április elején megjelent EIOPA-iránymutatás a termékfelügyelet és irányítás követelményeinek való megfelelést – igaz csak „soft law”, iránymutatás formájában – előrehozza az IDD irányelv 2018. februári alkalmazási határidejéhez képest.

• Megerősített PRIIPs termékszabályok

A korábbiakhoz képest a legjelentősebb változásokat ezen a területen fogadták el. Fontos, hogy ezt a fejezetet az érintettek körültekintő módon elemezzék, mivel az abban foglaltak jórészt a már meglévő MiFID rendelkezések szó szerinti átemelésével születtek. A magyar jogalkotónak, illetve biztosítási szakmának meg kell tehát birkóznia a kihívással, hogy a tisztán befektetési termékekre kitalált szabályokat a biztosítási termékekre is alkalmazható módon ültesse át a gyakorlatba. A feladatot az is nehezíti, hogy a bevezetőben említett tagállami kompromisszumok ebben a fejezetben csapódtak le leginkább olyan megszövegezésben, melynek pontos és aggálytalan értelmezése próbára teszi majd a magyar jogalkotót.

A biztosítási alapú befektetési termékeket gyakran más befektetési termékek (pl. befektetési jegy, strukturált betét) lehetséges alternatívájaként kínálják az ügyfélnek. A befektetői védelem biztosítása és a szabályozási arbitrázs megelőzése érdekében az IDD ezen biztosítási termékek szabályozását hozzáigazítja a befektetési termékekhez, kézenfekvő módon a már meglévő MiFID-szabályokhoz. Ezekhez a közös szabályozási alapelvekhez tartoznak az érdekkonfliktus kezelésének szervezeti szabályai, a megemelt tájékoztatási és tanácsadási követelmények, illetve a javadalmazással kapcsolatos korlátozások.

A biztosítási alapú befektetési termékek IDD szabályozását hozzáigazítja a MiFID-szabályokhoz.

A biztosítások esetében a szóban forgó termékcsoporthoz a biztosítási alapú PRIIPs termékek csoportja, melynek IDD-beli meghatározása megfelel a PRIIPs rendelet vonatkozó meghatározásának. Ez a kör felölel minden életbiztosítási terméket, ahol a kockázati fedezet megtakarítási elemhez kapcsolódik. Ebből a körből lényegében csak a tisztán kockázati tartalommal rendelkező és jellemző módon halálesetre szóló biztosítások maradnak ki.

És akkor lássuk a részleteket: melyek a megemelt elvárások ennél a termékcsoporthoz?

Összeférhetlenség megelőzése és kezelése

A szervezeten belül adminisztratív intézkedéseket kell fenntartani annak érdekében, hogy az ügyfelek érdekeit kedvezőtlenül érintő összeférhetlenség megelőzésre kerüljön. Amennyiben ezek a szervezeti és igazgatási intézkedések nem bizonyulnak elegendőnek, akkor a biztosítást értékesítőnek a szerződés megkötése előtt kellő időben és egyértelműen kell tájékoztatnia az ügyfelet az összeférhetlenség általános jellegéről vagy forrásairól.

Második szintű szabályozás. A Bizottság felhatalmazást kap arra, hogy az érdekkonfliktus kezelésének részletszabályait végrehajtási rendeletben pontosítsa. A végrehajtási rendelet előkészítését szolgáló technikai javaslatot az EIOPA 2017. február 1-jéig nyújtja be a bizottság számára.

Ügyfelek tájékoztatásának megerősített szabályai

A közös élet és nem-élet szabályokhoz képest többletként fogalmazódik meg az elvárás, hogy az ügyfelet a szerződés megkötése előtt tájékoztatni kell az összes költségről és kapcsolódó díjról, mely tájékoztatásnak az alábbiakat kell magában foglalnia.

- Tanácsadás nyújtása esetén** azt, hogy történik-e rendszeres értékelés az ügyfélnek ajánlott befektetési termék alkalmasságáról.
- Tájékoztatás a befektetési termékről és az ajánlott befektetési stratégiákról, beleértve a kapcsolódó kockázatokra történő figyelemfelhívást.
- Minden értékesítésre vonatkozó információ, beleértve a tanácsadás és termék költségéről történő tájékoztatást, az ügyfél általi fizetés módját, beleértve az esetlegesen harmadik féltől származó fizetéseket is.

A költségekről történő tájékoztatást összesített formában kell nyújtani annak érdekében, hogy az ügyfél megérthesse annak hatását a befektetése hozamára. Amennyiben az ügyfél ezt kéri, a költségeket tételes bontásban is be kell mutatni. Adott esetben ezt a tájékoztatást rendszeresen (legalább évente) biztosítani kell az ügyfélnek.

Figyelnie kell, hogy az IDD elvárásai ne eredményezzenek ismétlődéseket a tájékoztatásban.

Ezen a pontot mindenképpen emlékeztetni kell a korábban már említett **KID dokumentumra**. A KID egy uniós szinten egységesített – így az összehasonlíthatóságot is biztosító, – rövid tájékoztató ügyféldokumentum, mely tartalmazza a befektetési termék legfontosabb tudnivalóit, úgy mint kockázat, hozamszenáriók, költségek, illetve általános terméktájékoztatás. A KID-et 2017. január 1-jétől kötelezően kell alkalmazni az érintett termékcsoporthoz, ezen belül a biztosítási alapú PRIIPs termékekre is. Mivel a KID a fenti elvárások java részét teljesíti, az irányelv átültetése során figyelnie kell a jogalkotónak arra, hogy az IDD elvárásai ne eredményezzenek ismétlődéseket a tájékoztatásban. (Ennek kapcsán érdemes megjegyezni, hogy kissé érthetetlen módon, az IDD ennél a résznél nem tesz hivatalos utalást az irányelv elfogadásakor már hatályban lévő PRIIPs rendelethez.)

Harmadik fél javadalmazása

Az IDD történetének egy korai szakaszában valós opcióként merült fel a harmadik fél általi (ügyfél érdekében eljáró fél) javadalmazás egyértelmű tiltása a biztosító/közvetítő részéről. Ez a szigorú tiltás a tárgyalások végére annyiban enyhült, hogy a harmadik fél javadalmazásának lehetőségét az IDD – az összeférhetetlenség és átláthatóság szabályainak érvényesülésén túl – kettős feltételhez köti.

- A javadalmazás nem gyakorol káros hatást az ügyfélnek nyújtott szolgáltatás minőségére.
- Nem gátolja az értékesítőt abban, hogy becsületesen, tisztességesen, szakszerűen és az ügyfelei legjobb érdekében járjon el.

Nevesített tagállami opciók

- Megtiltható vagy tovább korlátozható a biztosítási tanácsadással kapcsolatos javadalmazás harmadik féltől történő elfogadása.
- A tanácsadás nyújtása kötelezővé tehető a biztosítási alapú befektetési termékek vagy azok bizonyos típusainak értékesítése esetében.
- Független tanácsadás esetén előírható, hogy a közvetítőnek a piacon elérhető, kellően nagy számú, típusát és termékszolgáltatóit tekintve eléggé sokféle biztosítási termék értékelését el kell végeznie, ami nem korlátozódhat azokra a termékekre, amelyeket a közvetítővel szoros kapcsolatban álló termékgazdák nyújtanak.

Második szintű szabályozás. A Bizottság felhatalmazást kapott, hogy végrehajtási rendeletben pontosítsa a harmadik fél javadalmazásának részletszabályait. A részletszabályok véglegesítésekor figyelembe kell venni a fogyasztónak nyújtott szolgáltatás, illetve termék jellegét is. A végrehajtási rendelet előkészítését szolgáló technikai javaslatot az EIOPA 2017. február 1-jéig nyújtja be a Bizottság számára.

Ügyfélalkalmasság és megfelelés értékelése

Ezek az elvárások is a MiFID-szabályozás nyomán születtek. Habár az IDD nem írja elő az ügyfelek kategorizálását, azt elvárja, hogy az értékesítő felmérje az ügyfél kapcsolódó ismereteit, pénzügyi helyzetét, kockázattűrő képességét.

- Tanácsadással** történő értékesítés esetén az ügyfél **alkalmasságának** értékelését el kell végeznie az értékesítőnek annak érdekében, hogy a fentiek szerint meghatározott ügyféligénynek megfelelő befektetési terméket ajánlhasson.
- Tanácsadás nélküli** eladás esetén az ügyfél **megfelelési** vizsgálatát kell elvégezni annak eldöntése érdekében, hogy a tervbe vett biztosítási termék vagy szolgáltatás megfelelő-e az ügyfél számára. Ha az értékesítő úgy ítéli meg ennek alapján, hogy a termék nem megfelelő az ügyfél számára, akkor őt erre figyelmeztetni kell. Amennyiben az ügyfél nem adja meg a kívánt tájékoztatást, akkor az értékesítőnek arra kell figyelmeztetnie, hogy nem tudja megállapítani, hogy a szóban forgó termék megfelelő-e a számára.

Elvárja, hogy az értékesítő felmérje az ügyfél kapcsolódó ismereteit, pénzügyi helyzetét.

A MiFID-szabályozásban jelenleg meglévő „*execution only*” lehetősége nem alaplehetőségként szerepel az IDD szövegben, hanem nevesített tagállami opcióként.

Tagállami opció. Egy szigorú feltételrendszer egyidejű teljesülése esetén lehetővé válik, hogy az ügyfél-megfelelési vizsgálat elvégzése nélkül is értékesíthető legyen biztosítási alapú befektetési termék. A négy elemből álló feltételrendszer lényege, hogy a szóban forgó termék ne legyen összetett, ami megnehezítené a kockázatok megértését, az értékesítést az ügyfél kezdeményezze, az ügyfél tisztában legyen azzal, hogy nem részesülhet a vonatkozó fogyasztóvédelmi szabályok által nyújtott védelemben, továbbá az értékesítő teljesíti az összeférhetlenségre vonatkozó előírásokat⁷.

Második szintű szabályozás. A Bizottság felhatalmazást kap arra, hogy végrehajtási rendeletben szabályozza az alkalmassági és megfelelési vizsgálat során beszerzendő információkat, továbbá az „execution only” lehetőség előfeltételei között szereplő „nem összetett” biztosítási alapú befektetési termék alkalmazásának feltételeit. Ennek során figyelembe kell venni az ügyfélnek kínált termék, illetve szolgáltatás jellegzetességeit, valamint az ügyfél lakossági vagy szakmai voltát. A végrehajtási rendelet előkészítését szolgáló technikai javaslatot az EIOPA 2017. február 1-jéig nyújtja be a Bizottság számára.

Harmadik szintű szabályozás. Az EIOPA 2017. augusztus 23-ig iránymutatást dolgoz ki azon termékek értékelésére vonatkozóan, melyek szerkezetükből adódóan megnehezítik az ügyfél számára a kapcsolódó kockázat megértését. Továbbá az EIOPA iránymutatásokat dolgozhat ki a nem összetettnek minősülő biztosítási alapú termékek értékelése tekintetében.

Nyilvántartás és beszámoló az ügyfelek számára

Nevesített kötelezettség az ügyfélnyilvántartások létrehozása, továbbá rendszeres beszámolókat rendelkezésre bocsátása az értékesítő által nyújtott szolgáltatásokról, a kapcsolódó költségekről. Tanácsadás esetén az alkalmasságra vonatkozó nyilatkozatot is az ügyfél rendelkezésére kell bocsátani, melyben az értékesítő részletezi, hogy a tanácsadás milyen módon felel meg az ügyfél igényeinek. Ha az értékesítő az eladáskor arról tájékoztatta az ügyfelet, hogy rendszeresen elvégzi az alkalmasság értékelését, akkor az időszakos beszámolóknak a vonatkozó frissített alkalmassági nyilatkozatot is tartalmaznia kell.

Második szintű szabályozás. A Bizottság felhatalmazást kapott arra, hogy végrehajtási rendeletben szabályozza az ügyfélnyilvántartások és beszámolókat tartalmát és formátumát, figyelembe véve az ügyfél számára kínált termék, illetve szolgáltatás jellegét, valamint az ügyfél lakossági vagy szakmai voltát. A végrehajtási rendelet előkészítését szolgáló technikai javaslatot az EIOPA 2017. február 1-jéig nyújtja be a Bizottság számára.

• Szankciók

A tagállamoknak hatékony, arányos és visszatartó erejű közigazgatási szankciókat és egyéb intézkedéseket kell előírniuk. Ebbe beleértendő az olyan pénzbírságok megállapítása is, melyek kellően magasak ahhoz, hogy az intézmények és azok vezetői számára visszatartó erővel bírjanak. A hatóság elmarasztaló határozatát az átláthatóság érdekében közzé is kell tenni, kivéve azokat az eseteket, amikor a közzététel veszélyeztetné a pénzügyi piacok stabilitását, vagy a közzététel aránytalan kárt okozna az érintett feleknek.

• Összegzés

Ezek tehát az elsődleges és legfontosabb tudnivalók az új európai uniós szabályozásról, az IDD-ről, mely a biztosítások értékesítésének legfontosabb szabályozása. A hazai átültetést szolgáló Bit. módosítás szakmai tervezete várhatóan 2017 első félévében készül el, miután ismertté válnak a jelenleg még készülő második szintű szabályok. A magyar jogalkotónak tehát egy év áll rendelkezésére, hogy értelmezze és a hazai viszonyokra ültesse át az uniós szabályozást. Ebben a munkában segítheti a jogalkotót a biztosítási szakma azzal, hogy alaposan tanulmányozza, értelmezi az új irányelv szövegét, az abban megfogalmazott elvárásokat, és azokat összeveti a jelenlegi hazai szabályozással, illetve a biztosítási piac magyarországi jellegzetességeivel.

IRODALOMJEGYZÉK

Az Európai Parlament és a Tanács 2016/97 irányelve a biztosítási értékesítésről (IDD irányelv)
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A32016L0097> 2015.04.25.

Final Report on Public Consultation on Preparatory Guidelines on product oversight and governance arrangements by insurance undertakings and insurance distributors
<https://eiopa.europa.eu/Pages/Consultations/EIOPA-CP-15-008-Consultation-Paper-on-POG-Guidelines-for-insurance-undertakings-and-insurance-distributors-.aspx> 2015.04.25.

Az Európai Parlament és a Tanács 1286/2014/EU rendelete a lakossági befektetési csomagtermékekkel, illetve a biztosítási alapú befektetési termékekkel kapcsolatos kiemelt információkat tartalmazó dokumentumról (PRIIPs rendelet)
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32014R1286> 2015.04.25.

A cikk jelentős mértékben támaszkodik az Insurance Europe belső munkaanyagaira, illetve az ott szerzett személyes tapasztalatokra, ahol a szerző a „Conduct of Business” bizottságban képviseli a MABISZ-t.

HIVATKOZÁSOK

¹ Directive 2016/97 of the European Parliament and of the Council in insurance distribution (IDD)

² A PRIIPs rendeletről részletes írás olvasható a Biztosítás és Kockázat II. évfolyam 3. számában http://www.mabisz.hu/images/stories/docs/biztositas-es-kockazat/2_3/biztositas-es-kockazat-2-2-2-2-cikk.pdf 2015.04.25.

³ Éves biztosítási díj nem haladja meg a 600 EUR-t, ill. a 200 EUR-t, amennyiben a szolgáltatás időtartama nem több, mint 3 hónap. További részletek az I. fejezet 1. cikk (3) bekezdésében találhatóak.

⁴ Részletek az I. fejezet 2. cikk (1) bekezdés 4. pontjában találhatóak

⁵ Részletes felsorolást ld. I. fejezet 2. cikk (2) bekezdésben.

⁶ Részletek a IV. fejezet 10. cikk (6) bekezdésben találhatóak.

⁷ Pontos részletek a VI. fejezet 29. cikk (3) bekezdésében.

LEHET-E NÉPSZERŰ AZ ILLESZKEDÉSI KIIGAZÍTÁS A HAZAI ÉLETBIZTOSÍTÁSI PIACON?

AZ ILLESZKEDÉSI KIIGAZÍTÁS ALKALMAZÁSA A SZOLVENCIA II-BEN

Varga Gábor MSc (GRAWE Életbiztosító Zrt.) gabor.varga@grawe.at

ÖSSZEFOGLALÓ

Az európai biztosítók a kezdeti lelkesedésüket követően egyre nagyobb bizalmatlansággal tekintettek az illeszkedési kiigazítás formálódó szabályozására. A tanulmány ezért elsősorban arra próbál meg lehetséges magyarázatot adni, hogy a jelenlegi makrogazdasági környezet, a számítási módszertan és az alkalmazás gyakorlati nehézségei összességében miért nem ösztönzik a hazai (és európai) biztosítókat az illeszkedési kiigazítás alkalmazására.

A tanulmányban röviden értelmezem ezen alkalmazási kritériumokat, másrészt bemutatom a tagállami (és hazai) gyakorlati dilemmákat.

Emellett az egyes kritériumokhoz kapcsolódóan egy határozott tartamú, halasztott járadékportfólióra vizsgálom, hogy megfelel-e a halandósági kritériumnak és az alkalmazási feltételeknek. Bemutatom, hogy a hozzárendelt eszközportfólió összeállítása milyen problémákba ütközhet, illetve, hogy a többlehozam-visszajuttatás modellezése a számos menedzsmentdöntési lehetőségek miatt komoly modellezési felkészültséget igényelhet a biztosítók részéről. Végül kitérek arra is, hogy a modell alapján az illeszkedési kiigazítás tiszta állampapír-portfólió fedezet mellett negatív lett volna 2015 végén, és alkalmazása összességében rontotta volna a biztosító pénzügyi helyzetét.

SUMMARY

The initial enthusiasm European insurers used to have has waned and given way to doubts concerning the evolving regulation of matching adjustment. Therefore, the purpose of the paper primarily is to offer possible explanation so as to why the current macroeconomic environment, the methodology and practicability issues do not provide sufficient incentives for European and Hungarian insurers to apply the matching adjustment.

In the paper I give brief commentaries on the application criteria, while presenting the difficulties of the application when put in practice.

The paper is also concerned with the qualitative assessment of whether a temporary deferred annuity portfolio complies with the mortality risk criteria and other application standards. I also highlight the complexity of setting up an assigned asset portfolio and that the profit sharing modelling requires strong modelling skills from an insurer due to the numerous management decisions. Lastly, my model portfolio (assuming that the assigned asset portfolio is made up of Hungarian government bond) justified a negative amount of matching adjustment at the end of 2015 which would have deteriorated the overall financial position of a life insurer.

Kulcsszavak: Szolvencia II, illeszkedési kiigazítás, halasztott járadék, pénzáramlás illesztése, kockázatmentes hozamgörbe

Keywords: Solvency II, matching adjustment, deferred annuity, cash flow matching, risk-free interest rate curve

JEL: G22, C51

DOI: 10.18530/BK.2016.2.32

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2016.2.32>

Bevezető

A Szolvencia II projekt előrehaladását az európai pénzügyi piacokra begyűrűző válság, majd ezt követően a monetáris mennyiségi lazítás miatt kialakuló és tartósan fennmaradó alacsony kamatkörnyezet jelentősen lelassította. A megváltozott gazdasági környezetben a piaci érdekvédelmi szövetségekkel együttműködve az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatóinyugdíj-hatóság (EIOPA) jogelődje, a CEIOPS 2010 tavaszára az addigi Szolvencia II szabályozási tervet megreformálására tett javaslatot.

Az illeszkedési kiigazítás koncepció a Szolvencia II-t kiegészítő pénzügyi szabályozó csomag azon eleme, amely a Szolvencia II rendszer kockázatalapú szemléletének több szempontját is egyesíti magában: a „jól viselkedő” várható kötelezettség-pénzáramlást fejlett kockázatkezelési módszer (cash flow-illesztés) alkalmazása mellett próbálja meg fedezni a várható eszközpenzáramlással, amely által az eszközportfólió hozama és a kockázatmentes hozam közötti hozamkülönbség egy része érvényesíthető a kötelezettségek értékeléséhez felhasznált diszkontrátában. Létrejöttét az ez a kötelezettség-pénzáramlás hozamkörnyezetben a hosszú távú életbiztosítási kötelezettségek (pl. járadékportfóliók) jelentősen felértékelődtek, és az így előálló „rejtett” alultőkésítettség problémájára tartós megoldást¹ kellett keresni.

A probléma alapvetően az eszközök és a kötelezettségek értékelési módszertanának eltérésére vezethető vissza. Míg a pénz- és tőkepiaci árak (és azok változása is) egy az egyben tükröződnek a biztosító eszközeinek túlnyomó részét kitevő kereskedett pénzügyi eszközök értékében, addig a biztosítástechnikai kötelezettségeknek nincsen kereskedési piaca és így megfigyelhető piaci ára sem, esetükben modellalapú (marked-to-model) értékelés valósulhat meg.

Az értékelési modellek eltérése önmagában „tőkefeszültséget” keletkeztet, mivel egy nagymértékben ingadozó eszközértékkel szemben egy relatíve „kiszámíthatóbb” kötelezettségérték áll; így az eszközérték rövid távú volatilitása közvetetten a szavatoló tőke volatilitását is eredményezi az egyes megfigyelési időpontok között.

Ez úgy küszöbölhető ki, ha

- vagy az eszközoldalon is értékelési modelleket állítunk fel (mintegy kiszűrve a piaci árak rövid távú ingadozását),
- vagy a kötelezettségeket próbáljuk meg úgy értékelni, hogy abban tükröződjön a pénzügyi eszközök piaci árváltozásának természete.

A jogalkotó a kötelezettségérték kiigazításának lehetőségét rögzítette a Szolvencia II jogszabályokban: a biztosító az eszközoldali áringadozás hatását kompenzálhatja a kötelezettségek értékelésében, mégpedig az EIOPA által megadott kockázatmentes hozamgörbe megfelelő mértékű eltéréstől.

Az illeszkedési kiigazítási koncepció több szempontból is eltér a többi, hasonló célú ún. LTG eszköztől:

- alkalmazása nem átmeneti jellegű;
- csak a szigorú alkalmazási feltételeknek megfelelő kötelezettségek esetében alkalmazható;
- a kiigazítás mértéke közvetlenül függ e kötelezettségekhez hozzárendelt eszközportfóliótól.

Az illeszkedési kiigazítás koncepciója különösen érdekesnek tűnik abból a szempontból, hogy kezdeti lelkesedésüket követően az európai biztosítók egyre nagyobb bizalmatlansággal tekintettek az illeszkedési kiigazítás formálódó szabályozására, így az a helyzet állt elő, hogy míg az elméleti koncepciót a mai napig szinte egyhangú elismerés övezi, addig a gyakorlati szabályozását illetően nagyon megoszlik a vélekedés. Ezért a tanulmányban arra keresem a választ, hogy az elméleti és modellezési megfontolások alapján jelen körülmények között népszerű lehet-e az illeszkedési kiigazítás alkalmazása a hazai piacon.

Jelen tanulmány a Budapesti Corvinus Egyetem posztgraduális aktuárius szakán 2015 tavaszán leadott szakdolgozatom lényegi részének tartalmi kivonatára épít. A cikk aktualitása érdekében a számításokat a 2015. december 31-i állapotra vonatkozóan készítettem el, ugyanis részben maga az illeszkedési kiigazítási módszertan is megváltozott; továbbá szükségesnek éreztem egyes szempontokra nagyobb hangsúlyt helyezni. Mindezek ellenére az elemzés következtetései változatlanok maradtak.

Az illeszkedési kiigazítási portfólió modellje

A modellezett járadéktermék alapjául a Dimenzió Kölcsönös Biztosító és Önségélyező Egyesület „HAVI Fix járadékbiztosítás” fantázianevű, forintos halasztott járadéktermékének 10 éves garantált járadékopciója szolgált, amelynek során a biztosító a felhalmozási időszakot követően (a 65 éves kor betöltésétől kezdődően) garantált járadékot fizet 10 éven keresztül².

A választás elsődleges indoka az volt, hogy ez olyan járadéktermék, amelynél a későbbiekben bemutatandó tulajdonságok miatt vizsgálható azon alkalmazási kritérium, hogy a legjobb becslés az előírt halandósági kockázati sokkok esetén túllépi-e az 5 százalékos küszöböt, és ezáltal

kizárja-e az illeszkedési kiigazítás alkalmazásának lehetőségét az adott portfólióra³. Másrészt a termékhez kapcsolódó másik, ún. Matuzsálem járadékopció esetében a jogszabályi megkötések miatt az eszközoldali feltételek nem lettek volna biztosíthatóak.

1. táblázat: A modellezés alapjául szolgáló halasztott járadéktermék fő jellemzői (10 éves garantált járadékopcióval)

	<i>felhalmozási szakasz</i>	<i>járadékfizetési szakasz</i>
díjfizetés	egyszeri díj + eseti befizetések	-
technikai kamatláb	1%	0%
többlethozam-visszajuttatás	a többlethozam 80%-ának jóváírása a díjtartalékon	a többlethozam 80%-a a járadékszolgáltatás összegét növeli
haláleseti kifizetés	költséggel csökkentett biztosítástechnikai tartalék	aktuális 10 éves járadékpartalék + többlethozam - költségek
járadékfizetés	-	10 évig garantált kifizetés
visszavásárlás	2. évtől lehetséges a visszavásárlási értéken	kondíciós listában meghatározott visszavásárlási értéken

Forrás: „Havi fix” járadékbiztosítás biztosítási feltételei, ügyfél-tájékoztató

A „Havi FIX” termék költségszerkezete nem publikus, ezért a költségszerkezetre egy egyszeri szerzési, illetve egy rendszeres költségpótlékot feltételeztem; továbbá, hogy a felhalmozási szakasz minden évében az év eleji állomány 1 százaléka szűnik meg visszavásárlással, amely visszavásárlási összeg a számviteli biztosítástechnikai tartalék 95 százaléka.

A konkrét modellem szerint a biztosító 1000 darab, minden paraméterében megegyező szerződést értékesített a múltban: a szerződő 55 éves belépési korban kötötte meg a halasztott járadékbiztosítást, 10 év megtakarítási időszakot követően 65 éves korának betöltésétől kezdve garantált járadékösszeget kap (10 éves garantált járadék szakasz). Feltételezem továbbá, hogy ez a portfólió egy volumenében jóval nagyobb járadék kockázatközösség részét képezi, amelyben ténylegesen megvalósul a kockázati kiegyenlítődség. Az egyéb feltételeket a tanulmány további része tartalmazza.

Az alkalmazott halandósági tábla

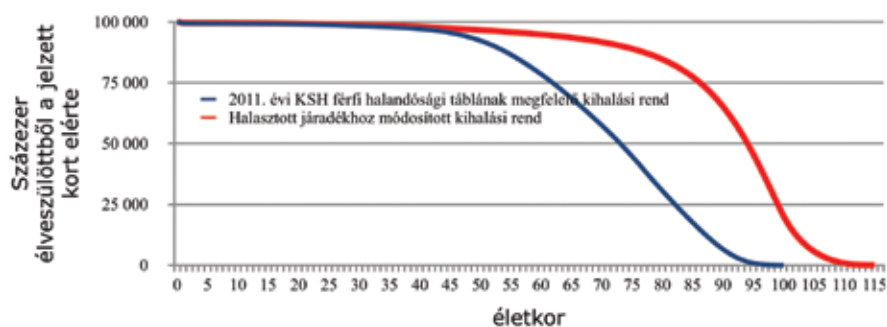
Az árazáshoz és a Szolvencia I tartalékszámításhoz használt halandósági tábla elkészítéséhez a 2011. évi KSH simított férfi halandósági rátákat vettem alapul, amelyeket a járadékfizetési szakasz kezdetéig (65 éves korig) 30 százalékkal csökkentettem, ezt követően viszont a kihalási rend kitolódását és négyzetesedését (rektangularizációját⁴) egyszerű módszerrel, de kellően prudens módon (nagy ráhagyással, vagyis az időskori halandóság jelentős csökkenésének feltételezésével) igazítottam ki. A kitolódást úgy vettem figyelembe, hogy az omega (ω) értékének a szokásosan alkalmazottnál nagyobb kort, jelen esetben 115 éves életkort alkalmaztam. A négyzetesedés hatásához pedig a halandósági rátákat exponenciális függvény segítségével és halandósági javulási faktorok alkalmazásával módosítottam.

A halandósági javulási faktorok meghatározásához az alábbi egyszerűsítésekkel éltem:

- 40 éves kortól kezdődik a halandóság javulása, a 40 év kor feletti halandósági ráták monoton növekedése csak olyan mértékű lehet, amely mellett a 100 éves kort elérők száma egy kiinduló 100 ezer fős populációt feltételezve 20 ezer fő lesz;
- 100 éves kort követően egy erősebb exponenciális növekedést mutatnak a halandósági ráták, amely mellett 115 éves korban éri el a halandósági ráta az 1 értéket.

A Szolvencia II tartalékszámításhoz felhasznált tapasztalati halandósági ráták esetében azt feltételeztem, hogy azok az árazáshoz alkalmazott rátáknál átlagosan 30 százalékkal magasabbak.

1. ábra: A KSH néphalandsági és a halasztott termékhez módosított kihalási rend alakulása



Forrás: KSH és saját számítások

Az illeszkedési kiigazítás portfólió kialakítása, az alkalmazási feltételek vizsgálata

Az illeszkedési kiigazítás elsősorban a „jól viselkedő” és stabil pénzáramlás-mintával rendelkező kötelezettségekre alkalmazható: azaz szükséges feltétel, hogy a kötelezettség-pénzáramlás volumene és időzítése nagymértékben előre jelezhető legyen.

A halandósági kockázati kritérium

A pénzáramlás előre jelezhetőségét nagymértékben meghatározza a kötelezettség kockázati tartalma. A Szolvencia II irányelv alapján az illeszkedési kiigazítás esetében a kötelezettségportfólió az életbiztosítási kockázatokat illetően kizárólag a hosszú élet kockázatát, a költség- és felülvizsgálati kockázatot, illetve a halandósági kockázatot tartalmazhatja. Az eredeti jogalkotói szándék szerint (még a 2013. évi LTG hatástanulmányt⁵ megelőzően) a halandósági kockázat nem képezte volna a megengedett biometrikus kockázatok körét, így a vegyes biztosítások vagy a halasztott járadék biztosítások nagy része eleve ki lett volna zárva e kritérium miatt. Ezt az indokolta volna, hogy a haláleseti szolgáltatás időzítése és volumene nagymértékben ingadozhat. A nagy járadék biztosítási piaccal rendelkező tagállamokban (így különösen a legnagyobb

járadékpiaccal rendelkező Egyesült Királyságban, Spanyolországban és Hollandiában) azonban „tisztá” járadéktermékek⁶ gyakorlatilag nem léteznek, hanem mindegyik tartalmaz legalább egy minimális összegű haláleseti szolgáltatási ígéretet (többnyire elől garanciaidős konstrukciókkal kombinálva). A kockázatok körére vonatkozó szigorú feltétel tehát tovább szűkítette volna a potenciális alkalmazók körét, ezért a jogalkotó döntése alapján a halandósági kockázatot megtettesítő kötelezettségek is bevonhatóak az illeszkedési portfólióba; ugyanakkor csak olyan mértékben, hogy a megadott halandósági kockázati stresszforogatókönyvek hatására a legjobb becslés értéke legfeljebb 5 százalékkal emelkedhet.

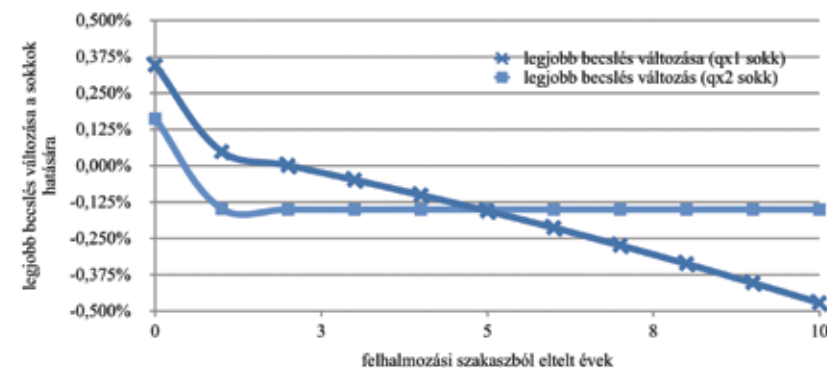
A halandósági kockázat nem képezte a biometrikus kockázatok körét.

A kötelezettségportfólió vizsgálata a halandósági kockázati kritérium alapján

A vizsgálandó halasztott járadéktermék mind a megtakarítási, mind pedig a járadék-kifizetési szakaszban teljesít haláleseti szolgáltatást, azonban a halandósági kockázat⁷ csak az előbbi szakaszban merül fel. A garantált járadékszolgáltatási szakaszban nem merül fel biztosítástechnikai kockázat, ugyanis a biztosítónak a biztosított életben léte és halála esetén is szolgáltatási kötelezettsége keletkezik. A járadékszakaszban bekövetkező haláleseti szolgáltatás esetében valójában technikai kérdésként merülne csak fel a szolgáltatás jellege (azaz hogy egy összegben vagy járadék formájában fizeti ki a biztosító a kedvezményezett részére), de az illeszkedési kiigazítási portfólió megfelelő eszközillesztése miatt jelen esetben fontos kérdéssé válik; így feltételeztem, hogy a biztosító járadék szerűen szolgáltatja a hátralévő időtartam alatt a haláleseti szolgáltatást a kedvezményezett részére.

Az alkalmazási kritérium alapján elvégzett két halandósági sokk⁸ eredményeképpen az alábbi eredményeket kaptam a felhalmozási szakaszból eltelt évek függvényében, amennyiben a 0. időpontban vizsgálom a sokkok hatását:

2. ábra: A halandósági kockázati sokkok hatása a legjobb becslés alakulására



Forrás: saját szerkesztés

Megállapítható, hogy a felhalmozási szakasz során az elmúlt idő függvényében változik a kockázat: kezdetben halandósági kockázatot fut a biztosító, a szakasz vége felé azonban már a halandóság csökkenése okoz veszteséget. A legjobb becslés növekedése mindkét forgatókönyv esetében messze elmarad az 5 százalékos limittől, így a *vizsgált portfólióra teljesül az illeszkedési kiigazítás halandósági kockázatra vonatkozó kritériuma*. Ez az eredmény összhangban van azzal az egyesült királyságbeli felméréssel⁹, amely szerint a kombinált halandósági sokk csak elhanyagolható hatást gyakorol a brit járadékportfóliók döntő többségében¹⁰.

Ügyfél opciókra vonatkozó kritérium

Az érintett biztosítási szerződések *nem tartalmazhatnak ügyfél opciókat, a visszavásárlási opció pedig csak abban az esetben megengedett, ha a visszavásárlás értékét a visszavásárláskor fedezi az eszközök értéke*. Ez utóbbi összhangban van a kockázati tartalomra vonatkozó kritériummal, hiszen a törlési kockázat nem szerepel a megengedett kockázatok között. Az eszköz piaci értékének maximumában meghatározott visszavásárlási érték alkalmazása a nyugat-európai biztosítási piacokon bevett szerződéses gyakorlatnak számít (ún. market value adjustment clause, MVA alkalmazása), amellyel a biztosítóknak lehetőségük van a visszavásárlási összeget az eszközök piaci értékéig korlátozni, azaz az eszközök kényszerértékesítéséből fakadó esetleges veszteséget¹¹ gyakorlatilag az ügyfelekre háríthatják.

Ennek modellezéséhez egy egyszerű képletet¹² alkalmaztam:

$$\text{piaci érték kiigazítás} = e^{-r_{vv}t} - e^{-r_k t} \quad (1)$$

ahol,

- r_k a szerződés kezdetén érvényes becslés, tartam végéhez tartozó zéró kupon hozam,
- r_{vv} a visszavásárlás időpontjában érvényes becslés, tartam végéhez tartozó zéró kupon hozam,
- t pedig a biztosítási tartam hátralévő része (években kifejezve).

A képlet alapján látható, hogy a kiigazítás negatív (azaz csökkenti a visszavásárlási értéket), ha az r_{vv} meghaladja az r_k -t, ellenkező esetben az eredeti visszavásárlási értéket is meghaladó összeget kap az ügyfél.

Kötelezettségek szétválasztásának tilalma

Az egy biztosítási szerződésből eredő kötelezettségek az illeszkedési kiigazítás alkalmazásának céljából *nem választhatóak szét*. A modellben például a felhalmozási és járadékszakasz nem választható külön, ebben az esetben teljesen más kockázati tartalma lenne a részportfólióknak, mint a halasztott járadékportfóliónak, így a kockázati tartalomra vonatkozó kritériummal is összefügg.

Jövőbeli díjakra vonatkozó kritérium

A kötelezettség-pénzáramlás előre jelezhetősége szintén függ attól, hogy milyen valószínűséggel folynak be a jövőbeli díjak. A legbiztosabb díj az, ami beérkezett és már be sem kell szedni, így aztán az alkalmazási feltételek alapján a kötelezettségportfóliót csak *olyan szerződések alkothatják, amelyek nem eredményezhetnek jövőbeli díjfizetést*. Ezen alkalmazási feltétel hazai vonatkozására kitérek a korlátozó tényezőket számba vevő részben.

A modellezett járadékterméket jövőbeli eseti befizetések lehetősége nélküli egyszeri díjas terméknek feltételeztem, így esetünkben a jövőbeli díjfizetés nem jelent alkalmazási korlátot. Az egyszeri díj miatt továbbá a teljes, szerződésből eredő kötelezettségek a szerződés határain¹³ belülre esnek, azaz a kötelezettségek összes jövőbeli pénzáramlása figyelembe vehető a tartalékok értékelésénél.

Várható eszköz- és kötelezettség-pénzáramlások illesztése

Az illeszkedési kiigazítási koncepció talán leginkább sarkalatos pontja az eszközök és a kötelezettségek várható pénzáramlásának illesztése. Mielőtt intuitív módon ismertetném, hogy az értékelés során miért elég a várható pénzáramlásokkal törődnünk, ki kell emelni, hogy mind a kötelezettség, mind pedig az eszközportfólió *pénzáramlása önmagában kockázatos*. A kötelezettségoldal ki van téve a biometrikus kockázatoknak és kamatláb kockázatnak¹⁴, míg az eszköz (pl. kötvény-) portfólió pedig kamatláb-, kamatrés-, illetve partnerkockázatot hordozhat. Ellenben például a közös kockázati tényezőre (kamatláb) vonatkozóan ki tudnánk alakítani egy olyan portfóliót, amely a vízszintes és „elég nagy, de nem nagyon nagy” hozamgörbe-elmozdulások ellen is relatíve megfelelően véd (átlagidő-megfeleltetés és pozitív konvexitás kialakítása). Ezt az ún. immunizációs technikát régóta alkalmazzák az életbiztosítók, de a nem vízszintes hozamgörbe-elmozdulásoknál ügyelni kell arra is, hogy a hozamgörbe egyes szakaszain az eszköz- és kötelezettség-pénzáramlások közel azonosak legyenek (sőt, esetleg a teljes pénzáramlás meg legyen feleltetve egymásnak/ ún. dedikáció/).

A nem vízszintes hozamgörbe-elmozdulásoknál ügyelni kell arra is, hogy az eszköz- és kötelezettség-pénzáramlások közel azonosak legyenek.

Eszközoldalon elméletileg további kockázatmentes fedezeti portfóliók is kialakíthatóak, például a csőd elleni védelemre. Az alábbi rendkívül egyszerű levezetés alapján egy egyéves kockázatos diszkontkötvény nominális pénzáramlása felbontható egy biztosan és egy bizonytalanul befolyó pénzáramlás összegeként:

$$\text{Kötvény}_{CF} = \text{Kötvény}_{\text{kockázatmentes CF}} + \text{Kötvény}_{\text{kockázatos CF}} \quad (2)$$

2. táblázat: A várható veszteség leválasztása a kötvény pénzáramlásban

	<i>Kötvény_{kockázatmentes CF}</i>	<i>Kötvény_{kockázatos CF}</i>
Kifizetés	$1 - x$	x
Kifizetés valószínűsége	1	$1 - p_t^Q$
Várható kifizetés	$1 - x$	$x * (1 - p_t^Q)$
Várható kifizetés jelenértéke	$(1 - x) * (1 + r_t)^{-t}$	$x * (1 - p_t^Q) * (1 + r_t)^{-t}$
Összesen	$(1 - x * p_t^Q) * (1 + r_t)^{-t}$	

Forrás: Bohn-Stein (2009): *Active Credit Portfolio Management in Practice*, illetve saját átdolgozás

Megkaphatjuk a teljes nominális pénzáramlást, de ezért már a jelenben fizetnünk kell. Az $(x * p_t^Q) * (1 + r_t)^{-1}$ kifejezésnek közgazdasági jelentőséget is tulajdoníthatunk: ez nem más, mint egy kötvény csődkockázata elleni védelmének (származtatott termék) ára¹⁵.

Fontos megjegyezni, hogy a p_t^Q csődválószerűség az a súly, amely mellett a kötvényből és a származtatott termékből álló pozíció hozama éppen a kockázatmentes hozam (r_t) lesz. Egy befektető számára mindegy lenne, hogy a fenti portfólió kombinációja vagy egy biztos pénzáramlás közül kell választania, mindkettőnek ugyanaz a hozama (a kockázatmentes hozam), emiatt a p_t^Q az ún. kockázatsemleges súlymérték (Q). Az illeszkedési kiigazításhoz kapcsolódóan más felfedezést is tehetünk: az $x * p_t^Q$ megfeleltethető annak az összegnek, amellyel a módszertan alapján a hozzárendelt eszközportfólió pénzáramlását a csődkockázat miatt ki kell igazítani („de-risking of cash flow”).

A biometrikus kockázatok jellemzően nem fedezhetők, így szavatoló tőkét kell utánuk képezni. A tőketartásnak „ára” van; ezt fejezi ki az ún. kockázati ráhagyás, amelynek meg kell mutatkoznia a kötelezettségek értékelésénél is: a tartalékot úgy kell megképezni, hogy egy feltételezett állományátruházás során a másik fél hajlandó legyen a kötelezettségportfóliót átvenni¹⁶, azaz az átadó biztosítónak finanszírozni szükséges az életbiztosítási (és nem fedezhető egyéb) kockázatok után képzendő szavatoló tőke költségét is.

Amennyiben a biztosítónál az eszköz és kötelezettség várt pénzáramlása tökéletesen illeszkedik, nincsen újra-befektetési kockázat, hiszen az időszakok várható nettó cash flow-egyenlege nulla. Ez esetben árfolyamkockázata sincsen, mert tartam alatt soha nem fog arra kényszerülni, hogy lejárat előtt értékesítse az eszközeit. Így képes lejáratig megtartani az eszközöket (ennek nincsen ára!) és a kockázatos hozamot elérni, annak ellenére, hogy a biztosító pozíciója kockázatmentes, hiszen várhatóan pont akkora összeget kell kifizetnie, amennyi befolyik.

Az árfolyamkockázathoz, újra-befektetési (illetve likviditási) kockázathoz kapcsolódó hozamfelár-rész (a felár „volatilitásának” kockázata) ezáltal realizálható, és érvényesíteni lehetne például az eszközök diszkontrátájának csökkentésével, a jogalkotó azonban ehelyett a kötelezettségek diszkontrátájának növelését választotta. A Szolvencia II direktíva nem engedi azon árfolyamkockázathoz kapcsolódó felárt érvényesíteni, amelyet az eszköz leminősítése okoz (ezt az EIOPA hozamszázalékként számszerűsíti lejáratonként és hitelminősítési kategóriánként).

A hozzárendelt eszközportfólió kialakítása

A Szolvencia II irányelv alapján a kijelölt eszközportfólió pénzáramlásának rögzítettnek kell lennie, és azokat sem az eszközök kibocsátói, sem harmadik felek nem módosíthatják. Fontos a jogszabályi szóhasználat, amely szerint a portfólió, nem pedig a portfóliót alkotó egyedi eszközök pénzáramlásának kell rögzítettnek lennie (angolul: „cash flows [...] are fixed”). Vagyis nincs explicit módon tiltva, hogy adott esetben változó kamatozású kötvények is a hozzárendelt eszközportfólió részét képezzék (sőt, akár részvény is alkothatja a hozzárendelt portfóliót, feltéve, hogy a részvényhozamot fix kamatra cserélő ügylet is az eszközportfólió része).

A jogalkotó szándéka, hogy ezen eszközök (akár szintetikus, egyéb eszközök kombinációjával is) összességében kötvényjellegű eredő pénzáramlást biztosítsanak a kötelezettséggel azonos devizanemben. Amennyiben a kötelezettségek pénzáramlása követi az inflációt, úgy azt fedezheti inflációtól függő eszközpénzáramlás is. Véleményem szerint a feltétel enyhítését egy már meglévő tagállami gyakorlat is indokolja: az egyesült királyságbeli életbiztosítók járadékportfóliójának eszközfedezete ugyanis nem elhanyagolható arányban tartalmaz az angol jegybank által kibocsátott, késleltetett indexálású kormányzati kötvényeket (ún. index-linked gilts¹⁷), amelyek az aktuális vagy korábbi időszakok fogyasztói inflációs rátától függenek.

Halasztott járadéktermék esetében 20 évre kellene megteremteni a szükséges eszközfedezetet.

Az alkalmazási feltételek alapján az eszközök és kötelezettségek várható pénzáramlását elégséges¹⁸ szinten össze kell hangolni. A jogszabály nem mond az illesztés „sűrűségére” semmi konkrétumot, a brit felügyeleti hatóság által kiadott engedélyeztetési útmutató¹⁹ is csak éves bontást említ a pénzáramlások megfeleltetéséről, holott a valóságban a megvalósítandó negyedéves cash flow-illesztés jóval nagyobb kihívás elé állítja a biztosítókat. A modellben az eszköz és kötelezettség várható pénzáramlását egy időszakra vonatkozóan akkor tekintem megfeleltetettnek, amennyiben azok azonos években folynak be, illetve kerülnek kifizetésre.

A modellezett halasztott járadéktermék esetében 20 évre (10 év megtakarítási, illetve 10 év garantált járadékfizetési időszakra) kellene megteremteni a szükséges eszközfedezetet. Az Államadósság Kezelő Központ Zrt. által hetente becsült spot forint állampapír-hozamgörbe legtávolabbi lejárat pontja 2015. év²⁰ végén 15,82 év volt (a 2031/A állampapír hátralévő futamideje), így ezen lejáraton túli, jelentős volumenű²¹ esedékes várható kifizetéseket (pl. az élethossziglani járadék választása esetében) csak nagyon hosszú hátralévő futamidejű egyéb pénz- és tőkepiaci instrumentumok pénzáramlásaival lehet lefedezni. A hazai vállalati kötvények piacán a lejáratok lényegesen rövidebbek (pl. az MFB 2021-ben lejáratú kötvénye kivételesen hosszú kötvénynek számít), az egyéb szintetikus pozíciók létrehozása (pl. kamatszere-ügyletek révén, devizás állampapírok és határidős ügyletek kombinációival stb.) a kontraktusméret vagy a tranzakciós költségek miatt pedig nem igazán életszerű megoldások.

Megjegyzem, hogy léteznek ún. longevity értékpapírok²², amelyek kifizetései érzékenyek a biztosítástechnikai kockázatok változására is: a csoporthalandóság változásának megfelelően nőhet vagy csökkenhet a tartam alatti kifizetésük, sőt, futamidejük is lerövidülhet vagy éppen kitolódhat. Fejlett piacokon a járadékportfóliók fedezetébe olyan eszközoldali követeléseket is szerezhet a biztosító a saját tevékenysége révén, amelyek mérsékelhetik a járadéktermékek kockázatát, ennek tipikus példája az ún. lifetime equity release²³ kölcsönök nyújtása. Sőt, esetleg a viszontbiztosítóval is köthető olyan viszontbiztosítási megállapodás, amely figyelembe veszi a várható kötelezettség-pénzáramlást. Előbbi eszközök azonban nem biztos, hogy a rögzített pénzáramlás kritériumának megfelelnek; ezen az állásponton van a brit felügyelet is²⁴.

A tanulmányban csak olyan kötelezettségportfólió eszközfedezetének kialakításával foglalkozom, amelynek lefedezésére az állampapír-hozamgörbe lejárat szerkezete is lehetőséget ad. Emiatt legfeljebb 16 éves hátralévő tartamú kötelezettség-pénzáramlást veszek figyelembe, ezzel teljesül az a cél is, hogy legyen még hátralévő idő a megtakarítási időszakból, hiszen mint láttuk, a 10 éves járadék választása esetén itt merül csak fel a tartam alatt halandósági kockázat.

Az állampapír-portfólió választásának két oka is volt: ezen keresztül megmutatható a hazai alkalmazás egyik korlátozó tényezője, másrészt pedig nem létezik „vállalati kötvény hozamgörbe” a kibocsátók sokfélesége miatt, illetve az alapvető kamatkülönbözet számítása jelentősen bonyolulttá válna.

A tanulmányban az alábbi eszközösszetételeket vizsgáltam a 10 éves járadékopció kötelezettség-pénzáramlásának minél pontosabb lefedése érdekében:

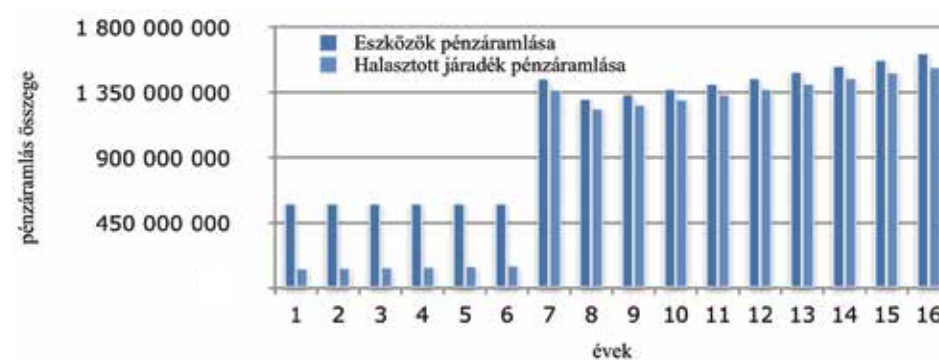
1. kizárólag a hazai állampapírpiacra 2015. december 31-én másodlagos kereskedési forgalomban elérhető állampapírokkal;
2. a piacon elérhető hazai állampapírokkal és a hiányzó lejáratokon lejáró fiktív államkötvények segítségével;
3. az elérhető hazai állampapírokkal, a hiányzó fiktív állampapírokkal és a fenti kamatsereügylettel.

Az 1. esetben a kötelezettség cash flow-k fedezetét csak úgy lehet megteremteni, hogy az egyes időszak(ok)ban nagyon jelentős eszköz cash flow-többlet keletkezik a futamidő elején és végén egyaránt. Ennek oka, hogy 2015. év végén egyes évekre (2021, 2026, 2027, 2029) nem volt lejáró állampapír az OTC piacon. Az illesztésnél ugyanis fontos szempont, hogy míg a tőkeösszeg csak a lejáratú időszak cash flow-ját befolyásolja, addig a kamatösszeg a többi időszakét is, ami miatt jelentős eszköz cash flow-többlet keletkezik. Ez is mutatja, hogy az állampapír-kínálatnak (pontosan a pénzáramlásoknak) eléggé „sűrűnek” kell lennie olyan értelemben, hogy minden évre vonatkozóan legyen lejáratú kifizetés, máskülönben az illeszkedési szándék jelentős túlfedezéshez vezethet. Nyilván megfelelő lejáratokon elérhető diszkont állampapír-kínálat mellett az illeszkedés nem okozna gondot.

Tekintettel arra, hogy a 2015. december 31-én forgalomban lévő állampapírok nem biztosítanak minden évre vonatkozóan lejáratú kifizetést, ezért a 2. esetben az illeszkedés minőségét az ezen éveken (2021, 2024, 2026, 2027) lejáró, általam beárzott²⁵ állampapírok forgalmazása

mellett is megnéztem. Az 1. esethez képest sokkal nagyobb fokú illeszkedés érhető el ezen fiktív kötvények segítségével, és az eszköz cash flow-többlet is jelentősen lecsökken.

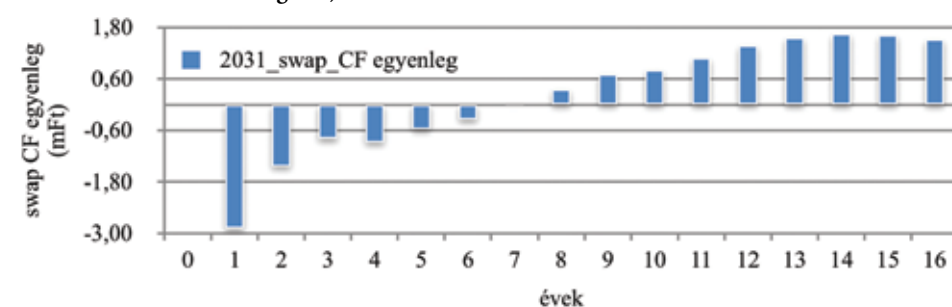
3. ábra: A 2. eset szerinti pénzáramlás-illesztés



Forrás: ÁKK, illetve saját számítások

A 3. eset inkább elméleti példának tekinthető, de abból a szempontból mindenképpen érdemes foglalkozni vele, hogy a swap-ügylet – fix kamatot fizető és változó kamatot kapó (ún. payer swap) pozícióba állva – negatív cash flow-t biztosít az első időszakokban, majd pozitívba fordul. A 2031-as lejáratú, 100 millió Ft névértékre szóló swap pénzáramlása (amely során a jelenlegi hozamgörbe ismeretében jövőbeli állampapír-piaci hozamokat cserélünk el) a következőképpen alakulna:

4. ábra: A 2031-ban lejáró 100 millió Ft névértékű kamatsereügylet várható nettó cash flow-ja (a fix kamatot fizető fél szemszögéből)



Forrás: saját számítás

Ennek oka az, hogy a kamatsereügylet fix kamata a spot hozamoknál „lomhább” ún. par kamat²⁶, a változó kamat pedig az egyes időszakokban várható, a spot hozamoknál „gyorsabb” ún. éves forward hozam²⁷. Mivel ezen ügylet árazása úgy történik, hogy a megkö-

téskor egyik fél számára se legyen nyereséges az ügylet, és az egyik kamatláb rögzített, ezért szükségszerűen lesznek negatív cash flow-k is a pénzáramlásban (jelen esetben az emelkedő hozamgörbe miatt a futamidő elején). Emiatt jelentős mértékben javul az illeszkedés, mivel a swap-ügylet kezdeti negatív pénzáramlása segít „leépíteni” a 2. eset eszköz cash flow-többletét. A kamatsereűgyletek további előnye, hogy nagyon egyszerűen felvehető ellentétes pozíció: pl. egy további, 2030-ban lejáró swap-ügylet bevonásával gyakorlatilag tökéletes illesztést lehet végrehajtani ellentétes pozíció²⁸ felvételével (azaz változó kamatot fizetve).

5. ábra: A 3. eset szerinti pénzáramlás-illesztés



Forrás: ÁKK, illetve saját számítások

A 2. eset szerinti eszközportfóliót választva létrehozzuk az eszköz-forrás megfeleltetést, ezáltal az illeszkedési kiigazítási portfóliót.

Az illeszkedési kiigazítással érintett biztosítástechnikai tartalékok eszközfedezetét a többi eszköztől el kell különíteni. A szabályozó jogi oldalról is biztosítani szeretne volna a pénzáramlás-illesztés fenntartását, ezért eredetileg az illeszkedési kiigazítással érintett portfólióra az elkülönített alapra (ún. ring-fenced funds)²⁹ vonatkozó szabályokat kellett volna alkalmazni. Az LTG hatástanulmányt követő EIOPA-javaslatok nyomán ugyanakkor a jogi elkülönítést felváltotta az enyhébb, gazdasági értelemben vett elkülönítés koncepciója (azaz pl. elég a biztosítónak az írásos befektetési politikájában elköteleznie magát, hogy a hozzárendelt eszközportfóliót az alkalmazási kritériumoknak megfelelően kezeli).

Az illeszkedési kiigazítási portfóliót ténylegesen úgy kell tekinteni, mint egy különálló biztosítót.

Ezt egyrészt az indokolta, hogy ez a típusú konstrukció csak egy-két tagállamban honos (pl. Egyesült Királyság, Belgium), a többi tagállamban a jogi háttérkörnyezet sem állt volna rendelkezésre, így az uniós egyenlő elbánás elve sérült volna. A jogi értelemben vett elkülönített alap kritérium tehát kikerült a feltételek közül, de a hozzá kapcsolódó szavatoló- és tőkeszükséglet-számítási korlátok megmaradtak. Ez gyakorlatilag egyenértékű

azzal, hogy az illeszkedési kiigazítási portfóliót ténylegesen úgy kell tekinteni, mint egy különálló biztosítót („biztosító a biztosítóban”), aminek két következménye is van:

- egyrészt az illeszkedési portfólió szavatoló- és tőke-többletét nem lehet bevonni az általános veszteségfedezésbe, vagyis az intézményi szintű szavatoló tőke értékéből le kell vonni;
- másrészt a szavatoló- és tőke-többlet-re is hatással van, ugyanis az illeszkedési portfólió kockázatait nem lehet megosztani a biztosító többi portfóliójának kockázataival, azaz nem lehet érvényesíteni a diverzifikációs hatásokat sem.

Nyereségrészesedés és felsővezetői (menedzsment) intézkedések az illeszkedési portfólión belül

A biztosító a garantált pénzáramlások mellett az eszközökön elérhető hozamtól függő, kevésbé „előre jelezhető” kötelezettség-pénzáramlást is keletkeztet azáltal, hogy a garantált szolgáltatás mellett többlethozamot is visszajuttat. Ezen nyereség-pénzáramlás a garantált szolgáltatáshoz tartozó pénzáramlásokhoz képest nem elhanyagolható. Nehezen lehet elképzelni, hogy a pénzáramlás illesztésére vonatkozó szigorú szabályok automatikusan a többlethozamos szerződések kizárását jelentsék, hiszen az illeszkedési kiigazítás első számú célpontjának tekintett járadék-biztosítási állományok után jellemzően (a hazai piacon is) többlethozamot is juttatnak vissza a biztosítók³⁰. Véleményem szerint a többlethozam-visszajuttatás rendszere értelmezhető a biztosítók és a viszontbiztosítók szavatoló tőkéjéről és biztosítástechnikai tartalékairól szóló 43/2015. (III.12.) Kormányrendelet (a továbbiakban: Kormányrendelet) 9. § (1) a) pontja szerinti „pénzáramlás lényeges változásának”, amely esetben a hozzárendelt eszközportfólió összetételét úgy kell módosítani, hogy helyreálljon a pénzáramlás-illeszkedés.

A kockázatmentes hozamgörbe szimulációja

A nyereségrészesedés számításához szükséges szimuláció végrehajtásához nem rendeltem kockázatmentes hozamszenáriókkal, ezért egyszerűsítésként kockázatmentes forward hozamgörbét szimuláltam egy kéttényezős Heath-Jarrow-Morton modell alapján. A volatilitási szerkezet kialakításánál egy konstans, illetve a lejáratig hátralévő idő függvényében egy exponenciálisan lecsengő volatilitási paramétert feltételeztem. A hozamgörbék felhasználásával 1000 db forgatókönyv³¹ mentén értékeltem a nyereségrészesedés jelenértékét a legjobb becslés forgatókönyv során.

Felsővezetői intézkedés a nyereségrészesedés számításakor

A modellben a többlethozam-visszajuttatás a felhalmozási szakaszban a könyv szerinti hozam 80 százalékának a díjtartalékon történő jóváírásával, míg a járadékos szakaszban a járadék-szolgáltatás növelésével történik.

A pénzáramlás megfeleltetés kritériuma lényegében egy „beépített” felsővezetői intézkedést von maga után, mivel a pénzáramlások lényeges megváltozásakor nem egy előre megcélzott eszközallokációt kell megteremteni, hanem automatikusan helyre kell állítani az illeszkedést a megfelelő eszközök átrendezésével, vételével vagy eladásával. A modellben feltételeztem, hogy évente egyszer (év végén) igazítja ki a biztosító a hozzárendelt eszközportfólióját.

A modellben feltételeztem, hogy évente egyszer igazítja ki a biztosító a hozzárendelt eszközportfólióját.

A várható pénzáramlások illeszkedése mellett is előfordulhat (pl. halálozások számának jelentős emelkedésekor), hogy a biztosító nem tudja megtartani lejáratig az eszközeit. Amennyiben a kötelezettségek várt pénzáramlása egy időszakban³² meghaladja az eszközelejáratok és kamatfizetések összegét, úgy eszközöket kell értékesíteni (e célból indokolt lehet bankbetét jellegű eszközöket is tartani, de ezek jellemzően csökkentik az illeszkedési kiigazítás mértékét). Attól, hogy egyes időszakokban a szolgáltatás összege meghaladja az eszközfizetését, az eszközfedezet még biztosított lehet, hiszen elképzelhető, hogy az eszköz cash flow-többlet a korábbi vagy a későbbi időszakokban folyik be.

A szavatolótőke-többletet érintő felsővezetői intézkedés

A biztosítónak – függetlenül attól, hogy kialakítható-e tőkés eszközfedezet vagy sem – mindenféleképpen „többleteszközöket” is kell tartania az illeszkedési portfólió keretén belül, hiszen a halasztott járadékkötelezettségek mellett az illeszkedési kiigazítási portfólió szavatolótőke-szükségletét az illeszkedési portfólió keretén belül fedezni kell önálló szavatoló tőkével.

A számítási példában „megvett” eszközportfólió esetében nem fordult elő, hogy a kötelezettségek várható pénzáramlása bármelyik időszakban is meghaladta volna a lejáratú és kamatfizetési összeget, éppen ellenkezőleg, már kezdetben is a hozzárendelt eszközportfólió a teljes eszközérték mintegy negyedét adja. Arra a kérdésre, hogy mit lehet kezdeni az illeszkedési kiigazításon belül keletkező szavatolótőke-többlettel, érdemes a brit és spanyol felügyeleti hatóságok jogszabályi értelmezését³³ kiindulópontnak tekinteni. Ennek alapján az illeszkedési kiigazítási portfólióban keletkező szavatoló tőke bizonyos esetekben (pl. kedvező káralakulás esetén) kivihető az illeszkedési kiigazítási portfólióból; feltéve, ha igazolható, hogy a cash flow-megfeleltetés továbbra is fenntartható. Ez ugyancsak a felsővezetői intézkedés modellezését kívánja meg, ugyanis a biztosítónak érdekében áll a szavatolótőke-többletet az illeszkedési portfólión kívülre vinni, hiszen ezáltal beszámítható válik a biztosító „általános” szavatoló tőkéjébe.

A számítási példában azzal a feltételezéssel éltem, hogy az első néhány évben keletkező eszközpénzáramlás-többletet a biztosító azonnal az illeszkedési kiigazítási portfólión kívülre viszi, amennyiben ez nem veszélyezteti a 120 százalékos szavatolótőke-feltöltöttség fenntartását. A jelentős eszköztöbblet miatt ez a szabály nem korlátozta a tőke kivonást az illeszkedési kiigazítási portfólióból.

Az illeszkedési kiigazítás módszertana

Az illeszkedési kiigazítás mértéke az eszközök és a kötelezettségek belső megtérülési rátájának különbségén alapul, amely eljárás egyben mutatja, hogy az illeszkedési kiigazítás a kockázatmentes hozamgörbe vízszintes kiigazítását jelenti.

Az illeszkedési kiigazítás mértéke az eszközök és a kötelezettségek belső megtérülési rátájának különbségén alapul.

Mind az eszköz-, mind pedig a kötelezettségportfólió esetében a módszertan szerint számítandó belső megtérülési ráta az eszköz-, illetve a kockázatmentes hozamgörbe-pontok egyfajta átlagát jelenti, amelyhez a súlyt mindkét esetben a kötelezettség-pénzáramlások adják. Amint említettem, az eszközök lejáratig tartása azt jelenti, hogy a biztosító kizárólag a futamidő alatti hozamgörbe-kockázat alól mentesül, de megtartja a kibocsátói hitelkockázatot és a leminősítési hitelkockázatot³⁴, így e várható veszteségekhez tartozó felár (az ún. alapvető kamatkülönbözlet) nem érvényesíthető az illikviditási kiigazítás értékében.

Az illeszkedési kiigazítás mértékének számszerűsítése

Az EIOPA módszertana alapján kiszámítottam 2015. év végére az illeszkedési kiigazítást egy olyan eszköz-kötelezettség portfólióra, amelynek fedezete kizárólag állampapírt tartalmaz.

Az eszközök esetében a belső megtérülési ráta számításához az Excel BMR függvénye helyett az egyes állampapírok eltérő eszközfizetési időpontjai között eltelt idő figyelembevételére is alkalmas XIRR, illetve XBMR függvényt alkalmaztam.

Az állampapír-portfólió pénzáramlásának csődkockázati kiigazítását³⁵ (azaz a pénzáramlás korrekciót) az EIOPA által megadott csődkockázati felár alapján számítottam.

A leminősítési felarat a lejárat-hitelminősítés dimenziójában az EIOPA számolja, amelyeket a belső megtérülési ráta módszerrel egyetlen konstans felárként határoztam meg (tekintettel arra, hogy az eszközök és kötelezettségek belső megtérülési rátájának különbségét kell csökkenteni vele). 2015. év végére vonatkozóan az állampapír-fedezett kötelezettségportfólió illeszkedési kiigazítási értékeként **-15 bázispontot** kaptam, azaz a biztosító pénzügyi helyzetét egyértelműen rontaná az illeszkedési kiigazítás alkalmazása.

Az eredmény egyáltalán nem meglepő az alábbi körülmények ismeretében:

- az EIOPA mindösszesen 10 bázispontos vízszintes kiigazítást alkalmaz³⁶ a spot állampapírhozamokra, hogy előállítsa a kockázatmentes forint hozamgörbét; azaz a tartalékfedezeti állampapír-portfólió miatt nagyjából ez jelenti az illeszkedési kiigazítás mértékének felső korlátját;
- a kiigazítás mértékét tovább csökkenti a portfólió súlyozott leminősítési kockázati kamatfelárának (~13 bázispont) figyelembevétele a számítás során.

Az EIOPA által a forintos állampapírhozam esetében feltételezett 10 bázispontos hitel- és báziskockázati kiigazítás véleményem szerint olyan korlát, amely abban az esetben is eltérítene a biztosítókat az illeszkedési kiigazítás alkalmazásától, ha minden más feltétel teljesülne.

Az illeszkedési kiigazítás módszertani hiányossága

A belső megtérülési ráta számításának számos, a szakirodalomban ismert hibája van, amely közül az egyik az illeszkedési kiigazítás esetében is nagyon gyakran előfordulhat. A kötvények esetében is ismeretes a belső megtérülési ráta (vagyis a kötvények lejáratig számított hozamának) azon „hibája”, hogy tetszőlegesen manipulálható a súlyt adó pénzáramlások tetszőleges átrendezése révén (pl. a névleges kamatláb változtatásával), így vételi-eladási döntést nem lehet rá alapozni.

A 2015/35. EU rendelet 53. cikke³⁷ értelmében csak azon eszközöket lehet az eszközök piaci értékében figyelembe venni, amelyek a kötelezettségek várt pénzáramlásaihoz illeszkednek. A biztosító teljes mértékben ellenérdekelt lenne abban, hogy egy belső megtérülési ráta alapú számítás esetében többleteszközöket is figyelembe vegyen az illeszkedési kiigazítás számításánál, hiszen az változatlan (kötelezettség) pénzáramlások mellett csökkentené a belső megtérülési ráta értékét, a portfólió kifutásáig elérhető eszközhozamot gyakorlatilag alulbecsülné. A szabályozás ezért nem lenne indokolt ezen esetben.

A Szolvencia II irányelvvel összhangban a Kormányrendelet 9. § (1) c) pontja ugyanakkor bizonyos korlátok mellett lehetővé teszi a meg nem felelést. Ez azt jelenti, hogy ha az eszköz-kifizetés nem fedezi a szolgáltatás nagyságát, eszközöket kell értékesíteni a biztosítónak. Az ilyen időszaki cash flow-alulfedezések a számítási példában az alábbiak szerint növelik az illeszkedési kiigazítás mértékét:

3. táblázat: A kötelezettség-pénzáramlás alulfedezésének hatása (példák)

CF mismatch jellege	100%-os fedezet (kiinduló állapot)	minden cash flow esetében 99%-os fedezet	az utolsó évi cash flow esetében 80%-os fedezet
Illeszkedési kiigazítás mértéke (bp)	-15 bp	-5 bp	0 bp
Meg nem felelés mértéke (%)	0%	0,36%	1,49%

Forrás: saját számítás

*a meg nem felelés mértékének a $\sum \max(Kötelezettség_{CF(t)} - Eszköz_{CF(t)}; 0) \cdot (1+r)^t$ összeget tekinttem.

Látható a belső megtérülési ráta változása: nőnie kell a belső megtérülési rátának, ha kisebb jelenérték mellett a változatlan pénzáramlással számítjuk azt.

A szabályozást tehát ki kellene terjeszteni az alulfedezettség esetére is, például olyan módon, hogy csak a megfelelően illesztett időszaki pénzáramlásokra érvényesíthető az illeszkedési kiigazítás, a többi cash flow-részre csak a kockázatmentes hozamgörbével lenne megengedett a diszkontálás. Ez ugyanakkor véleményem szerint ütközne a kötelezettségek szétválasztásának tilalmával (Kormányrendelet 9. § (1) i) pont).

Az illeszkedési kiigazítás megvalósításának gyakorlati nehézségei

Az alábbiakban összefoglalom, hogy a bemutatottak alapján milyen tényezők nehezítik az illeszkedési kiigazítási portfólió kialakítását a gyakorlatban, kiemelve a hazai sajátosságokat.

Az alkalmazási feltételeket sok helyen nevesítik, azonban az alsóbb szintű jogszabályok nem foglalkoznak a kötelezettségek és az eszközportfólió megfeleltetésének gyakorlati kivitelezésével és a felmerülő problémák kiküszöbölésével. Az elméleti számítási példák, így például az EIOPA vagy az Insurance Europe által nyilvánosságra hozott segédanyagok is éves időszakokra vonatkozó cash flow-illesztést alkalmaznak, de a gyakorlatban a pontosabb negyedéves illesztés jelentene érdemi megfeleltetést, amely viszont szinte kivitelezhetetlen, különösen egy kevésbé fejlett pénz- és tőkepiacon.

A biztosítónak mérlegelnie kell, hogy a likvid eszközök rontják az elérhető illeszkedési kiigazítás mértékét.

Bár a Szolvencia II irányelv 77b. 1. (h) pontja a kötvényjellegű befektetéseket részesíti előnyben, természetesen a gyakorlatban nehezen képzelhető el, hogy a hozzárendelt eszközportfólió kizárólag kamatozó értékpapírokat tartalmaz, és a biztosító a hozzárendelt eszközportfólió legalább egy részét ne likvid eszközökkel (pl. bankbetéttel) töltsse fel. Ez áthidalhatja a pénzáramlások eltérő időzítéséből eredő átmeneti meg nem felelést, amely egyéb esetekben eszközök átcsoportosításával egyszerűen kezelhető lenne, de az eszközök gazdasági értelemben vett elkülönítési követelménye erre nem ad lehetőséget. A biztosítónak másik oldalról viszont azt is mérlegelnie kell, hogy a likvid eszközök rontják az elérhető illeszkedési kiigazítás mértékét.

A kötelezettségek kifutási periódusa és a szóba jöhető eszközök futamideje között adott esetben jelentős különbség lehet. Egy élethosszig tartó járadék árazása és tartalékkifizetése egy kellően prudenst biztosító esetében jellemzően azon alapul, hogy az ügyfelek egy nem jelentéktelen hányada a jövőben kellően magas kort él meg, azaz 100-120 éves korig tartó kötelezettségoldali kifutást feltételeznek. Ezzel szemben a hagyományos befektetések esetében nem igazán található 30-40 évnél hosszabb futamidejű hagyományos befektetési eszköz³⁸ még a legfejlettebb piacokon sem. Így ennek is köszönhető, hogy a nagy európai járadékbiztosítók alternatív befektetési eszközöket kezdenek el vásárolni a járadéktartalékok fedezetébe, amelyek a biometrikus kockázatoknak való kitettséget³⁹ is mérsékelhetik. A probléma azonban ezzel az, hogy például a brit pénzügyi felügyelet engedélyezési folyamata (az elérhető nyilvános anyagok szerint) egyre több ilyen alternatív befektetési eszközt zár ki a hozzárendelt eszközportfólióból.

A nyugat-európai piacokhoz képest sokkal nagyobb korlátot jelent Magyarországon az elérhető kötvényjellegű eszközök rövid futamideje. A 2015. december végén elérhető leghosszabb lejáratú állampapír a 2031/A sorozatú volt, amelynek hátralévő futamideje 15,82 év, vállalati kötvények esetében jóval rövidebb lejáratokat találunk. Az MNB 2015. III. negyedéves idősora alapján a unit-linked életbiztosítási tartalékon kívüli életbiztosítási tartalékfedezet 85 százalékát hazai állampapírok alkotják. A biztosítók ugyanakkor alternatív befektetési eszközöket nem tartanak, a kamatsereűgyletek elhanyagolható mértékűek. Kopányi [2011] szerint a közép- és kelet-európai régiós (cseh és lengyel) piacokat tekintve is a magyar forint kamatswap-piac tekinthető a leginkább alulfejlettnak, amelynek a volatilitása is kiemelkedő.

Meg kell említeni az illeszkedési kiigazítási módszertan azon hátrányát, hogy a számítása összetett: az EIOPA nem tud közzétenni devizanemenként egy egységes illeszkedési kiigazítás mértékét (csak a fundamentális kamatfelár mértékét), mivel annak nagysága minden egyedi eszköz- és kötelezettségkombinációra más és más lesz. Ebből következik, hogy jelentős számítási többletterhet jelent az alkalmazása, illetve portfóliószintű nyomon követést követel meg a pénzáramlás-illesztés miatt. Emellett a biztosító részéről hosszú távú elköteleződést jelent, és a jogszabály szigorúan bünteti a biztosító visszalépési szándékát a további alkalmazástól.

A szabályozás még nem teljes mértékben zárult le, legutóbb 2015 végén változott meg a fundamentális felár számítási módszertana⁴⁰. Az Európai Bizottságnak pedig öt évet követően jelentést kell készítenie az életjáradék termékek elérhetőségéről és árazásáról, ami egyértelműen azt jelzi, hogy a jogalkotók nyomon követik az illeszkedési kiigazítás hatásait, és szükség esetén módosítani is fogják azt.

Az életbiztosítási járadékszerződések mind a szerződések darabszámát, mind pedig a biztosítástechnikai tartalékok nagyságát tekintve marginális szerepet töltenek be a hazai biztosítási piacon. A MABISZ 2015. évi statisztikai adatai alapján a járadék biztosítások aránya a darabszámot, díjbevételt tekintve is elhanyagolható jelentőségű (~1%) a teljes életbiztosítási állományon belül.

A hazai biztosítók számára (hasonlóan más kelet-közép-európai tagállami piacon működő biztosítóhoz) az alkalmazásban jelentős korlátot jelent a jövőbeli díjfizetés kizárása. Az öngondoskodás tervezése a rendszerváltást követően most kezd eljutni arra a szintre a lakosság körében, hogy egy jövőbeli életjáradék-piac kifejlődését megelőlegezze. A közép- és kelet-európai biztosítási piacok ilyen értelemben nem „érett” piacok, hiszen a felhalmozási időszak a rendszeres díjas járadékszerződések döntő többségénél még javában tart, így az illeszkedési kiigazításnál egyáltalán szóba jöhető portfólió mérete nem teszi lehetővé az alkalmazás pénzügyi előnyeinek kihasználását.

2013 tavasza óta a hazai kamatkörnyezet fokozatosan és jelentős mértékben megváltozott, ami a felárak csökkenésére és a jegybanki alapkamat párhuzamos nagymértékű csökkentésére vezethető vissza. Míg 2009-ben és 2011-ben az EIOPA által előállított forint kockázatmentes görbe rövid vége 6-7,5 százalék körül mozgott, addig 2014. év végére az 1,9-3 százalékos intervallumra csökkent. Monostori [2012] megállapítja, hogy ezt megelőzően 2008 őszétől

2011 nyaráig a hozamok növekedéséhez elsősorban a hitelkockázati felár és a likviditási felár járult hozzá, míg ezt követően 2012 nyaráig egy összeurópai összeomlás, valamint egy magyar nemteljesítés vélt esélye okozta a felár nagy részét, miközben a likviditási felár növekedése korlátozott marad. A likviditási felárral kapcsolatos módszertani bizonytalanságot jól mutatja, hogy empirikus eredményei arra vezettek, hogy az ötéves magyar szuverén fix kamatozású kötvény hozamából a kockázatmentes hozamrész 2011 és 2012 között szinte teljesen eltűnt, a hozamot kizárólag a felárak magyarázták. Az EIOPA által alkalmazott módszertan ezzel ellentétben azonban a 2011. évi ötéves forint kockázatmentes hozamra 7,4 százalékos értéket határozott meg.

Az EIOPA által alkalmazott kockázatmentes hozamgörbe előállítási módszertana sem kedvez jelenleg az illeszkedési kiigazítás hazai alkalmazásának a forintos állomány tekintetében. A kockázatmentes forint hozamgörbéhez ugyanis a hazai spot forint hozamgörbét⁴¹ első körben meg kell „tisztítani” a hitel- és báziskockázattól (ún. credit risk adjustment). Azon tagállamok esetében, ahol szintén az állampapír-hozamgörbén alapul a kockázatmentes hozamgörbe, a szabályozó (véltetően egyszerűsítésként) jelenleg is az euróra kiszámított kockázati kiigazítást⁴² (10 bázispontot) alkalmazza minden devizanem esetében. Az állampapír-hozamokon alapuló hozamgörbék (pl. lengyel zloty, magyar forint, horvát kuna) azonban jóval nagyobb hitelkockázati felárat tartalmaznak, mint a kamatswap-ügyletekből előállított hozamgörbe. Ennek egyik oka például, hogy a kamatswap-ügyletek során a tőkeösszeget nem cserélik ki a felek, csak a kamatok egyenlegét, így alacsonyabb a partnerkockázat is. A 10 bázispontos kiigazítás tehát valójában nagyjából megfelel egy állampapírokból álló eszközportfólió hozama és a szintén állampapírhozamokból számított kockázatmentes forint hozamgörbe közötti résnek, ahol gyakorlatilag a fundamentális kamatfelár levonását követően szinte nem lett volna tér az illeszkedési kiigazításra. A hozzárendelt eszközportfóliót tehát jelenleg nem érdemes túlnyomórészt hazai állampapírokból összeállítani, mert ebben az esetben az illeszkedési kiigazítás nem nyújt pénzügyi előnyt.

A kockázatmentes hozamgörbe előállítási módszertana sem kedvez jelenleg az illeszkedési kiigazítás hazai alkalmazásának a forintos állomány tekintetében.

Az eddigiek alapján tehát látható, hogy bár az illeszkedési kiigazítás a biztosító szavatoló-tőke-feltöltöttségének potenciális javulását eredményezheti, de ennek érvényesülését a szabályozás a szavatoló tőke és a szavatoló-tőke-szükséglet oldaláról is erősen korlátozza. Emellett a hazai sajátosságok és a gyakorlati kivitelezés során felmerülő nehézségek tovább mérséklék az alkalmazási hajlandóságot a hazai biztosítók körében.

Az illeszkedési kiigazítás alkalmazásának eldöntésénél tehát az egyik leginkább meghatározó kérdés mindig az, hogy az illeszkedési kiigazítás alkalmazásával elérhető tartalékcsökkenés tudja-e hosszú távon ellensúlyozni a szavatoló-tőke-többlet „kiesését” és a diverzifikáció hiánya miatti szavatoló-tőke-szükséglet növekedését.

Az alábbiakban a halasztott járadékportfólió esetében számszerűsítem a Szolvencia II szavatoló-tőke-szükségletet és a szavatoló tőke értékét, majd bemutatom, hogy az ismertett korlátok mellett milyen hatással van az illeszkedési kiigazítás alkalmazása a biztosító intézményi szintű szavatoló-tőke-szükségletére, illetve a szavatoló tőkéjére.

Az illeszkedési kiigazításos portfólió szavatoló-tőke-szükségei

Az illeszkedési kiigazításos portfólió esetében meghatároztam kockázati modulonként a bruttó és nettó szavatoló-tőke-szükségeket értékét. Az előzők alapján ismert, hogy a diverzifikációs hatások kizárólag az illeszkedési portfólión belül érvényesíthetőek, így a biztosító további biztosítási kötelezettségei után képzendő szavatoló-tőke-szükséglet nincsen hatással az illeszkedési portfólió önálló szavatoló-tőke-szükségletére.

4. táblázat: Az illeszkedési kiigazításos eszköz- és kötelezettségportfólió alapvető szavatoló-tőke-szükségeinek (BSCR és nBSCR) összetétele

(Ft)	Bruttó tőkeszükséglet	Nettó tőkeszükséglet
Kamatláb-kockázat	482 044 048	122 509 253
Halandósági kockázat	5 058 410	1 462 756
Hosszú élet (longevity) kockázat	-	-
Életkatasztrófa kockázat	3 317 749	601 331
Költségek kockázat	27 880 640	33 588 789
Törtési kockázat	213 509 674	195 522 345
Működési kockázat	54 424 600	51 227 939
Diverzifikáció nélküli BSCR	731 810 522	353 684 473
Diverzifikációs hatás	- 148 202 303	- 81 342 579
Aggregált BSCR és nBSCR	583 608 219	272 341 894

Forrás: saját szerkesztés

A nettó szavatoló-tőke-szükségeket számszerűsítésénél az említetteknek megfelelően kiemelt szerepük van a felsővezetői döntéseknek. Például egy kötelezettségoldali sokk hatására első körben megváltozik a garantált szolgáltatások, illetve a jövőbeli diszkrecionális nyereség pénzáramlása. A kötelezettségek megváltozott pénzáramlása megváltoztatja a kötelezettségek belső megtérülési rátáját, így megváltozik az illeszkedési kiigazítás mértéke is, következésképpen visszahat a legjobb becslés értékére is.

Az egyelőre változatlan eszköz-pénzáramlások miatt az eddig jól kialakított eszköz-kötelezettség cash flow-illesztés is felborul, amelyet helyre kell állítani, hiszen amennyiben ennek mértéke jelentős, úgy további intézkedések nélkül megsértenénk az egyik legfontosabb alkalmazási feltételt. Éppen ezért ki kell igazítani a hozzárendelt eszközportfóliót új eszközök vásárlásával, illetve meglévők értékesítésével, hogy helyreálljon újra a

pénzáramlás-megfeleltetés, és kiszámítható legyen az illeszkedési kiigazítás új mértéke.

A megváltozott eszközösszetétel szintén befolyásolja az illeszkedési kiigazítás mértékét, másrészt megváltoztatja a diszkrecionális nyereségek mintázatát, így ismét visszahat a legjobb becslés számítására és az illeszkedési kiigazítás mértékére.

Az illeszkedési portfólió tőkefeltöltöttsége a modellezés eredményei alapján a következőképpen alakult:

5. táblázat: Az illeszkedési portfólió tőkefeltöltöttsége

	Összeg (Ft)
Figyelembe vehető szavatoló tőke	1 170 478 401
Szavatoló-tőke-szükséglet (SCR)	325 334 119
Tőkefeltöltöttség	360%

Forrás: saját számítás

Az illeszkedési járadékportfólió kialakítása egyéb életbiztosítási állomány mellett

Az illeszkedési kiigazítás az alkalmazási kritériumok szigorúsága miatt jellemzően csak egy-egy részportfólióra alkalmazható, így a gyakorlatban talán a legfontosabb kérdés az, hogy egy „átlagos” életbiztosítási portfólió mellett elkülönített illeszkedési járadékportfólió milyen módon befolyásolja a biztosító teljes szavatoló tőkéjét és szavatoló-tőke-szükségletét, azaz végső soron érdemes-e a biztosítónak alkalmaznia ezt a lehetőséget.

Ennek bemutatása céljából feltételezem, hogy a halasztott járadékportfóliót átveszi egy, a hazai biztosítási piacon működő „átlagos” életbiztosító, és illeszkedési kiigazítási portfóliót hoz létre. Átlagos életbiztosító alatt azt értem, hogy az életbiztosító nem-diverzifikált szavatoló-tőke-szükséglet megoszlása éppen olyan, mint a 2011. év végi adatokon elvégzett ún. QIS2011 hatástanulmányban⁴³ szereplő arányok mind a kockázati modulok, mind a kockázati almodulok⁴⁴ szintjén.

Feltételezem, hogy a halasztott járadékportfóliót átveszi egy „átlagos” életbiztosító, és illeszkedési kiigazítási portfóliót hoz létre.

Az „átlagos” életbiztosító szavatoló-tőke-szükségletének fentiek szerinti meghatározásához feltételezem továbbá, hogy az életbiztosító átvétel előtti biztosítási állományának a nem-diverzifikált szavatoló-tőke-szüksége 5 milliárd Ft. Az arányosításokat és aggregálásokat követően végleges szavatoló-tőke-szükségletként 3 288 millió Ft összeget számoltam.

A szavatoló tőke összegének meghatározásához feltételezem, hogy a biztosító 10 milliárd Ft biztosítástechnikai tartalékkal rendelkezik, és egyéb kötelezettsége nincs.

Ezt követően azt vizsgálom, hogy a modellezett halasztott járadékportfólió hogyan befolyásolja a biztosító teljes szavatoló tőkéjét, szavatolótőke-szükségletét és az eredeti szavatolótőke-feltöltöttségét attól függően, hogy

- a) az életbiztosító a halasztott járadékportfólió kötelezettségeit gazdaságilag elkülöníti a többi állományától, amelyekhez jól illeszkedő eszközöket rendel hozzá, és alkalmazza az illeszkedési kiigazítást a tartalékértékelés során; vagy
- b) nem különíti el a halasztott járadékportfólió kötelezettségeit a többi állományától, hanem azokat a többi kötelezettséggel együtt kezeli, és ebben az esetben nem is alkalmazza az illeszkedési kiigazítást a tartalékok értékelésekor.

Az a) esetben az elkülönített illeszkedési portfólió, illetve a biztosító egyéb állományának szavatolótőke-szükséglete egyszerűen összeadódik, mivel sem a kockázati modulok, sem pedig a kockázati almodulok esetében nem vehető figyelembe diverzifikációs hatás. A szavatoló tőke esetében pedig az elkülönítés miatt az illeszkedési portfólió szavatolótőke-többlete nem vehető figyelembe a biztosító szavatoló tőkéjében, mert az kizárólag az illeszkedési portfólió szerződőinek veszteségrendezése során használható fel.

A b) esetben a diverzifikációs hatás érvényesíthető a két portfólió kockázatai között, továbbá az illeszkedési kiigazítás szavatoló tőkéje is figyelembe vehető a biztosító teljes szavatoló tőkéjének meghatározásánál.

A két eset hatásait foglalja össze az alábbi ábra, amelyből látható, hogy a negatív illeszkedési kiigazítás alkalmazásával a biztosító szavatoló tőke helyzete 27 százalékponttal romlik ahhoz képest, mintha nem különítené el a portfóliót.

6. táblázat: A halasztott járadékportfólió hatása az életbiztosító teljes szavatolótőke-szükségletére

	kiinduló állapot		életbiztosítási állomány + halasztott járadékportfólió	
	halasztott járadékportfólió	egyéb életportfóliók	alkalmazza MA-t	nem alkalmazza MA-t
figy. veh. szavatoló tőke	1 170 478 401	3 945 655 839	4 270 989 958	5 116 134 240
szavatolótőke-szükséglet	325 334 119	3 288 046 533	3 613 986 493	3 516 710 898
tőkefeltöltöttség	360%	120%	118%	145%

Forrás: saját számítás

Összefoglalás

Az illeszkedési kiigazítás alkalmazásának legnagyobb akadályát Magyarországon elsősorban az alkalmazási feltételeknek megfelelő, számottevő méretű kötelezettségállomány hiánya jelenti. Hangsúlyozandó a kötelezettségállomány méretének fontossága is, hiszen ez alapvetően meghatározza a várható pénzügyi előnyt és így az alkalmazási hajlandóságot is.

Megfelelő kötelezettségállomány mellett további korlátot jelentene a forintban denominált kamatozó értékpapírok futamidejének korlátossága. Az elmúlt három évben ugyanakkor olyan mértékben csökkentek ezek hozamai, hogy alkalmas eszközportfólió kialakíthatósága mellett is jelenleg csak csekély mértékű vagy egyenesen negatív illeszkedési kiigazítás lenne elérhető. Véleményem szerint az EIOPA jelenlegi kockázatmentes hozamgörbe-előállítás módszertana sem segíti az illeszkedési kiigazítástól várható pénzügyi előny kihasználását azon devizák (pl. forint, zloty) esetében, amelyeknél a kockázatmentes hozamgörbét az állampapírhozamokból számítják.

A kötelezettségek értékének ilyen jellegű kiigazítása helyett célszerű lenne bevezetni a lejáratig tartott eszközkategóriát.

Az Európai Bizottságnak öt évet követően jelentés formájában számot kell adnia az életjáradék termékek elérhetőségéről és árazásáról, így nyilvánvalóan vizsgálni fogja az illeszkedési kiigazítás piacra gyakorolt hatásait is. Az előzetes engedélyezési folyamatok és az érintett biztosítók száma alapján a brit és spanyol piacon lesz jellemző az illeszkedési kiigazítás tömeges alkalmazása. Véleményem szerint a kötelezettségek értékének ilyen jellegű kiigazítása helyett célszerű lenne bevezetni például a lejáratig tartott (held-to-maturity) eszközkategóriát, amelyet a jelenlegi számítás összetettsége és módszertani bizonytalansága indokol.

Az illeszkedési kiigazítás alkalmazása során a szokásosnál több és összetettebb fel-sővezetői döntést kell előzetesen meghatározni és figyelembe venni a szimulációk során; így azt gondolom, hogy az alkalmazás melletti döntést nem elsősorban az életbiztosítási állomány alkalmassága, hanem a belső modellezési tapasztalat megléte határozza meg. Az egyesült királyságbeli járadék biztosítóknál vélhetően mindkét tényező egyszerre jelen van, nem véletlen, hogy a brit pénzügyi felügyelet kiemelten foglalkozik a kérdéskörrel.

Végül úgy gondolom, hogy bár a hazai biztosítók vélhetően nem terveznek a közeljövőben illeszkedési kiigazítást alkalmazni, amíg az EIOPA hitelkockázati kiigazítási módszertana érdemben nem változik, addig a közzétett kockázatmentes forint hozamgörbe implicit módon mégis tartalmazni fog egy minimális felár részt; így gyakorlatilag minden hazai biztosító minimális mértékben részesül annak előnyeiből, az ismertetett hátrányok nélkül.

IRODALOMJEGYZÉK

Az Európai Parlament és a Tanács 2009. november 25-i 2009/138/EK irányelve a biztosítási és viszontbiztosítási üzleti tevékenység megkezdéséről és gyakorlásáról („Szolvencia II irányelv”)
 A Bizottság (EU) 2015/35 felhatalmazáson alapuló rendelete a biztosítási és viszontbiztosítási üzleti tevékenység megkezdéséről és gyakorlásáról szóló 2009/138/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv (Szolvencia II) kiegészítéséről
 Medvegyev-Száz [2010]: A meglepetések jellege a pénzügyi piacokon, Bankárképző
 Banyár, J. [2003]: Életbiztosítás – Aula, Budapest
 Pitacco, E. [2013]: Risk Management for life annuities in a longevity risk scenario, MAT X. Őszi Iskola, 2013. november 8-9.
 Kopányi, Sz. [2011]: Közép-kelet-európai kamatswap-görbék dinamikus modellezése, Hitelintézeti Szemle 2011/6
 Monostori, Z. [2012]: Magyar szuverén fix kamatozású forintkötvények hozamdekompozíciója, Hitelintézeti Szemle 2012/5
 „PRA Solvency II: Matching adjustment letter, October 2014”, Bank of England PRA, 2014. október 15.
 „Solvency II: feedback on firms’ matching adjustment pre-application submissions”, Bank of England PRA, 2015. március 28.

HIVATKOZÁSOK

- Joggal merül fel a kérdés, hogy ezt miért is kell(ene) a Szolvencia II rendszernek „új problémaként” kezelnie, amikor már a Szolvencia I keretei között sem okozhatott volna „meglepetést” (persze amennyiben a megképzendő tartalékokat, pl. a várható veszteségek tartalmát meg is képezték volna a biztosítók).
- A „Havi fix” járadékbiztosítási termék 2014. március 15-től hatályos „Havi fix járadékbiztosítás” Biztosítási feltételek, ügyfél-tájékoztató” elnevezésű dokumentuma a biztosító honlapján elérhető.
- A hazai piacon fellelhető járadékbiztosítások egy része nem testesít meg halandósági kockázatot.
- A halandóság üteme a korábbi trendekhez képest kisebb mértékben emelkedik egy bizonyos kor elérése előtt, míg azt követően sokkal nagyobb mértékben emelkedik, ez ábrán a kihalási rend „sarkosodását” idézi elő: azaz a halálesetek tömeges száma várhatóan egy későbbi szűkebb korintervallumra korlátozódik.
- <https://eiopa.europa.eu/publications/qis/insurance/insurance-long-term-guarantees-assessment>
- Ez alatt olyan járadéktermékeket értek, amelynek nincsen garanciaidő, felhalmozási periódus, illetve visszavásárlási opció.
- Halandósági kockázat alatt a halandósági ráták növekedése miatti potenciális veszteséget értem.
- A qx1 sokk valójában azonos a Szolvencia II halandósági kockázati almodul sokkjával, míg a qx2 sokk az életbiztosítási katasztrófakockázati sokk mértékével egyezik meg.
- Death benefits in UK annuities „should be eligible for revised Solvency II matching adjustment”, forrás: Insurance Risk, 2013. július 29.
- A cikk kifejezetten az ügyfelek körében népszerű 5 év garanciaidővel rendelkező járadék-szerződéseket vizsgálta.
- Előfordulhat, hogy az MVA alkalmazásából az ügyfél akár nyereséget is realizál: pl. a kamatlábak a biztosítás kezdete óta jelentősen csökkentek, így az állampapír-felértékelődés következtében magasabb visszavásárlási összeget kaphat kézhéz.
- The Lincoln Financial Group példája alapján saját átdolgozott képlet.
- A részletes definíciót lásd az Európai Bizottság 2015/35 felhatalmazáson alapuló rendeletének 18. cikkében.
- Szolvencia II értelemben kamatláb-kockázat alatt a kockázatmentes hozamgörbe megváltozásának kockázatát értjük.
- Azaz megfeleltethető pl. egy CDS fedezetnek. Amennyiben ez a piaci ár, akkor a visszszámított kumulált csődvalószínűség már kockázatmentes mérték, hiszen ezt éppen a derivatív árából származtatjuk.
- Az átvevő biztosító a kockázati ráhagyáson felül nem várhat további kompenzációt a kötelezettségek átvételéért. Ez megközelítésében analóg a „kockázatmentes” értékeléssel, ahol a kockázatmentes hozam felett sem várhat el a befektető további hozamkompenzációt.
- „At the end of 2012, 71% of gilts held by self-administered pension funds and 39% of gilts held by long-term insurance companies were index-linked.”
 Forrás: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/fi/mq5--investment-by-insurance-companies--pension-funds-and-trusts/q1-2014/sty-mq5-gilts.html>
- A Szolvencia II irányelv 77b. cikk 1.c. alapján „semmilyen illeszkedéshiány nem eredményezheti [...] az illeszkedési korrekció hatálya alá tartozó kockázatokhoz képest jelentős kockázatok megjelenését.”
- “To demonstrate [...] [matching – a szerk.], the PRA’s view is that firms should carry out a quantitative cash-flow based projection assessing the extent of any cash-flow surplus or deficit arising in each future year.”
 Forrás: PRA Solvency II: Matching adjustment letter, October 2014
2014. év végén a 2028/A állampapír esetében ez 13,82 év volt.
- A jogszabály megengedi az olyan mértékű meg nem felelést, amely nem okoz jelentős többletkockázatot. Így pl. a pénzáramlás-sorozat végén lévő járadékfizetéshez nem szükséges feltétlenül találni egy éppen lejáró kötvényt.
- Ez látszólag hatékonyabb kockázatkezelést jelentene egy egyszerű állampapírhoz képest, azonban a Szolvencia II szabályozás szempontjából vannak hátrányai: míg az EGT tagállam által kibocsátott állampapírokat a szabályozás hitelkockázati szem-

pontból kockázatmentesnek tekinti, addig a longevity kötvények kibocsátói kockázatára partnerkockázati tőkeszükségletet kell számolnia a biztosítónak.

- Az angolszász biztosítási piacon elterjedt kölcsönforma. A biztosított gyakorlatilag kölcsönt kap a lakás jelzáloga fejében a biztosítótól, amely után rendszeres kamatot is fizet. A biztosítási kockázat abban rejlik, hogy addig kell fizetnie a biztosítottnak, amíg életben van, így a szerződőállomány várható élettartamának növekedése a biztosító számára nyereséget okoz, így ellensúlyozza pl. a járadékportfólión egyidejűleg jelentkező veszteségeket.
- Forrás: <http://www.bankofengland.co.uk/pr/ Documents/solvency2/fisherermletterfeb15.pdf>
- Az illeszkedési kiigazítás mértékének meghatározásához az ÁKK spot hozamgörbét, a többlethozam-visszajuttatás céljából a kockázatmentes hozamgörbét vettem alapul.
- Az a névleges kamat, amely mellett egy kötvényjellegű pénzáramlást éppen névértéken lehet megvásárolni.
- Ennek oka, hogy a spot hozam valójában a forward hozamok (mint hozamnövekmények) „átlagának” felel meg.
- Ez jól mutatja a származtatott termékek bevonásának előnyeit.
- <https://eiopa.europa.eu/publications/eiopa-guidelines/guidelines-on-ring-fenced-funds>
- A többlethozamot jellemzően a járadék-szolgáltatás összegének emelésére fordítják a biztosítók.
- Az 1000 forogatókönyvet a technikai korlátok indokolták, de természetesen jóval több futtatás lenne szükséges megbízható eredményekhez előállításához; ettől függetlenül a következtetéseket érdemben nem befolyásolja.
- Az előzetes feltevés szerint akkor tekintem az eszköz-kötelezettség-penzáramlásokat lefedettnek, ha azonos naptári évben folynak be.
- „PRA Solvency II: Matching adjustment letter, October 2014”, Bank of England PRA, 2014. október 15., illetve „Dudas y cuestiones de Unespa en relación con el ajuste por casamiento (matching adjustment) y las dedidas transitorias”, 2015. március 18., Dirección General de Seguros
- Lejáratig tartott eszközök esetében a leminősítési kockázattal nem kellene foglalkozni, azonban a Szolvencia II szabályozás szerint leminősítéskor azzal a feltételezésből kell kiindulni, hogy le kell cserélni az érintett eszközöket.
- Kicsit „felemásnak” tűnhet a szabályozás, hiszen hitelminősítési besorolástól függetlenül az EGT állampapírokat a Szolvencia II kockázatmentesnek tekinti, ugyanakkor az illeszkedési kiigazítás meghatározásakor azok pénzáramlásait is ki kell igazítani a hitelkockázat szempontjából.
- Technical documentation of the methodology to derive EIOPA’s risk-free interest rate term structures 5.C. 102. (33. oldal), EIOPA-BoS-15/035 7 December 2015
- Az Európai Bizottság 2015/35 felhatalmazáson alapuló rendelete 53. cikk 1.: „A [...] számítás során a biztosító vagy viszontbiztosító csak azokat a hozzárendelt eszközöket veheti figyelembe, amelyeknek a várható pénzáramlásaira szükség van a biztosítási és viszontbiztosítási kötelezettségek portfóliója pénzáramlásainak leképezéséhez, nem számítva az ezen felüli eszközöket.”
- Az angol jegybanki statisztika szerint 25 év múlva jár le a leghosszabb futamidejű kormányzati kötvény, de a kamatserepiacra Európában egyedülálló módon akár 50 éves lejáratok is elérhetőek. (A leghosszabb német államkötvény 2046-ban jár le.) <http://www.bankofengland.co.uk/statistics/Pages/yieldcurve/default.aspx>
- A legtipikusabb példája ennek a longevity értékpapírok vagy swapok, amelyek kifizetése függ valamely halandósági trendet lekövető index (pl. longevity index) értékalakulásától.
- A módosítás figyelembe veszi, hogy a leminősítést követően ki kell cserélni az eszközöket jobb hitelminősítésűre, ezt a leminősítési felár csökkentésével érvényesíti. Véleményem szerint éppen ellenkezőleg, a csőd-kockázati felár csökkentése lenne indokolt a fenti megfontolás alapján.
- A kockázatmentes forint hozamgörbe alapjául a Bloomberg hazai állampapírokra vonatkozó adatok szolgálnak (Forrás: Technical document regarding the risk free interest rate term structure, EIOPA-BoS-15/035, 2015-02-23)
- 2015/35. EU rendelet 45. cikk
- Forrás: http://felugyelet.mnb.hu/data/cms2378999/QIS2011_hatastanulmany.pdf
- Ennek meghatározásához célérték-keresést szükséges végezni, mivel ha ismert a piaci kockázati tőkeszükséglet és a nem-diverzifikált teljes tőkeszükséglet aránya, valamint ismert a piaci kockázati modulon belüli alkockázatok tőkeszükségletének aránya, akkor azt a nem-diverzifikált piaci szavatoló-tőke-szükségletet keressük, amely az alkockázati tőkeszükségletek aggregálását követően éppen kiadja a diverzifikált piaci tőkeszükségletet. Az alkockázati tőkeszükséglet arányokkal besorozva pedig megkapjuk az alkockázati tőkeszükségleteket is.

CASCO BIZTOSÍTÁSI CSALÁSOK KÖZGAZDASÁGI MODELLJE

Lakatos Máté MSc (Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., aktuárius) lkt.mate@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány a biztosítási csalások elméleti modellezésével foglalkozik. A dolgozat legfőbb célja egy olyan, Magyarországon kiemelkedően fontos és népszerű casco-csalás elméleti modelljének megalkotása, amelyben az egyén köt egy casco biztosítást, majd „ellopatja” az autóját, és kárbejelentést tesz. A tanulmány legfőbb hozzájárulása, hogy korábbi, általános csalási szituációt vizsgáló modellekből kiindulva megalkot egy, a magyar piacon leginkább megfigyelhető csalási formát leíró elméleti modellt, amelynek alapján több hasznos és nem triviális megállapítás tehető a casco-csalások természetére, az egyes ösztönzők csalási valószínűsége gyakorolt hatására vonatkozóan. A játékelméleti eszközökkel megalapozott modell megoldásaként kapott eredmény kitér az önrész nem egyértelmű hatására, a csaló esetleges büntetésének marginális szerepére és a sikeres felderítési valószínűség kiemelkedő szerepére a csalás megfékezését illetően. Bevezetve azt a feltevést, hogy a büntetés az eladott autó értékével egyezik meg, egyrészt megállapítható, hogy a csalás valószínűsége növekszik az autó életkorának növekedésével, másrészt pedig nem feltétlenül alátámasztott azon vélekedés, hogy az értékesebb autók esetén növekedne a csalási valószínűség.

SUMMARY

An Economic Model of CASCO Insurance Fraud

In this paper, a theoretical model is presented for a 'Hungarian specific' insurance fraud in the field of automobile insurance. This type of CASCO insurance fraud which covers to theft of a car in order to obtain the sum assured, dominates the Hungarian automobile insurance market. After introduction of general model the Hungarian automobile market is introduced in particular with regard to CASCO market and CASCO frauds. The main result of the study is providing a model for the presented type of insurance fraud based on earlier model from Picard. It can be observed the adversary impact of deductible, the marginal effect of penalty amount, and the importance of successful detecting probability in terms of fraud elimination. Using a condition where the penalty in case of detecting the fraudulent claim is equal to the value of sold car on the secondary market, it can be concluded that the probability of fraud increases as the age of the car is higher. On the other hand it is not demonstrated that the more valuable car raises the probability of fraud.

Kulcsszavak: biztosítási csalás; casco biztosítás; antiszelekció; nem tökéletes információs játék

Keywords: insurance fraud; CASCO insurance; adverse selection; imperfect-information games

JEL: D82

DOI: 10.18530/BK.2016.58

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2016.2.58>

Bevezetés¹

„Vélhetően az első biztosítási szerződés megkötése után el is követték az első biztosítási csalást.” – így fogalmazott Trunkó Barnabás, a MABISZ egykori főtitkára. Az állítás elsődleges célja, hogy felhívja a figyelmet a biztosítási csalások jelenlétére és fontosságára, ami kellő motivációt ad a tanulmánynak a tekintetben, hogy ez egy releváns, létező, de a világon egyetlen biztosítási piacon sem megoldott probléma. Országoként eltérő mértékben ugyan, de a kárbejelentések jelentős hányadában történik valamilyen értelemben vett csalás.

Világszinten a statisztikák szerint az összes bejelentett káresemény 14 százaléka esetében valamilyen biztosítási csalás történik, és Magyarországon is több tízmilliárd forintot tesznek ki a jogtalan kárkifizetések (Generali, 2010). A csalási gyakoriság iparági szinten Magyarországon is hasonló mértékű, 10-15 százalék körül alakul becslések szerint, természetesen szegmensenként eltér, de szakemberek szerint a gépjármű-biztosítási csalások a leggyakoribbak (Biztosítási Szemle, 2015a).

Világszinten a káresemény 14 százaléka esetében valamilyen biztosítási csalás történik.

A tanulmányban a magyar casco biztosítási csalások elméleti modellezésével foglalkozom: a közgazdaságtan, azon belül a mikroökonómia elmélet és a játékelmélet eszköztárával modellezem a hazai piacokon elérhető casco biztosítási termékek esetén fellelhető „tipikus” csalási formát, az autó ellopásának szimulálását az ügyfél (csaló) részéről, amikor is a szerződő a casco megkötése után lopáskárt jelent be a biztosítási összeg megszerzése céljából, miközben az autót értékesíti a másodlagos piacon. Ennek megfelelően a tanulmány központi kérdése, hogy milyen ösztönzőkkel, eszközökkel lehet képes a biztosító a csalás mértékét csökkenteni vagy megszüntetni?

Fontos hangsúlyozni, hogy a tanulmány nem egy empirikus adatokon nyugvó elemzés, hanem elméleti modellt épít, így a dolgozat elsődleges célja az említett csalási formát leírni

modell kidolgozása és az ebből származó következtetések levonása, nem pedig statisztikai eredmények megfogalmazása.

A tanulmányban elsőként bemutatásra kerülnek azok a legfontosabb elméleti és gyakorlati eredmények, amelyek tetszőleges biztosítási csalási szituációt vizsgáltak, ezáltal relevánsnak tekinthetők a tanulmány szempontjából. Hosszabban szót ejtek *Picard* (1996) általános csalási szituációt vizsgáló elméleti modelljéről, amely kiindulási alapja lesz a későbbiekben épített modellemnek. A harmadik fejezetben rátérek a gépjármű-biztosítási csalásokra. Először kiemelem a biztosítási piacok különbözőségét, fókuszálva a gépjármű-biztosításokra, majd leírom ezen eltérések okait. E jelentős eltérések miatt nevezhető ugyanis a tanulmány hiánypótlónak, hiszen Magyarországon az eddigiekben nem született a gépjármű-biztosítások vizsgálatával – különösen elméleti szinten – foglalkozó elemzés, a más országokra kiélezett modellek pedig nem alkalmazhatóak a magyarországi piacra.

A negyedik fejezetben a korábban bemutatott eredmények alapján alkotok egy elméleti modellt, amely nem általánosan, hanem a Magyarországon gyakori casco biztosítási csalás esetén írja le a szereplők közötti kapcsolatot és a csalási valószínűségekre ható legfontosabb tényezőket. A modell felépítése után teszek egy rövid játékelméleti kitekintést, majd ezt felhasználva felírom a játékfát, amelynek alapján megfelelően szemléltethető a játék menete, lefolyása. Úgy gondolom, ez szükséges ahhoz, hogy megfelelő keretekben kezelhessem a problémát, és áttekinthető maradjon a modellem.

Ezt követően levonom a modelltől származó következtetéseket, és teszek néhány fontos észrevételt, amelyek a gyakorlatra is érvényesek lehetnek. Eszerint bemutatom az önrész kettős szerepét, amely a csalási valószínűségekre direkt és indirekt módon is hat ellenkező irányból, ezáltal elméleti szinten nem egyértelmű ezen ösztönző eredő hatása a csalásokra. Kiemelem a csaló számára kirótt büntetés marginális szerepét a csalási valószínűség szempontjából, valamint a sikeres felderítés szerepét, mint a legfontosabb tényezőt a csalás megszüntetése szempontjából. További feltevésekkel élve megfogalmazom a modell alapján azt az állítást, hogy nem kimondottan a nagy értékű autók esetén jellemző a vizsgált csalási forma.

A biztosítási csalások elméletének áttekintése

Biztosítási csalások fajtái

Mielőtt kitérnék a biztosítási csalásokkal kapcsolatos modellek taglalására, elsőként azt kell definiálni, hogy közgazdasági értelemben mit érthetünk biztosítási csalás alatt. Nem triviális ugyanis, hogy mi tekinthető biztosítási csalásnak, és mi nem, a legfontosabb pedig, hogy több fajtája létezik, éppen ezért egyértelműen meg kell jelölni azt, amellyel a továbbiakban foglalkozik a tanulmány. Biztosítási csalás alatt olyan tevékenységet értünk, amelynek során a szerződő erőfeszítést tesz a (nagyobb) kártérítés megszerzése végett, és amely erőfeszítés bebizonyosodása esetén a biztosító mentesül a kárkifizetés alól. Talán az előző mondat is sugallja, de kiemelten fontos megkülönböztetni az erkölcsi kockázat efféle

megjelenési formáját és a biztosítási csalást (Ágoston, 2004). Erkölcsi kockázat alatt azt értjük ebben az esetben, hogy a szerződő viselkedése megváltozik a biztosítás megkötése után. Jó példa erre, hogy egy lopáskárt is fedező casco biztosítás megkötését követően az egyén könnyebben otthagyja az autóját egy kevésbé biztonságos helyen, azonban ez még nem tekinthető csalásnak.

A biztosítási csalás esetében az egyén szándékosan segíti elő a (nagyobb) kár bekövetkezését, ideértve például a fiktív vagy magasabb összegű számlával igazolt káreseményt is. *Crocker és Morgan* (1998) a következőképpen választotta szét e tevékenységeket: *build-up fraud* és *outright-fraud*. Találó magyar fordítása nincs a két angol kifejezésnek, de értelem-szerűen a *build-up* csalás az enyhébb szint, amely abban nyilvánul meg, hogy a szerződő felnagyítja úgymond a véletlenül bekövetkezett kár mértékét a nagyobb kártérítés érdekében. Maradva a gépjármű-biztosításoknál, ide tartozik például a valódi kár mértékénél nagyobb összegű számla bemutatása a szerződő részéről. A második szint tulajdonképpen a valódi csalás (*outright fraud*), melynek esetében a biztosított egy nem létező vagy éppen egy szándékosan megrendezett káresemény révén szeretne hozzájutni a biztosítási összeghez. Az *outright fraud-on* belül *Weisberg és Derrig* (1998) megkülönböztetik még az opportunistát (*opportunistic fraud*) és a tervezett csalást (*planned fraud*). Az első esetben a szerződő csupán megragadja az alkalmat egy káresemény bekövetkezésekor, és további kárt okoz, például egy autó törésekor tovább töri az adott alkatrészt a gépjárműben. Ezzel szemben a tervezett csalás esetében már maga a károkozás is kitervelt módon történik, azaz az elsődleges kár bekövetkezése sem véletlen esemény. A bemutatott csalási formák közül a tanulmány részletesen a tervezett csalás jelenségével foglalkozik, amikor a károkozás kitervelten és szándékosan történik, haszonszerzés céljából, a *build-up* típusú csalás mindössze említés szinten jelenik meg a tanulmány későbbi fejezetében.

Elméleti eredmények a csalások modellezésében

A nemzetközi irodalomban számos tanulmány foglalkozik a biztosítási piacok, azon belül a csalások elméleti és gyakorlati elemzésével. Köszönhető ez annak, hogy a biztosítási piacok jellemzően antiszelekciónak jelleggel terheltek piacok, és a morális kockázat (*moral hazard*) jelensége is jól azonosítható, ezáltal a mikroökonómia elmélet eszköztárának jó alkalmazási lehetőséget teremt. Jól alátámasztja a fenti állítást, hogy *Rothschild és Stiglitz* (1976) mérföldkőnek számító modellje is a biztosítási piacon keresztül szemlélteti az antiszelekciónak jelenséget, akár csak *Holmström* (1979) és *Shavell* (1979) korai modellje, akik az önrész hatását elemzik az antiszelekció szempontjából.

■ A piacokon gyökeresen eltérő csalási típusokat figyelhetünk meg.

A biztosítási csalások modellezését illetően számos eredményt és modellt említhetnénk, amelyek nagy jelentőséggel bírtak a tudományos diskurzusban, itt azonban csak a tanulmány

szempontjából elengedhetetlen eredményeket taglaljuk. Ennek megfelelően leginkább a gépjármű-biztosítási piaccal kapcsolatos tanulmányokat vesszük számba, holott adott országokban nem csak a gépjármű biztosítási csalások a jellemzőek. *Artis et al.* (1998) szerint az Egyesült Államokban például kimondottan magas az egészségbiztosítási piacon elkövetett csalás, részben a finanszírozási rendszerből fakadóan (lásd például Sparrow 1996a, 1996b, Farber et al. 1997). Ezzel szemben Európában, de különösen Magyarországon ez kevésbé jellemző a kvázi ingyenes tb-rendszernek és a marginális méretű egészségbiztosítási piacnak köszönhetően. De még adott szegmensen belül, jelen esetben a gépjármű-biztosítások esetében is igaz az, hogy az egyes piacok igen eltérőek, országról országra különbözőek. Különböznek a piacon lévő termékek, a szabályozó jogrendszer, sőt még az emberek csalási viselkedései is. Ezek persze összefüggenek bizonyos mértékben, vagyis a piacokon lévő termékek és azok tulajdonságai nagyban meghatározzák a csalási formákat, azaz gyökeresen eltérő csalási típusokat figyelhetünk meg az egyes piacokon.

Elsőként *Weisberg és Derrig* (1991, 1992) próbálta megmérni és számszerűsíteni a gépjármű-biztosítási csalások jelenlétét, illetve a csalások megszüntetése esetén tehető díjcsökkentés mértékét Massachusetts állam autópiacán. Építve a *Weisberg és Derrig* (1991, 1992) által kínált elméleti keretre, a gépjármű-biztosítási csalást és annak hatását, valamint nagyságrendjét vizsgálta a kanadai piacon *Dionne és Belhadji* (1996). Figyelemre méltó eredményre jutottak: elemzésük szerint a biztosító oldaláról csalásnak vélt esetek 93 százalékban nem kerültek felülvizsgálatra – adott esetben büntetőeljárás alá –, 59 százalékban a megfelelő bizonyíthatóság hiányában. E tekintetben felülvizsgálat alatt érti a szakirodalom azt a biztosítói tevékenységet, amikor a biztosító megalapozottan gyanítja a csalást, ezért megtagadja a kárkifizetést, és vizsgálatot indít a csalás bizonyítására.

Ezen meglepő számadatoknak egyik lehetséges oka a szerzők szerint a károk alacsony értéke – azaz a biztosító számára nem kifizetődő a vizsgálódás – és a felülvizsgálat relatív magas költsége. Ennek következtében a biztosítók magasabb önrésszel reagáltak a jelenségre a szerzők tapasztalatai alapján, a hatékony felderítés irányába tett kísérlet helyett. *Caron és Dionne* (1997), felhasználva az említett eredményt, kísérletet tett a sikeres csalásfelderítési arány megbecslésére. Eszerint a biztosítók csalás esetén átlagosan a felülvizsgált esetek mindössze 33 százalékában tudják csak bizonyítani a csalás létét, aminek számos lehetséges oka lehet, következménye pedig a már említett alacsony felülvizsgálati arány.

A csalások megértésével és megmérésével foglalkozó tanulmányok sorát *Derrig et al.* (1994) tanulmányával zárhatjuk, akik viselkedési faktorokkal próbálták magyarázni és feltárni a csalások természetét, keresve ezzel egyidejűleg a biztosító helyes reakcióját. Eredményük szerint hatékonyabb büntetési metódus kialakítása szükséges a piacon, ami részben a szabályozó felelőssége. A biztosítók pedig hatékonyabban tudják a szerzők szerint a csalásokat kezelni egy közös intézmény felállításával, erre jó példa az Egyesült Államok piacán azóta már működő csalás elleni intézmény, a *Coalition Against Insurance Fraud* (CAIF).

Szintén a felülvizsgálati hajlandóság és a felülvizsgálati költség hatását vizsgálta *Bond és Crocker* (1997), valamint *Crocker és Tennyson* (1999), de szerződéselméleti szempontból,

keresve azt az optimális szerződést, amellyel a biztosító reagálhat a korlátozott felülvizsgálati képességére, ami a relatíve magas árból fakad. Úgy vélem, a bemutatott eredmények is jól szemléltetik a gépjármű-biztosítási csalások mértékét és jelenlétét a piacon, így érthető, hogy az elméleti és gyakorlati tanulmányok legfőbb célkitűzései mind a csalás megértésére, megmérésére és a hatások feltárására irányultak, hiszen ezen területek együttes felhasználásával lehet csak megszüntetni azt.

A csalások mikroökonómiai modellezésében egyik legjelentősebbnek *Picard* (1995, 1996) elméleti modellje tekinthető, amely számos későbbi elemzés, köztük jelen tanulmány alapjául is szolgált.

A biztosító elköteleződése a felülvizsgálat iránt képes redukálni a csalást.

Picard (1995, 1996) egy olyan antiszelekción jelenséggel terhelt modellt mutat be, amelyben a biztosítottak egy része csal, a másik pedig nem, és természetesen a biztosító nem tudja, hogy az adott egyén melyik csoportot képviseli. A biztosító döntési változója ebben az esetben a bejelentett káresemény felülvizsgálata, amely költséggel jár a biztosító számára. Ebben a keretben *Picard* (1996) arra a kérdésre keresi a választ, hogy a biztosító, valamint a biztosítási piac számára milyen stratégia tekinthető optimálisnak a biztosító részéről. Az elméleti modell eredményeképpen az az állítás fogalmazható meg, hogy amennyiben a biztosító nem köteleződik el a károk felülvizsgálata mellett – azaz a csaló a szerződés megkötésekor nem tudja biztosan a felülvizsgálat tényét –, úgy jelentős lehet a jóléti veszteség, amely akár a piac megszűnéséhez is vezethet a díj emelkedésén keresztül (lásd például Perry 1992). Ebből következően *Picard* (1996) megmutatja, hogy a biztosító elköteleződése a felülvizsgálat iránt képes redukálni a csalást, amely még hatékonyabb lehet a biztosítók összefogásával, adott esetben egy, a biztosítók által közösen működtetett ellenőrzési intézmény felállításával, ami említésre került a fentiekben is.

Eltérő keretet alkot *Andersson és Skogh* (2003), ugyanakkor *Picard* (1996) elemzéséhez hasonlóan a biztosítói elköteleződés hatását vizsgálja és hangsúlyozza. Ismételt játék (repeated game) keretében arra az eredményre jutnak, hogy kellően nagy felülvizsgálati valószínűség esetén a csalás megszüntethető, ennek részben feltétele viszont a szerződéssel szemben a szerződés záradékában lefektetni az esetleges nem szerződésnek megfelelő viselkedés következményeit. Fontos azonban kiemelni, *Andersson és Skogh* (2003) vagyoni- és felelősségbiztosításra specifikált modellt épített, míg *Picard* (1996) általános modellt alkot a csalások kezelésére, függetlenül attól, hogy milyen típusú a csalási probléma. Leginkább ennek köszönhető, hogy számos későbbi tanulmány támaszkodott *Picard* (1996) általános modelljére, és emiatt foglalkoztunk az irodalmi áttekintés során is részletesebben az ő modelljével, ugyanis az általa kínált mikroökonómia elméleti keret jó alapot ad a tanulmánynak a magyar piacon fellelhető casco-csalási forma modellezéséhez.

Ennek megfelelően több tanulmányhoz hasonlóan jelen modell is *Picard* (1996) keret-

rendszerére épül, annak egy adott példára specifikált változata, noha a két tanulmány célja és eredménye különböző.

A gépjármű-biztosítási csalásokról röviden

Ahogy a tanulmány korábbi részében hangsúlyoztam, a biztosítási piacok országoként eltérőek, ennek megfelelően még a gépjármű-biztosítási szegmensben is eltérő termékek alakultak ki az egyes piacokon, amire eltérő csalási formákkal reagáltak a tisztességtelen ügyfelek. Némileg folytatva az irodalmi áttekintést, azonban leginkább a piacok különbözőségére fókuszálva ismertetek néhány példát, amely alátámasztja az előző állítást, ugyanis a tanulmány motivációja éppen a „tipikus” magyar csalási forma modellezése, amely ezáltal önálló modellezési keretet kíván.

A kanadai piacon részben *Picard* (1996) modelljére építve vizsgálja a csalás természetét *Dionne és Gagné* (2002) olyan biztosítási termék esetében, amely rendelkezik értékcsökkenési jóváhagyással (replacement cost endorsement), azaz a biztosítási összeg a tartam során mindvégig az új autó értékének megfelelő. Ezen termék esetében a szerzők azt találják, hogy a lopáskár kimondottan a későbbi években figyelhető meg, ahogyan az autó aktuális értéke egyre messzebb kerül a biztosítási összegtől.

Ami a spanyol gépjármű-biztosítási piacot illeti, jellemző csalási forma egy gépjármű többszörös bebiztosítása (Artís et al. 1999). Ebben az esetben ugyan könnyen fel lehetne deríteni a csalást – ahogy azt a szerzők megjegyzik – egy közös adatbázissal, azonban ennek hiányában különösen az alacsonyabb kártartományokban nincs ilyen jellegű ellenőrzés a spanyolországi biztosítók részéről.

A német gépjármű-biztosítási piacot vizsgálja *Spindler et al.* (2012), ahol a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás (KFZ-Haftpflicht) mellett kétfajta casco köthető, részleges (*Teilkasko*) és teljes (*Vollkasko*). Az előbbi nem térít közúti baleset esetén, csak egyéb károkat fedez, míg utóbbi értelemszerűen mindenre kiterjedő fedezetet nyújt, ugyanakkor a kötelező biztosításhoz hasonló bónusz-málsz rendszerrel működik a termék. Ebben az esetben azt figyelik meg a szerzők, hogy a teljes casco esetén még az aszimmetrikus információ sem lelhető fel, szemben a részleges cascóval, ami elsősorban a bónusz-málsz rendszernek köszönhető.

Érdekes megemlíteni még *Dionne és Gagné* (2001) empirikus elemzését, akik a build-up típusú csalás és az önrészes biztosítás kapcsolatát vizsgálták. Ebben az esetben – számos egyéb mellett – azt találták, hogy bizonyos esetben a nagyobb önrész képes eliminálni azokat a típusú csalásokat, amelyek az ügyfél által nagyobb kárigény benyújtásában merülnek ki. E gondolatmenet logikusnak tűnik, hiszen amennyiben az ügyfél is megfelelő mértékben részesedik a kárból, úgy nem feltétlen éri meg számára nagyobb kárt bejelenteni.

Kérdés ugyanakkor, hogy ez valóban teljesül-e a magyar piacon? Magyarországon a casco biztosításhoz levonásos és százalékos önrész tartozik, azonban egy kártartományban mindenképpen egy rögzített összeg az önrész. Ebben az esetben viszont igenis létezhet build-up típusú csalás, mivel egy adott szintig – az önrész paramétereitől függően – mindenképpen

rögzített a szerződő hozzájárulása, vagyis a bejelentett károk a *build-up* típusú csalás esetén a kártartomány felső végéhez közelítenek, azaz semmiképpen sem egy kárnagyságra jellemző eloszlást – például Lognormális, Gamma, Pareto – kapunk. Ezt mindenképpen érdemes tesztelni a gyakorlatban, ugyanis érdekes eredményre juthatunk, amely ellentmond *Dionne és Gagné* (2001) más piacon levont elméleti állításának.

Nem lehet a különböző piacokon tett megállapításokat egy másikra alkalmazni.

Részben az érdekeskedés kedvéért, részben pedig azért kerültek e példák a gondolatmenetbe, hogy egyértelművé váljon: az egyes jogi vagy termékbeli sajátosságok gyökeresen megváltoztatják az eredményeket, így nem lehet a különböző piacokon tett megállapításokat egy másikra alkalmazni, ugyanis az eltérő szabályok és eltérő termékek eltérő típusú csalást eredményeznek, amelyeket különböző modellekkel lehet megfogni. Éppen ezek azok az okok, amelyek létjogosultságot adnak a tanulmánynak, hogy magyar keretek közötti modellt építsen, amely a magyar piacon elkövetett csalásokat modellezi. Ugyanis kijelenthető, hogy ebben a tekintetben elméleti szinten nem született kimondottan ezzel a témával foglalkozó tanulmány, legfeljebb érintőlegesen találkozhatunk a magyar biztosítási piacon elkövetett csalások említésével az egyes tanulmányokban.

A magyar gépjármű-biztosítási piac hasonló több európai, elsősorban a német gépjármű-biztosítási piachoz. Ennek megfelelően minden, a törvényben foglalt (2009. évi LXII. törvény) gépjárműre kell kötni egy kötelező felelősségbiztosítást, amely az egyén által másnak okozott károkat fedezi. Ezen felül azonban lehetőség van casco biztosítás kötésére, amely az egyén saját, a gépjárműjében okozott kárai mellett az egyéb okból bekövetkezett károkat is fedezi. Magyarországon a casco-lefedettség 20 százalékos körűl mozog, vagy inkább az alatt van (Biztosítási Szemle, 2012, 2015b), ami nemzetközi összehasonlításban is alacsonynak számít a hasonló gazdasági teljesítménnyel rendelkező országokhoz képest. Ez természetesen számos egyéb tényezőre, leginkább talán a magasnak mondható, 15 százalékos biztosítási adóra vezethető vissza. Ezzel együtt a korábbi években több okból kifolyólag, de csökkentek a casco biztosításokból származó díjbevételek – hosszú idő után először a 2014-es évben látszódtott némi emelkedés a casco-piacon díjbevétel oldalán (MABISZ, 2015) –, a csalások száma azonban nem csökkent jelentősen. Sőt, Horváth László, a Generali biztosító vizsgálati csoportjának vezetője szerint a gazdasági válság megnövelte a csalások számát Magyarországon, ugyanakkor az egyes biztosítási szegmensek között a gépjármű-biztosítások esetében a leginkább előforduló esemény a csalás.

A gazdasági válság megnövelte a csalások számát.

Magyarországon a legkiemelkedőbb casco-csalás (a számtalan többi mellett) a 90-es években történt (Generali, 2010): 1994-től kezdődően 2 év alatt több mint 500 autólópat

jelentettek be, és 1995-ben már 6 százalékos volt a lopásgyakoriság. A biztosító vizsgálatot indított, melynek során rájöttek, hogy javarészt fiktív autólopásokról volt szó, ahol az autót külföldre vitték értékesíteni, vagy szétszerelték, és alkatrészként értékesítették. A rendőrség 60 ember ellen folytatott nyomozást, melynek során az autók 10 százalékát megtalálták. A következő évben már csak 1 százalék volt a lopásgyakoriság. A fiktív autólopás mellett a megrendezett balesetek számítanak még a szokványos esetekhez (Generali, 2010). Természetesen ezek a csalási típusok fellelhetők más országokban is, azonban a tanulmány célja ennek a példának, mint az egyik leggyakoribb magyar csalási típusnak az elméleti modellezése.

Ami a gyakorlati oldalt illeti, a legtöbb biztosítótársaság az elmúlt időszakban tett lépéseket adatbányászati, csalásfelderítő programok terén, azonban ezek többnyire belső próbálkozások voltak, amelyek így kevésbé összehasonlíthatóak, elemezhetőek, és ami a legfontosabb, kevésbé értékelhetőek iparági szinten. Mindezek mellett született a közelmúltban kimondottan csalások felderítésére, előrejelzésére specifikált program a SPSS *Clementine Consulting* és a Deloitte Magyarország részéről is, amelyek valamelyest sztetend keretben kínálnak a csalásfelderítésre (Deloitte, 2009). Ezek az algoritmusok jellemzően mély adatelemzésre épülnek, bizonyos ismervek alapján képesek felismerni a problémás eseteket. Ilyen alapvető ismervek, amelyek kimondottan a csalás gyanúját vetik fel, a következők:

- Rövid biztosítási időszak a kárérték keletkezését megelőzően.
- Szokatlanul hosszú időtartam a kárérték keletkezése és a bejelentés között.
- A biztosítási fedezet közelmúltbeli jelentős bővítése.
- A biztosítás közelmúltbeli csökkentése kikövetkeztethetően egyfajta káreseményre.
- Szokatlanul kis számú sérülés egy járművön.

Forrás: SPSS

Látható tehát, hogy a gyakorlati megvalósítás kimondottan a felismerésre és előrejelzésre fókuszál, így azt mondhatjuk, hogy az elméleti modellezése a magyar biztosítási piacon fellelhető csalásoknak minden szempontból új területnek számít. Kérdés azonban, hogy mindez mennyire járulhat hozzá a gyakorlati probléma minél tökéletesebb megoldásához? Ha valóban sikerül feltárni a folyamatokat, modellezni a szereplők viselkedéseit, és ezek valóban érvényesülnek a gyakorlatban – amit egy empirikus elemzés könnyen alátámaszthat –, akkor mindenképpen azt állíthatjuk, hogy a tanulmány eredménye hozzájárulhat a jövőbeli erőfeszítések sikerességéhez.

A magyarországi casco-csalás elméleti modellje

Az általunk említett és vizsgálandó szituációban elsőként feltesszük, hogy tervezett csalásról van szó. Ez azt jelenti, hogy a biztosított szándékosan okoz kárt az autója fiktív ellopásával. Így a tanulmány központi kérdése az, hogy van-e olyan szituáció a magyar szabályozási és gyakorlati feltételeket figyelembe véve, amely képes a csalást az elméleti modellben valamelyest csökkenteni vagy megszüntetni? Másképpen fogalmazva: megéri-e a biztosítónak, tud-e

a biztosító, és ha igen, milyen eszközökkel fellépni a csaló ügyfelek ellen abban az esetben, amikor ezzel a tipikusnak nevezhető egyik leggyakoribb csalási formával állunk szemben? A kérdés megválaszolásához az irodalmi áttekintésben ismertett mikroökonómia elméleti modellekre, különösen *Picard* (1996) keretrendszerére támaszkodunk. Kiindulva az említett modellből, számos változtatást – olykor egyszerűsítést vagy bővítést – hajtunk végre, hogy a modell az említett csalási formát írja le, a megfelelő változókkal.

A biztosított szándékosan okoz kárt az autója fiktív ellopásával.

Tegyük fel, hogy a biztosított minden esetben kockázatkerülő, és a szokásos Neumann-Morgenstern féle hasznossági függvénnyel (U) rendelkezik, ahol $U' > 0$ és $U'' < 0$. A célja a hasznosság várható értékének maximalizálása. Kétféle biztosított van: csaló, aki α valószínűséggel csal, és tisztességes, aki sohasem csal. A kár δ valószínűséggel következik be, és természetesen $0 < \delta < 1$. Szemben *Picard* (1996) modelljével, feltesszük a csalók egyenletes eloszlását a biztosítók között, és azt, hogy a termékek homogének.

A homogén termékek feltételezése nem tekinthető magas fokú absztrakciónak, hiszen a casco biztosítások érdemben nem különböznek egymástól a magyar piacon, noha a biztosítók igyekeznek egyéb szolgáltatások kínálásával differenciálni a termékek között. σ -val jelöljük azt a valószínűséget, hogy a biztosító csaló ügyféllel áll szemben – amely az egyenletes eloszlás miatt a csalók arányával egyezik meg –, ami a játék elején ismert a biztosító számára. Szintén elmozdulás az általános modellhez képest, hogy a tanulmányban modellezett, tervezett típusú csalást (*planned fraud*) végrehajtó csaló nem jelent be valós kárt. Ennek oka, hogy marginális valószínűséggel következhet be valós kár, ha a szerződés létrejöttét követően megtörténik a csalás. Ugyanakkor a valós kár nem lényeges a várható hasznosság szempontjából az optimumban, annak majd a biztosító vélekedésénél lesz szerepe.

Az egyen indulóvagyon W , a veszteség legyen L . A csaló tevékenység formalizálva a következőt jelenti: A csaló megköti a casco biztosítást P díjon q biztosítási összegre, majd ezután adott valószínűséggel (α) csal, azaz „ellophatja” a V értékű autóját, és valamilyen formában értékesíti. Ez azt jelenti, hogy a gyakorlatot alapul véve vagy eladja a másodlagos piacon, vagy alkatrészként értékesíti, ami lényeges, hogy ezért ρV összeget kap, ahol ρ értelemszerűen kisebb, mint 1.

Fontos figyelembe venni, hogy Magyarországon a casco biztosításokat szinte kizárólag önrészes formában kínálják a biztosítók (levonásos vagy arányos), méghozzá úgy, hogy adott kár esetén a nagyobb önrészt számítják be. A modellben legyen D a levonás mértéke, függetlenül attól, hogy éppen melyik típusról van szó. Így abban az esetben, ha csal az egyén, a vagyona a következőképpen alakul: $R = W - P + \rho V + (q - D)$, ha sikeresen csal, és $R = W - P + \rho V - M$, ha nem. Itt az M a büntetés mértéke, hiszen a magyar gyakorlatok azt mutatják, hogy nagyon nehéz bizonyítani a csalásokat, ám ha mégis sikerül, akkor a biztosító jogosan követel kártérítést egy büntetőeljárás során, a mentesülése mellett. Természetesen a felülvizsgálatnak is lesz költsége (k), ám ez majd a biztosító szempontjából lesz fontos. Tegyük fel most, hogy

egy adott szerződést vizsgálunk, azaz rögzítjük a q -t és a P -t. Ha valaki tisztességes, azaz nem jelent be fiktív kárt, akkor a vagyona $R=W-P+V$ lesz. Itt fontos megjegyezni, hogy ezen változók, melyek a magyar csalási szituáció leképezéséből következnek, nem szerepelnek az általános modellben, noha érdemben befolyásolják a játék kimenetelét, a modell eredményeit, és ezáltal a magyar casco-piacra tehető megállapításokat. Legyen végül a sikeres csalás valószínűsége a modellben θ , ami alatt azt értjük, hogy a csalás nem kerül felderítésre, és a csaló megkapja a biztosítási összeget.

A fenti feltételek következtében a csaló akkor csal, ha a csalásból származó várható haszna nagyobb, mint abban az esetben, ha nem csal:

$$U(W-P+V) < \theta U(W-P+\rho V+(q-D))+(1-\theta)U(W-P+\rho V-M) \quad (1)$$

Legyen θ az a sikeres csalási valószínűség, amely mellett a csaló éppen indifferens a csalást illetően. Ez az érték egyszerű átrendezéssel adódik, ha fenti egyenlőtlenséget egyenlet formájában tekintjük.

$$\hat{\theta} = \frac{U(W-P+V) - U(W-P+\rho V-M)}{U(W-P+\rho V+(q-D)) - U(W-P+\rho V-M)} \quad (2)$$

Mint fentebb is említettük, tekintsük rögzítettnek a q -t és P -t, így ebben az esetben a $\theta = \theta(V, D)$, azaz az indifferens csalási valószínűség csak az autó értékétől és az önrésztől függ, hiszen a fenti egyenlőtlenségben szereplő többi változó eleve exogén (W, M).

Az indifferens sikeres csalás valószínűsége, ahogy a képlet is mutatja, növekvő függvénye az önrésznek, hiszen a nagyobb önrész csökkenti a várható hasznot, azaz nagyobb sikerválószínűség kell, hogy indifferens legyen a csaló.

Rendkívül nehéz a csalást felszínre hozni.

Ami a sikeres csalás (θ) valószínűségét illeti, az általános Picard-modellben és más elméleti modellekben is 0-val egyenlő, ha a biztosító felülvizsgálta. Bár a tanulmány egy elméleti modell taglalására épül, fontos kiemelni a sikeres csalás valószínűségével kapcsolatos gyakorlati vonatkozást. Ahogyan az irodalmi áttekintésben említettük, Caron és Dionne (1997) tanulmányukban megmutatták, hogy a csalások mindössze 33 százalékát képesek csak a biztosítók sikeresen kideríteni, ha felülvizsgálják. Magyarországon ugyan konkrét szám adatokkal nem rendelkezünk ezen esemény valószínűségét illetően, kétségtelen azonban, hogy rendkívül nehéz a csalást felszínre hozni, még ha a biztosító tudja vagy gyanítja is a tisztességtelen viselkedést. Ezért legyen a modellben a biztosító felülvizsgálati valószínűsége p , annak valószínűsége pedig, hogy sikeresen felderíti a csalást, ha felülvizsgálta, legyen c . Így alkalmazva a teljes valószínűség tételét, a sikeres csalás valószínűsége (θ) éppen egyenlő $1-cp$ -vel.

A játék felírása

Mielőtt megvizsgálánk a felülvizsgálati játék menetét, és részleteznénk az egyensúlyi viselkedéseket, röviden szót ejtünk a modell játékelméleti megalapozásáról. A vizsgált szituáció játékelméleti keretben nem tökéletes információs játékként modellezhető – gyakoribb nevén Bayesi-játék –, amelynek sajátossága, hogy a játékosok nem ismerik teljes egészében a játékot, a stratégiálmalmazokat és a kifizetőfüggvényeket, szemben a tökéletes információs játékokkal. Az ilyen típusú játékok felírását a Harsányi János által megalkotott modellben szokás mindmáig elvégezni (lásd bővebben Pintér 2004). A tanulmány felülvizsgálati játékának úgymond időbeli lefolyása a következő:

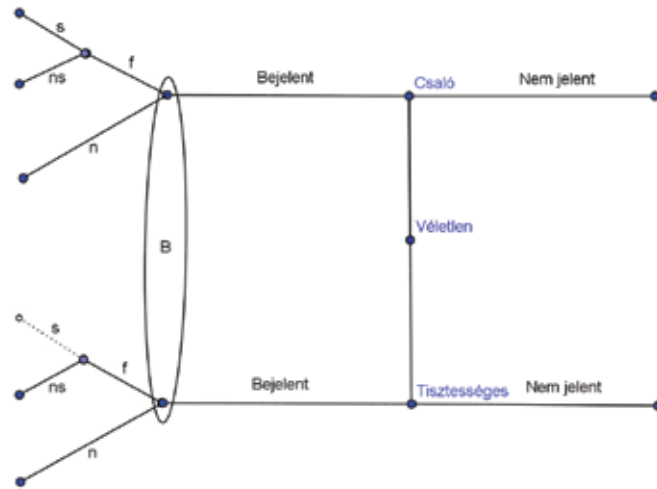
- Először is a természet választ egy típust a játékosok típusalmazáiból, azaz eldönti, hogy tisztességes vagy pedig tisztességtelen az ügyfél (σ valószínűséggel).
- A szerződő eldönti, hogy tesz-e kárbejelentést, azaz választanak egy cselekvést a stratégiálmazáiból. A csalók α valószínűséggel jelentenek be kárt, ha az nem következett be. A tisztességes ügyfelek persze sohasem csálnak.
- Legvégül pedig a biztosító dönt, hogy amennyiben bejelentett egy kárt a szerződő, akkor azt felülvizsgálja, vagy nem, p és $1-p$ valószínűséggel.

Ez a játék így már egy teljes, de nem tökéletes információs játék, amelyet extenzív formában értelmezünk, és fel lehet írni a játékhoz tartozó játékfát. Célunk tehát e játéknak megkeresni a tökéletes Bayesi-egyensúlyát, amely keresés során legtöbbször nem lehet használni a visszafelé indukciót, mint például a teljes információs esetekben. Így ebben az esetben a Bayesi-egyensúlyt nehezebb megtalálni, mint a részjáték tökéletes egyensúlyt a teljes információs esetekben. Elsőként azonban érdemes kitérni a jelzések játékokra, amely egy speciális alkalmazási területe a tökéletes Bayesi-egyensúlynak. Forgó et al. (2005) egy olyan egyszerű munkaerő-piaci jelzések játékot ismertet, ahol két szereplő van, a munkaadó és a munkavállaló.

Ez a modell tökéletesen megfelel a tanulmányban ismertett szituációra, hiszen eszerint a természet kiválasztja a típust, az adott típus üzenetet választ a lehetséges halmazból, a másik játékos megfigyeli ezt az üzenetet, és választ egy cselekvést a saját cselekvés halmazából, majd pedig megtörténnek a kifizetések, akárcsak az előbbieken felírt modellben. Analóg módon, a munkaerő-piaci szituációban is csak a munkavállalónak van többemű típusalmaza, így ez a keret alkalmazható a tanulmány csalási szituációjára is.

Ezek után lássuk az 1. ábrán szereplő felülvizsgálati játékfát, hogy tisztább képet kapjunk a játék menetéről:

1. ábra: A felülvizsgálati játék



Forrás: saját szerkesztés

A játék menetében elsőként tehát a véletlen választja ki a megfelelő típust a szerződő típusalmazából. Ezt követően a szerződő választ egy stratégiát, majd a biztosító látja az üzenetet, és ezt figyelembe véve dönt. Ebben a játékban természetesen, ha nem érkezik kárigény, akkor nem folytatódik a játék, a szerződő hasznossága a kifizetett díjjal csökken, a biztosító vagyona pedig – a biztosítási esemény bekövetkezésének hiányában – növekszik. A másik esetben, amikor kárbejelentés történik, a biztosítónak kell döntenie, hogy felülvizsgálja-e a szerződést (f), vagy pedig nem (n).

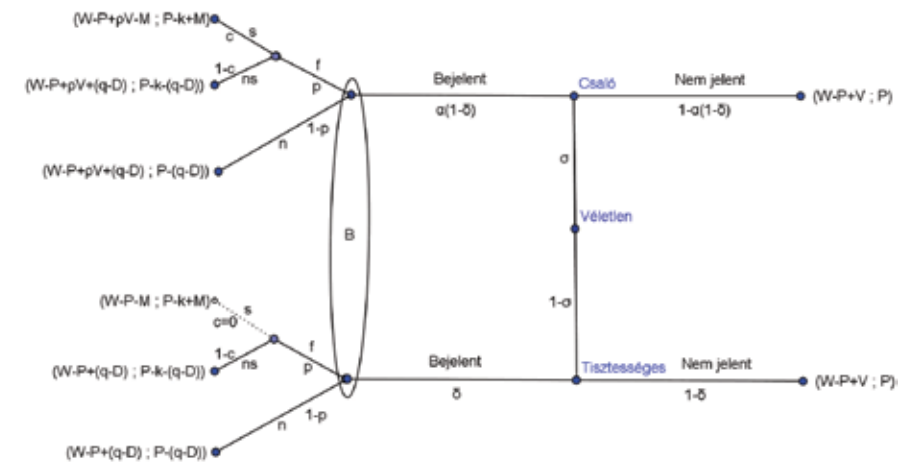
Folytatva a játékot, ha a biztosító nem vizsgálja felül a szerződést, akkor kénytelen kifizetni a kárt (adott esetben a biztosítási összeget). Míg ha a felülvizsgálat mellett dönt, akkor sem biztos, hogy felderíti a csalást. Éppen emiatt felülvizsgálat esetén is lehet sikeres (s) a folyamat, de lehet, hogy nem sikerül (ns) bizonyítani a csalást. Az alsó ágon – amikor tisztességes ügyféllel áll szemben a biztosító – is dönthet a biztosító a felülvizsgálat mellett, ha gyanúsnak ítéli a bejelentést, feltesszük azonban, hogy ekkor csakis sikertelen lehet a felülvizsgálat, éppen ezért jelöltem szaggatott vonallal azt az ágot.

Miután megismertük a játék struktúráját, és elméleti oldalról körüljártuk a kérdést, elérkeztünk a megoldás részletezéséhez.

A felülvizsgálati játék extenzív formája és a megoldás

Felhasználva a korábban bevezetett jelöléseket, kiegészíthetjük az előzőekben felírt játékfát a kifizetésekkel és a valószínűségekkel, ennek alapján elindulhatunk az egyes szereplők viselkedéseit vizsgálva. Ezt láthatjuk a 2. ábrán, ahol a játékfá már a kifizetéseket is tartalmazza:

2. ábra: A felülvizsgálati játék kifizetésekkel



Forrás: saját szerkesztés

A feladat elsőre bonyolultnak tűnhet, látva a sokrétű jelölési rendszert és struktúrát, azonban ez nincs így. Fontos kiemelni, hogy az ábrán a kifizetések esetében a vagyont (R) van szerepeltetve, ezt a döntéshozók a már bevezetett hasznossági függvénybe (U) helyettesítik, azaz konkáv transzformálják, és céljuk természetesen most is az $(EU(R))$ várható hasznosság maximalizálása.

Az ábrán nem szerepel ugyan, de korábban bevezettük a sikeres csalás valószínűségére a θ jelölést, amelynek értéke megegyezett $1-cp$ -vel. Ahogy a játékfá mutatja, akkor sikeres a csalás, ha a biztosító felülvizsgál (f), de nem sikerül (ns) bebizonyítani a szerződő csalását, illetve ha nem vizsgál felül (n). Azaz $\theta = p(1-c) + 1-p = 1-cp$, mint azt az előzőekben is beláttuk.

Ezek után elsőként lássuk ismét a döntéshozó várható hasznosságát, akinek α a döntési változója:

$$EU = \alpha(U(W-P+\rho V+(q-D)) + (1-\theta)U(W-P+\rho V-M)) + (1-\alpha)U(W-P+V) \tag{3}$$

Innen az α :

$$\alpha = \begin{cases} 1, & \theta > \hat{\theta}(V, D) \\ 0, & \theta < \hat{\theta}(V, D) \\ [0,1], & \theta = \hat{\theta}(V, D) \end{cases} \tag{4}$$

Ez nem jelent mást, mint hogy ha nagyobb a sikeres csalás valószínűsége, mint az indifferens valószínűség, akkor $\alpha=1$ valószínűséggel csalni fog a döntéshozó, ha kisebb, akkor nem fog csalni, ha pedig éppen egyenlő, akkor a csalás valószínűsége a $[0,1]$ intervallumban van.

Ami a biztosító döntési pontját illeti, a felülvizsgálat valószínűségén (p) keresztül van

befolyása a játék menetére, amellyel célja – közgazdasági értelemben – a kárkifizetési költségek minimalizálása. Ezen a ponton elméleti szinten kérdéses, hogy a biztosító képes-e elköteleződni a felülvizsgálat iránt, avagy sem, hiszen ez gyökeresen módosítja a megoldást és az eredményeket is. Ahogyan az irodalmi áttekintés már említette, az elköteleződés hiánya jelentős jóléti veszteséget okoz, valamint a magas biztosítási díjak akár a piac megszűnését is eredményezhetik, ennek ellenére a gyakorlatban a legtöbb helyen ez érvényesül. Nincs ez másképp Magyarországon sem.

Ebben az esetben a biztosító egyensúlyi viselkedése a legjobbválasz-függvényt jelenti a csaló viselkedésére. Ahhoz azonban, hogy a jelzéses játéknak létezzen tökéletes Bayesi-egyensúlya, a második döntéshozónak kell, hogy legyen vélekedése arról, hogy mely típussal áll szemben (Forgó et al., 2005), amit a következőképpen határoz meg:

$$\mu(t_i|s_j) = \frac{p(t_i)}{\sum_{t_r \in \Theta_i} p(t_r)}$$

Ezt a feltevést nevezik Harsányi-doktrínának, amely szerint tehát létezik egy a priori eloszlás a Θ típusúakon (ez esetünkben a σ , ami csalók arányát jelenti). Ez köztudott, és a vélekedéseket ebből a Bayes-tétel segítségével számolják (Forgó et al., [2005]). Értelmezve a felírt összefüggést, a biztosító kialakít egy vélekedést arról, hogy melyik típussal (t_j) áll szemben, ha kapott egy s_j üzenetet. Legyen π a hamisan bejelentett kár valószínűsége, ebből következően annak valószínűsége, hogy csalóval áll szemben a biztosító, ha kárbejelentést kapott, tekintve hogy a tisztességes ügyfelek sosem csalnak. Ez a játéka alapján a következő:

$$\mu(t_i|s_j) = \pi = \frac{\alpha\sigma(1-\delta)}{\alpha\sigma(1-\delta) + (1-\sigma)\delta} \quad (5)$$

A tört számlálójában annak valószínűsége áll, hogy egy csaló hamis kárt jelent be, míg a nevező második tagja jelöli $((1-\sigma)\delta)$ a valós kárt a tisztességes ügyfél részéről. Fontos feltétel, hogy a valószínűségek összege 1 kell, hogy legyen, azaz $\sum_{t_r \in \Theta_i} \mu(t_i|s_j) = 1$.

Ez teljesül, hiszen annak valószínűsége, hogy tisztességes ügyféllel van dolga a biztosítónak, ha kárbejelentést kapott, az $1 - \pi = \frac{(1-\sigma)\delta}{\alpha\sigma(1-\delta) + (1-\sigma)\delta}$.

Megjegyezzük, hogy ezen a ponton eltérünk az általános modelltől a már említett eltérő feltételezés miatt, ami a csaló viselkedését illeti. Tekintve a számos változtatást, a játék menete megegyezik ugyan a Picard (1996) által bemutatott modellel, azonban az eredmények, optimális viselkedések nem, köszönhetően az eltérő, célunk szerint a magyar gyakorlatot jobban megragadó feltételrendszernek.

A biztosító tehát ezen vélekedések figyelembevételével maximalizálja a várható kifizetését a játékban, azonban esetünkben ez a kiadások minimalizálását jelentse, hiszen a két dolog ekvivalens, de most megkönnyíti a feladatot. Emellett éljünk azzal az egyszerűsítési lehetőséggel, hogy a minden esetben beérkező P díjat hagyjuk figyelmen kívül, hiszen ezzel semmit sem veszítünk, és valóban szigorú értelemben vett kiadásai lesznek csak

a biztosítónak. Ha a felülvizsgálati játékfát nézzük, a biztosítónak csak kárbejelentés esetén van döntési szituációja (bekeretezett halmaz), így a másik ág számára úgymond semleges és kevésbé releváns. A biztosító kiadása így a következőképpen írható fel, ami persze éppen -1 -szerese a játékfán szereplő értékeknek:

$$\hat{c} = \begin{cases} \pi c(k-M), & \text{ha } f + s \\ (1-\pi)(k+(q-D)) + \pi(1-c)(k+(q-D)), & \text{ha } f + ns \\ q-D & \text{különben} \end{cases} \quad (6)$$

Az első eset egyértelmű, felülvizsgálat esetén akkor sikeres a biztosító, ha hamis kárt jelentettek be (π), és sikeresen vizsgáltak felül (c). Ez esetben a kifizetés $k-M$, azaz feltettük, hogy a csaló büntetését teljes egészében megkapja a biztosító. A második eset valamivel bonyolultabb, ha van felülvizsgálat, az kétféleképpen lehet nem sikeres: vagy valódi a kár ($1-\pi$), és akkor feltesszük, hogy 0 valószínűséggel sikeres az eljárás ($c=0$, azaz $1-c=1$), vagy pedig hamis a kár, és nem sikerül felderíteni, ez a $\pi(1-c)$ valószínűség. Mivel feltesszük azt is (talán kicsit leegyszerűsítve), hogy a tisztességes ügyfél valódi kárbejelentését ért jogtalan megvádolás – ilyen például a jó hírnév megsértése, amelyért lehet kártérítési pert indítani – nem jár pluszköltséggel, így a két kifizetés megegyezik ($k+(q-D)$), azaz a valószínűségeket össze lehet vonni: $(1-\pi)(k+(q-D)) + \pi(1-c)(k+(q-D)) = (1-\pi c)(k+(q-D))$.

A harmadik eset triviális, ha nincs felülvizsgálat, a biztosító kifizeti a $(q-D)$ összeget. Összegezve az eseteket, a biztosító költsége a következő lesz:

$$\hat{c}' = p(\pi c(k-M) + (1-\pi c)(k+(q-D))) + (1-p)(q-D) = (q-D) + p(k - \pi c((q-D) + M)) \quad (7)$$

Ezt pedig az egyensúlyi felülvizsgálati valószínűség szerint (p) minimalizálja, azaz:

$$p = \begin{cases} 0, & k > \pi c((q-D) + M) \\ 1, & k < \pi c((q-D) + M) \\ [0,1], & k = \pi c((q-D) + M) \end{cases} \quad (8)$$

Miután megkaptuk mind a biztosított, mind pedig a biztosító optimális viselkedésére vonatkozó feltételeket (α és p), a következő állítást tehetjük:

1. állítás. A tipikus magyar casco biztosítási csalást modellező felülvizsgálati játék megoldása a következőképpen alakul:

$$p = 0 \text{ és } \alpha = 1, \text{ ha } k > \frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta) + (1-\sigma)\delta}$$

$$p \in [0, \frac{1-\hat{\theta}}{c}] \text{ és } \alpha = 1, \text{ ha } k = \frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta) + (1-\sigma)\delta}$$

$$p = \frac{1-\hat{\theta}}{c} \text{ és } \alpha = \frac{(1-\sigma)\delta k}{\sigma(1-\delta)((q-D)+M-k)}, \text{ ha } k < \frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta) + (1-\sigma)\delta}$$

Eszerint ha a biztosító felülvizsgálati költsége magasabb, mint a $\pi c((q-D)+M)$ az $\alpha=1$ esetben, akkor nincs felülvizsgálat, és így a biztosított $\alpha=1$ valószínűséggel csal. Korábban kifejtettük, hogy a sikeres csalás valószínűsége $\theta=1-pc$, ez az, ami szerint a 4. egyenletben a csaló dönt. Így átrendezve és tekintve azt a θ -t, amelynél a biztosított éppen indifferens, p -re adódik a $(1-\theta)/c$ összefüggés. Azaz ha a biztosító költsége megegyezik az előbb említett $\pi c((q-D)+M)$ -vel (az $\alpha=1$ esetén), akkor a csaló $\alpha=1$ valószínűséggel csal, ha a biztosító legfeljebb $(1-\theta)/c$ valószínűséggel vizsgál felül. A harmadik eset tehát az egyetlen, amelyben a csaló $\alpha < 1$ valószínűséggel csal.

A modell következtetései és további megfontolások

Az előzőekben felírt modell megoldása után a következtetések levonása maradt még hátra. Elsőként nézzük a 3. és a 4. egyenleteket, amelyek a csaló döntését írják le:

$$EU = \alpha(U(W-P+\rho V+(q-D)))+(1-\theta)U(W-P+\rho V-M)+(1-\alpha)U(W-P+V)$$

$$\alpha = \begin{cases} 1, & \theta > \hat{\theta}(V, D) \\ 0, & \theta < \hat{\theta}(V, D) \\ [0,1], & \theta = \hat{\theta}(V, D) \end{cases}$$

Egyrészt könnyen látható, hogy az α növekvő függvénye a θ -nak és ρ -nak, míg csökkenő függvénye a D -nek ($\partial\alpha/\partial D < 0$). Azaz, ha nagyobb a sikeres csalás valószínűsége, akkor nagyobb valószínűséggel csal a tisztességtelen ügyfél. Másfelől, ha a feketepiacon jól el lehet adni az autót, azaz a ρ értéke elég nagy, akkor szintén motiváltabb a csaló. Vagyis azok a márkák, amelyek keresettebbek, ritkábbak, vélhetően a feketepiacon a reálishoz közeli értéken kelnek el, azaz a ρ magasabb, így ezeknél a márkáknál nagyobb a csalás valószínűsége. Az önrész esetén más a helyzet, a nagyobb önrész csökkenti a csalásból származó hasznot, és így kisebb lesz a csalási valószínűség. Ez azt jelenti, hogy a nagy önrész hatékony eszköze lehet a csalás csökkentésének. Azonban a másik oldalról, ha adott díj mellett nagyobb önrészt kell vállalni, a tisztességes ügyfelek számára kevésbé lesz vonzó a biztosítás. Ha feltesszük, hogy a ρ értéke kellően nagy, azaz a feketepiacon a csaló „jó” pénzt kap az autóért, akkor a magasabb önrész sokkal inkább bünteti a tisztességes ügyfeleket, a csaló szempontjából pedig kisebb a hatása a hasznosságra.

A másik kérdés, amely felmerülhet, ha csak a csaló hasznosságát vizsgáljuk, hogy a büntetés mennyire lehet jó ösztönző? Anélkül, hogy az M értékére bármilyen feltételezéssel is élnénk, látható, hogy az $(1-\theta)$ súlyon keresztül érvényesül a csaló várható hasznosságában. Korábban beláttuk, hogy $1-\theta=cp$, a felülvizsgálat és a sikeresség valószínűségének szorzata. Természetesen nehéz megmondani a c értékét Magyarországon, de a biztosítók egyöntetű tapasztalata, hogy a felülvizsgálat esetén sem könnyű felderíteni a csalásokat. Így ha alapul vesszük a már említett 33 százalékos értéket (Caron és Dionne, 1997), és a felülvizsgálat irányába történő elköteleződés

hiányát, azaz feltételezünk egy nem túl nagy (de nem is kicsi) p -t, akkor kijelenthető, hogy a tetszőlegesen nagy büntetés sem riasztja el feltétlenül a csalókat. Persze azt a későbbiekben látni fogjuk, hogy a nagyobb büntetés a biztosítóra is hat, növeli a p -t, de ezzel együtt is azt mondhatjuk, hogy önmagában a büntetési összeg kellően magas szintje nem hatékony fellépés a casco-csalással szemben.

Ezek után a biztosító döntését vizsgáljuk, aki a várható költség alapján dönt (7. és 8. egyenlet):

$$\hat{c} = (q-D) + p(k - \pi c((q-D)+M)).$$

Ebből a p :

$$p = \begin{cases} 0, & k > \pi c((q-D)+M) \\ 1, & k < \pi c((q-D)+M) \\ [0,1], & k = \pi c((q-D)+M) \end{cases}$$

Ebben az esetben látható, hogy a p csökkenő függvénye az önrésznek ($\partial p/\partial D < 0$), és természetesen a felülvizsgálati költségnek is ($\partial p/\partial k < 0$). Ez logikus, hiszen adott kár nagyság esetén a nagyobb önrész csökkenti a várható kifizetést (a biztosító hozzájárulását), tehát adott felülvizsgálati költség mellett kevésbé éri meg felülvizsgálni. A költség hatása szintén logikus, minél nagyobb költségigénye van a felderítési folyamatnak, annál kevésbé éri meg a biztosítónak a felülvizsgálat.

Érdekes észrevétel továbbá, hogy az önrész hatása nem egyértelmű, hiszen mindkét játékos döntési változója csökkenő függvénye az önrésznek. Azaz direkt módon az önrész növelése csökkenti ugyan a csalási valószínűséget, ugyanakkor a felülvizsgálati valószínűség csökkentésén keresztül indirekt módon növeli azt, hiszen a sikeres csalási valószínűség (θ) függ a p -től ($\theta=1-cp$), így θ növelése növeli a csalást, ahogy azt már beláttuk. Korábban azonban azzal érveltünk, hogy amíg a c sikerességi paraméter értéke nem kellően magas, addig a p hatása elgyengül. Ha nem teljes biztonsággal is, de azt mondhatjuk ennek alapján, hogy mivel közvetlenül negatív irányba hat az önrész a csalás valószínűségére, ezért ez minden bizonnyal erősebb a közvetett hatásnál, ami, mint láthatjuk, jelentősen függ c nagyságától, és így az önrész összességében is negatívan hathat a csalási valószínűségre. Érdekes kérdés lehetne, hogy milyen eredő hatása van pontosan az önrésznek, azonban amellett, hogy sok feltételezéssel kellene élnünk, mint említettük, a tisztességes ügyfeleket sokkal inkább bünteti, mint a csalókat – ezáltal nem lehet a csalást meggátoló hatékony eszköz egy bizonyos szint felett –, ezért ennél mélyebben nem foglalkozunk vele.

Lássuk végül az egyensúlyi megoldásból (1. állításban tett megállapítások) adódó következtetéseket:

$$p = 0 \text{ és } \alpha = 1, \text{ ha } k > \frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta)+(1-\sigma)\delta}$$

$$p \in [0, \frac{1-\hat{\theta}}{c}] \text{ és } \alpha = 1, \text{ ha } k = \frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta)+(1-\sigma)\delta}$$

$$p = \frac{1-\hat{\theta}}{c} \text{ és } \alpha = \frac{(1-\sigma)\delta k}{\sigma(1-\delta)((q-D)+M-k)}, \text{ ha } k < \frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta)+(1-\sigma)\delta}$$

Nagyon érdekes eredményre jutunk a c paraméter vizsgálatával. Azt már a csaló vizsgálatánál kifejtettük, hogy az M büntetés akkor lehetne igazán hatékony, ha a c értéke kellően nagy lenne. Ebben az esetben látszik, hogy nagyobb c -t feltételezve nőne az esélye annak, hogy a felülvizsgálat költsége (k) kisebb lesz, mint a $\pi c((q-D)+M)$ az $\alpha=1$ esetben, azaz $\frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta)+(1-\sigma)\delta}$ -nél. Ebben az esetben azonban a csaló $\alpha < 1$ valószínűséggel jelent kár, és a biztosító az adott θ mellett kisebb, de 0-tól nagyobb valószínűséggel fog felülvizsgálni. Ez tehát azt jelenti, hogy ha nincs elköteleződés, és nem lehet megszüntetni teljesen a csalást, akkor a csalás felderítési hatékonyságának növelése jó eszköz a csalókkal szembeni fellépésben.

A másik vizsgálandó tényező a büntetés. Erről feltettük, hogy egy adott M összeg. Elképzelhető azonban, hogy összefüggésben áll a csalás mértékével, azaz az ellopott autóból származó pénzt kell kifizetnie a csalónak: $M=\rho V$.

Ebben az esetben viszont feltehető, hogy az évek során csökken az M , és nyilván a biztosítási összeg is q . Ez viszont azt jelenti, hogy fiatalabb autók esetében (nagyobb q és ρV) nagyobb eséllyel lesz a költség kisebb, mint a $\frac{\sigma(1-\delta)c((q-D)+M)}{\sigma(1-\delta)+(1-\sigma)\delta}$ kifejezés, azaz a biztosító pozitív valószínűséggel felülvizsgál, a csaló pedig $\alpha < 1$ valószínűséggel fog csalni. Másképpen fogalmazva, az α csökkenő függvénye a V -nek. Az autó értéke nem csak az évek múlásával változhat, hiszen adott időpontban is eltérnek az autók értékei, így másik érvelés szerint – feltéve, hogy ρ állandó – a nagyobb értékű autók esetében kisebb a csalás valószínűsége, azonban ez a gyakorlatban egyáltalán nem biztos, hogy teljesül. Megjegyzendő azonban, hogy a biztosítók véleménye szerint sem kimondottan a nagy értékű autókra jellemző e csalástípus (www.alkuszbiztositas.hu, 2001), így e kérdést is célszerű lenne alávetni gyakorlati vizsgálatnak.

Összefoglalva a tett megállapításokat, az alkotott modell eredményei a következők:

2. állítás. A magyarországi casco-csalás egyik leggyakoribb fajtájára alkotott elméleti modelljének eredményei szerint:

- Az α növekvő függvénye θ -nak és ρ -nak, eszerint a kedveltebb márkák esetében nagyobb a csalás valószínűsége.
- Az önrész direkt hatása negatív a csalás valószínűségére, azaz $\partial\alpha/\partial D < 0$.
- A p csökkenő függvénye a felülvizsgálati költségnek és az önrésznek is, ezáltal az önrész indirekten is hat α -ra, tehát a hatása nem egyértelmű: $D \nearrow \Rightarrow p \searrow \Rightarrow \theta (= 1 - cp) \nearrow \Rightarrow \alpha \nearrow$.
- A büntetés az $1-\theta$ súlyon keresztül érvényesül a csaló várható hasznosságában, de $1-\theta=cp$, vagyis a nagy büntetés önmagában nem hatékony ösztönző, fontos a csalás bizonyítására tett kísérlet sikerességének növelése (c).
- Magasabb c paraméter esetén a felülvizsgálat költsége kisebb lesz, mint a $\pi c((q-D)+M)$, vagyis a sikeres felülvizsgálat hatása kétszeresen negatív a csalási valószínűsége.
- Ha $M=\rho V$, akkor M és q csökken az évek során, ebből következően a $\pi c((q-D)+M)$ is

csökken, ami pedig implikálja a felülvizsgálati valószínűség csökkenését. Ebből következően a fiatal autóknál jobban megéri felülvizsgálni.

- Ha $M=\rho V$, akkor a magasabb értékű autók esetén kisebb lesz az α , azaz $\partial\alpha/\partial V < 0$.
- Ennek értelmében pedig nem kimondottan a nagy értékű autókra lesz jellemző a csalás.

Ami az elméletben alkotott modell következtetéseit illeti, azt gondolom, használható keretet, fontos összefüggéseket és jól tesztelhető predikciókat kínál, egyúttal választ ad arra, hogy melyek a csalásra ható legfontosabb tényezők, és azok milyen irányból hatnak a csaló viselkedésére. Választ kaptunk az önrész, a büntetés nagysága, a sikerességi paraméter, a felderítés költsége vagy az autó másodpiaci értékének hatására az egyes döntési változók esetében. Így összességében elmondható, hogy az elméleti modell megalkotása hasznos és releváns információkat adott a kérdéskör tekintetében.

Összefoglalás

Tanulmányomban a biztosítási csalások elméleti modellezésével foglalkoztam. Kifejtettem, hogy a biztosítási piacok kiváltképp különböznek szerte a világon, így a csalási típusok eltérőek. Ebből kifolyólag a tanulmány célja az volt, hogy a magyar gépjármű-biztosítási piacon fellelhető „tipikus” csalást modellezze, azaz azt az esetet, amikor egy egyén casco biztosítást köt, majd szándékosan „ellopatja” az autóját, kárbejelentést tesz, és a feketepiacon az autót értékesíti.

A tanulmány szempontjából lényeges irodalmak áttekintését követően rátértem a gépjármű-biztosításokra. Itt kiemeltem a termékek különbözőségét és a csalások sokféleségét, majd röviden szót ejtettem a magyar gépjármű-biztosítási piacról. Itt részleteztem a casco biztosítási piacot, és néhány számadattal szemléltettem a csalások által okozott veszteségeket. A 90-es évek legnagyobb casco-csalásának leírásával mutattam be azt az esetet, amelyet a tanulmány modellez.

■ Az önrész hatása nem egyértelmű.

A tanulmány legfőbb egyéni hozzájárulása a fent is megfogalmazott és mai napig Magyarországon gyakran véghezvitt csalás elméleti modelljének megalkotása volt, amely a Picard (1996) által bemutatott általános csalást leíró modellre építve egy, a feltételeiben a magyar casco-csalási gyakorlatot megragadó keretrendszert hozott létre. A háromszintű játék megoldásaként kapott eredmény több szempontból tanulságos volt. Egyrészt kiemeltem, hogy az önrész hatása nem egyértelmű, ugyanis több irányból hat a csaló optimális viselkedésére, tekintve, hogy a biztosító felülvizsgálati valószínűségét is csökkenti. Másrészt beláttam, hogy az értékertartóbb márkák – amelyek eladhatóbbak a másodlagos piacon – növelik a csalás valószínűségét. Arra jutottam továbbá, hogy a büntetés hatása meglehetősen gyengül, hiszen a sikeres felderítés valószínűsége mi-

att – amely meglehetősen alacsony a gyakorlatban – kis súlyt kap a csaló hasznosságai függvényében. Ami a csalás sikeres felderítési valószínűségét illeti, nemcsak a büntetés oldaláról hat a csalás valószínűségére, hanem nagyobb eséllyel éri meg a biztosítónak felülvizsgálni, így ez tekinthető a leghasznosabb eszköznek a csalások mértékének csökkentésére, bár több helyen hangsúlyozta a tanulmány, hogy e változó növelése meglehetősen nehéz gyakorlati oldalról.

A csalás valószínűsége növekszik az autó életkorának növekedésével.

Bevezetve azt a feltevést, hogy a büntetés az eladott autó értékével egyezik meg, megállapítható, hogy a sikeres csalás valószínűsége növekszik az autó életkorának növekedésével, továbbá fontos megállapítás, hogy a csalás nem kimondottan a nagy értékű autók esetén jellemző csupán.

Úgy gondolom, a tanulmány jó alapja lehet a további vizsgálódásoknak. Alapvetően két irányba érdemes továbblépni: egyrészt az elméleti modellt lehet finomítani olyan értelemben, hogy minél hasznosabb következtetéseket lehessen levonni belőle. Másrészt megfelelő adatok birtokában egy empirikus elemzéssel lehetne igazolni az elméletben megfogalmazott feltevéseket, illetve megcáfolni a megállapításokat. Nem szükségszerű ugyanis, hogy egy elméleti modell, amely úgymond laboratóriumi eset, teljesüljön a gyakorlatban, azonban ha ez mégis megtörténne, ebben az esetben a tanulmány jó alapja lehet a biztosítási csalások megfelelő kezelésének, aminek társadalmi szinten véve is lenne hozzáadott értéke.

IRODALOMJEGYZÉK

2009. évi LXII. törvény: a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról.
 Ágoston Kolos (2004): Hogyan hat a bizonytalanság és a vevőkör nagysága együttesen az árakra? PhD. értekezés. 2004, Budapest.
 Andersson, F. – Skogh, G. (2003): Quality, self-regulation, and competition: the case of insurance. *Insurance: Mathematics and Economics*, 32 pp. 267–280.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0167-6687\(03\)00111-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0167-6687(03)00111-2)
 Artís, M. – Ayuso, M. – Guillén, M. (1999): Modelling different types of automobile insurance fraud behaviour in the Spanish market. *Insurance: Mathematics and Economics*, 24 pp. 67–81.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0167-6687\(98\)00038-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0167-6687(98)00038-9)
 Bond, E. W. – Crocker, K. J. (1997): Hardball and the Soft Touch: The Economics of Optimal Insurance Contracts With Costly State Verification and Endogenous Monitoring Costs. *Journal of Public Economics*, 63 pp. 239–264.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0047-2727\(96\)01594-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0047-2727(96)01594-0)
 Biztosítási Szemle (2012): Növekvő fizetéképítelés a casco-piacon. Biztosítási Szemle (online kiadás) 2012. 03. 08. URL: www.biztositasizemle.hu (Letöltve: 2013.03.17.)
 Biztosítási Szemle (2015a): Évente 10 milliárdok kerülnek biztosítási csalókhöz. Biztosítási Szemle (online kiadás) 2015. 08. 05. URL: http://www.biztositasizemle.hu/cikk/hazaihirek/gazdasag/evente_10_milliardok_kerulnek_biztositasi_csalokhoz.5014.html (Letöltve: 2016.01.03.)
 Biztosítási Szemle (2015b): Az adómerséklés növelné a casco biztosítások számát. Biztosítási Szemle (online kiadás) 2015. 10. 19. URL: http://www.biztositasizemle.hu/cikk/hazaihirek/gazdasag/az_adomeresekles_novelne_a_casco-biztositasok_szamat_.5203.html (Letöltve: 2016.01.03.)
 Caron, L. – Dionne, G. (1997): Insurance Fraud Estimation: More Evidence from the Quebec Automobile Insurance Industry. *Assurances*, 64(4) pp. 567–578.
 Crocker, K.J. – Morgan, J. (1998): Is Honesty the Best Policy? Curtailing Insurance Fraud Through Optimal Incentive Contracts. *Journal of Political Economy*, 106(2): 355–375.
<http://dx.doi.org/10.1086/250012>

- Crocker, K. J. – Tennyson, S. (1999): Costly State Falsification or Verification? Theory and Evidence from Bodily Injury Liability Claims, in: C. Labege-Nadeau and G. Dionne, eds., *Automobile Insurance: Road Safety, New Drivers, Risks, Insurance Fraud and Regulation*. Kluwer, Boston.
http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4615-4058-8_6
 Deloitte (2009): Csalásmegelőzési programok a biztosítási szektorban. Deloitte Magyarország Kft. URL: http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Hungary/Local%20Assets/Documents/Ani-Fraud_Programs__Insurance.pdf. (Letöltve: 2013.03.17.)
 Derrig, R. A. – Weisberg, H. I. – Chen, X (1994): Behavioral Factors and Lotteries Under No-Fault With a Monetary Threshold: A Study of Massachusetts Automobile Claims. *Journal of Risk and Insurance*, 61 pp. 245–275.
<http://dx.doi.org/10.2307/253710>
 Dionne, G. – Belhadj, E.-B. (1996): Evaluation de la Fraude à l'Assurance Automobile au Québec. *Assurances*, 64 pp. 365–394.
 Dionne, G. – Gagné, R. (2001): Deductible Contracts Against Fraudulent Claims: An Empirical Evidence in Automobile Insurance. *Review of Economics and Statistics*, 83(2), pp. 290–301.
<http://dx.doi.org/10.1162/00346530151143824>
 Dionne, G. – Gagné, R. (2002): Replacement Cost Endorsement and Opportunistic Fraud in Automobile Insurance. *The Journal of Risk and Uncertainty*, 24(3), pp. 213–230.
<http://dx.doi.org/10.1023/a:1015683401986>
 Berger, M. S. – Davis, E. B. – Boyer, E. G. – Ubel, P. A. (1997): Confidentiality and health insurance fraud. *Archives of Internal Medicine*, 157(5), pp. 501–504.
<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.157.5.501>
 Forgó Ferenc – Pintér Miklós – Simonovits András – Solymosi Tamás (2005): Játékelmélet. Elektronikus jegyzet. 2005, Budapest.
 Generali (2010): Továbbra is jelentős mértékű kárt okoznak a biztosítási csalások. *OrientPress Hírügynökség* (online kiadás) 2010.01.23. URL: <http://www.orientpress.hu/57438> (Letöltve: 2014.02.28.)
 Holmström, B. (1979): Moral Hazard and Observability. *The Bell Journal of Economics*. 10(1), pp. 74–91.
<http://dx.doi.org/10.2307/3003320>
 MÁBISZ (2015): Magyar Biztosítók Évkönyve. Magyar Biztosítók Szövetsége (online kiadás). URL: <http://www.mabisz.hu/images/stories/docs/publikaciok/evkonyv-2015-magyar.pdf> (Letöltve: 2016.01.06.)
 Perry, J. F. (1992): The Claim-fraud Epidemic. *Best's Review Casualty Insurance Edition*. 92 (1992), pp. 28–32.
 Pintér Miklós (2004): A tipustér fogalma és tulajdonságai. Ph.D. értekezés. 2004, Budapest.
 Picard, P. (1995): On the design of optimal insurance policies under manipulation of audit cost. Manuscript, Paris X - Nanterre.
 Picard, P. (1996): Auditing Claims in Insurance Markets with Fraud: The Credibility Issue. *Journal of Public Economics*, 63(1), pp. 27–56.
[http://dx.doi.org/10.1016/0047-2727\(95\)01569-8](http://dx.doi.org/10.1016/0047-2727(95)01569-8)
 Rothschild, M. – Stiglitz, J. (1976): Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*. 90(4) pp. 629–649.
<http://dx.doi.org/10.2307/1885326>
 Shavell, S. (1979): On Moral Hazard and Insurance. *Quarterly Journal of Economics*. 93(4) pp. 541–562.
<http://dx.doi.org/10.2307/1884469>
 SPSS: Decision Management for Claim. SPSS Clementine Consulting. URL: <http://www.spss.hu/termekek-es-megoldasok/predictiveclaims.html>. (Letöltve: 2013.03.17.)
 Sparrow, M. K. (1996a): License to Steal: Why Fraud Plagues America's Health Care System. Westview Press, Boulder.
 Sparrow, M. K. (1996b): Health care fraud control: understanding the challenge. *Journal of Insurance Medicine*, 28, pp. 86–96.
 Spindler, M. – Winter, J. – Hagmayer, S. (2012): Asymmetric Information in the Market for Automobile Insurance: Evidence from Germany. Munich Center for the Economics of Aging Discussion Papers
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2150044>
 Tennyson, S. – Forn, P. S. (2002): Claims Auditing in Automobile Insurance: Fraud Detection and Deterrence Objectives. *The Journal of Risk and Insurance*, 69(3) pp. 289–308.
<http://dx.doi.org/10.1111/1539-6975.00024>
 Weisberg, H. I. – Derrig, R. A. (1991): Fraud and Automobile Insurance: A Report on the Baseline Study of Bodily Injury Claims in Massachusetts. *Journal of Insurance Regulation*, 9 pp. 497–541.
 Weisberg, H. I. – Derrig, R. A. (1992): Massachusetts Automobile Bodily Injury Tort Reform. *Journal of Insurance Regulation*, 10 pp. 384–440.
 Weisberg, H.I. – Derrig, R. A. (1998): Quantitative methods for detecting fraudulent automobile bodily injury claims.. *AIB Cost Containment/Fraud Filing* (3) pp. 49–82.
 www.alkuszbiztositas.hu. (2011): Biztosítási csalások - kifizetődó? Alkuszbiztosítás (online kiadás). URL: <http://www.alkuszbiztositas.hu/biztositasi-csalasok-kifizetodo.html> (Letöltve: 2013.03.16.)

HIVATKOZÁSOK

- ¹ A tanulmány egy átdolgozott változata korábbi Tudományos Diákköri Konferenciára írt dolgozatnak, amely első helyezést ért el a 2015-ös, XXXII. OTDK Közgazdaságtudományi szekciójának Mikro-modellzés tagozatában.

ALKUSZI MINŐSÉG BIZTOSÍTVA

Turcziné Pálos Anna főtitkár, FBAMSZ (fbamsz@mail.datanet.hu), Dr. Exner Veronika biztosítási szakjogász, FBAMSZ (veronika.exner@niqual.hu)

ÖSSZEFOGLALÓ

Jelenleg egyetlen független biztosításközvetítői intézmény működik a hazai piacon, a biztosítási alkusz, amelynek funkciója, hogy az ügyfél megbízásából és érdekében eljárva nyújtson szakmai támogatást biztosítási területen. Az egyre terjedemesebb és szigorúbb európai és magyar jogalkotási és jogalkalmazási gyakorlat azt kívánja biztosítani, hogy e szakma művelői az intézmény törvényi célját maradéktalanul megvalósítsák független, pártatlan és minőségi szolgáltatás nyújtása, a magatartási normák betartása, a tisztességes üzletmenet, a transzparencia biztosítása, az összeférhetetlenség kiküszöbölése révén. Ennek során a biztosítási alkusz cégek kötelesek az ügyfelek érdekeit védő szabályozásnak megfelelni, a biztosítási területet érintő jogszabályváltozásokat követni és betartani, a felügyeleti követelményeknek eleget tenni, a biztosítótársaságokkal együttműködni és szakmai ismereteiket folyamatosan naprakészen tartani. E szerteágazó követelményrendszerben való eligazodást, a minőségi alkuszi munkát segíti a Független Biztosítási Alkuszok Magyarországi Szövetsége.

SUMMARY

Currently the insurance broker is the only type of independent insurance intermediary operating on the domestic market, the function of which is to provide professional insurance support acting for and on behalf and in the interest of its clients. The increasingly extensive and stringent European and Hungarian legislation and application aims at having this profession achieve the purpose of its legal institution by providing quality service in an independent and impartial manner, complying with the standards of conduct, guaranteeing fair business and transparency and preventing conflicts of interest. In doing so, insurance brokers shall comply with any and all regulations on client protection, follow and comply with the changes of legislation concerning insurance, work in accordance with the regulatory and supervisory requirements, cooperate with the insurance undertakings and keep their professional knowledge up to date. The Association of Independent Insurance Brokers in Hungary helps to navigate in this diverse system of requirements and provide quality brokering service.

Kulcsszavak: független biztosításközvetítő, etikai kódex

Key words: independent insurance mediator, Code of Ethics

JEL: G22,

DOI: 10.18530/BK.2016.2.80

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2016.2.80>

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény, azaz az új Bit. hatálybalépésével egyetlen független biztosításközvetítői intézmény maradt a magyar biztosítási piacon: a biztosítási alkusz. Érdemes ezt a jogszabályváltozást megragadni, és körbejárni, hogyan működik egy minőségi szolgáltatást nyújtó, független biztosítási bróker ma a magyar piacon, kinek és milyen követelményeknek kell megfelelnie, milyen területeken kell jártasságot szereznie. Kérdés továbbá az is, hogy milyen formában kaphat ehhez segítséget, hiszen látni fogjuk, hogy rendkívül széles körű és szigorú követelményrendszernek kell megfelelnie.

Hogyan működik egy független biztosítási bróker?

2011-ben a FBAMSZ közgyűlése beemelte logójába „A minőség biztosítva” szlogent, ezzel egyidejűleg pedig elfogadta és az alapszabály részévé tette az Üzleti Etikai Kódexet. A piacon egyedülálló kezdeményezéssel azt kívánta nyomatékosítani a tagság és a vezetőség, hogy a fogyasztók és a szakma számára is egyaránt fontos a biztosításközvetítői piacon meghatározni a „best practice”-t. A IMD hosszú évek óta zajló revíziójával párhuzamosan olyan, a saját korukat megelőző szabályokat rögzített a kódex, melyek csak később kerültek hivatalos szabályozásra, vagy éppen az idén februárban kihirdetett IDD implementálása során fognak – remélhetőleg – jogszabályokban megjelenni.

Összefoglalónknak nem célja, hogy részletezze, milyen kihívásokkal szembesül – tevékenységi körtől függetlenül – egy cég vezetése, hiszen a jogszabályoknak megfelelő, profitorientált működés számos területen feltételez jártasságot, illetve követeli meg, hogy szakértőket vonjunk be a mindennapi munkába. Csak a legáltalánosabb körben gondolhatunk itt a cégjogra, adózásra és számvitelre, értékesítésre, marketingre, pénzügyi tervezésre, piacismeretre, humán erőforrás-kezelésre, munkajogra, amely sort még sokáig lehetne folytatni. Foglalkozni kívánunk viszont azzal, hogy ezen túlmenően, a szektorra jellemző szabályozásnak, illetve az alkusz funkciójának köszönhetően a figyelmet milyen további speciális területekre kell koncentrálni.

Az alkusz köteles megfelelni az ügyfélnek

Az alkusz elsődlegesen az ügyfélnek köteles megfelelni. Az alkusz az ügyfél megbízásából és érdekében jár el, a szakma elsődleges funkciója és létjogosultsága pedig éppen abban rejlik, hogy olyan pénzügyi területen nyújtson professzionális segítséget, amelynek mélyreható ismerete nem várható el az ügyféltől. Feladata a testre szabott tanácsadás, az ügyfél kockázatkezelésében való aktív részvétel és az ezzel kapcsolatos szakmai feladatok átvállalása.

Az Európai Unió biztosítási szektort érintő jogalkotása, fókuszában a fogyasztóvédelemmel, az utóbbi években folyamatosan arra törekszik, hogy egyre részletesebb és terjedelmesebb szabályozás révén biztosítsa Európa-szerte a tisztességes és megbízható üzletmenetet a biztosítások értékesítésének területén, az ügyfeleket és érdekeiket helyezve a középpontba.

A Független Biztosítási Alkuszok Magyarországi Szövetségének is elsődleges célja olyan alkuszok tömörítése, akik ezeknek a törekvéseknek ugyanúgy megfelelnek, mint a hazai és külföldi jogi szabályozás keretében, hatósági felügyelet során és bírósági gyakorlat révén meghatározott és kialakított szigorú magatartási és szakmai normáknak. Ennek érdekében már 2011-ben rögzítette minden tagjára nézve kötelező Üzleti Etikai Kódexét, amelynek alkalmazását, normáinak követését azonban tagsági körén kívül is ajánlja. Ez a dokumentum felöleli a szakszerű alkuszi tevékenységnek, az ügyfélkapcsolatok kezelésének, a függetlenség és érdekellentétek kezelésének, a díjazásnak és transzparenciának, valamint a tisztességes piaci versenynek az alapelveit.

Tilos az ügyfelet megtéveszteni.

Bár működési alapelvekről beszélünk, azok mégsem elrugaszkodott, általánosított szabályok, hanem a mindennapi gyakorlat során követendő előírások, kiemelve olyan részleteket is, ahol máig tetten érhetők hiányosságok a piacon: ilyen például az ügyfél biztatása a biztosítási szerződésnek a díj nem fizetésével történő megszüntetésére, annak következményeiről történő tájékoztatás nélkül.

Egyes pontjai jól összecsengenek a 2016 februárjában hatályba lépett és jelenleg implementációs szakaszban lévő, a biztosítási értékesítésről szóló 2016/97/EU irányelv (azaz IDD) egyes sarkalatos pontjaival. Ilyenre példa az az európai törekvés, hogy kapjon különös hangsúlyt az előzetes piacelemzés, a szükségletek és igények vizsgálata, a megfelelő rés piacra történő értékesítés és ennek utánkövetése. Ezzel összhangban rögzíti az etikai kódex, hogy az alkusz köteles az objektív biztosításszakmai szempontok mentén lefolytatott piacelemzés alapján javaslatot tenni az ügyfél feltárt igényei, szükségletei és kockázati viszonyai alapján a legalkalmasabbnak ítélt biztosítói ajánlat kiválasztására. Továbbá tilos az ügyfelet (ideértve a leendő ügyfelet is) megtéveszteni, ebbe beleértendő különösen az egyes elemeket kiragadó – főképpen a biztosítási díj vagy az alkuszi díjazás mértékét hangsúlyozó – hamis összehasonlítás.

Különös hangsúlyt fektet az irányelv az ügyfelek megfelelő tájékoztatására, kiemelve a díjazással összefüggő tájékoztatást és az összeférhetetlenség megelőzését. Ezzel kapcsol-

atban a FBAMSZ etikai kódexe a következőket rögzíti:

- az alkuszi függetlenséggel összeegyeztethetetlennek tartja a biztosítótársaságokkal létesített minden olyan, az ügyfél előtt fel nem tárt kapcsolatot (nevezetesen közvetett vagy közvetlen részesedési viszonyt, megállapodást, elszámolási módszert, illetve
- konkrét jogcímétől függetlenül minden olyan pénzbeli vagy természetbeni előnyt, szolgáltatást, juttatást és ellentételezést), mely alkalmas arra, hogy érdekellentétet teremtsen az alkuszcég és ügyfele között, és végső soron befolyásolhatja az alkuszcégnek a biztosítók közötti választással kapcsolatos tanácsát.

Erősíti a díjazásról szóló tájékoztatásra vonatkozó szabály azt is, hogy az alkuszcég az ügyfél erre irányuló kifejezett kérésére köteles tájékoztatást adni az ügyfél által fizetett vagy fizetendő biztosítási díjba épített jutalék mértékéről, valamint konkrét jogcímétől függetlenül minden egyéb olyan pénzbeli vagy természetbeni előnyről, szolgáltatásról, juttatásról és ellentételezésről, amelyben az alkuszcég az ügyfél kockázatait elvállaló biztosítótól és/vagy annak viszontbiztosítójától, illetve harmadik személytől az ügyfél biztosítási kockázatainak az elhelyezésével kapcsolatban részesül.

Az alkusz köteles megfelelni a biztosítási területet érintő, mindenkor hatályos jogszabályoknak

Az alkuszoknak nemcsak az ügyfelekkel szemben általánosan elvárható, a FBAMSZ által alapelv szintjén is megfogalmazott magatartási szabályoknak kell megfelelniük, hanem természetesen minden jogi normának, amely a biztosítási területen az alkuszok eljárását szabályozza. Az elmúlt években gyors egymásutánban jelentek meg az ezzel kapcsolatos nagyleptékű kihívások: most ünnepelhettük az új Ptk. (2013. évi V. törvény) hatálybalépésének 2. évfordulóját, emellett 2016 januárjától meg kell felelni az új biztosítási (2014. évi LXXXVIII.) törvény rendelkezéseinek is. Ezzel a biztosítási jog két legalapvetőbb jogszabálya kapott új tartalmat, amelyeknek gyakorlati alkalmazása a szakjogászok számára is kihívás, nemhogy a piaci szereplőknek, akiknek ráadásul a jog nem ismeretéből eredő közvetlen következményekkel is számolniuk kell. De nemcsak e két jogszabály változásával kellett megbirkózni a gyakorlatban, hanem például az adatvédelemmel, fogyasztóvédelemmel kapcsolatos követelmények folyamatos szigorodásával is. (Csak 2015-ben a következő rendeletek léptek életbe, amelyek újabb szabályokat fogalmaznak meg az alkuszi működésre vonatkozóan: 14/2015. (V.13.) MNB rendelet az igazgatásszolgáltatási díjról; 44/2015. (XII.29.) MNB rendelet a felügyeleti díjról, 48/2015. (XII.8.) MNB rendelet az adatszolgáltatási kötelezettségekről; 56/2015. (XII.22.) MNB rendelet az életbiztosítási igényfelmérő tartalmi elemeiről; 58/2015. (XII.22.) MNB rendelet a törzsadat-bejelentési kötelezettségről.)

A jogszabályalkotás hatalmas tempót diktál, amellyel az alkusz kénytelen felvenni a versenyt. Hathatós külső szaksegítség nélkül kénytelen egyrészt maga követni a jogszabályi változásokat, azokat értelmezni, másrészt forrást biztosítani a megfeleléshez, és kellő időben életbe léptetni a szükséges változtatásokat a cég működésén belül. Ez rendkívül időigényes, költséges, és az alkuszok még így is sokszor csak bizakodhatnak benne, hogy valóban kellő körültekintéssel jártak-e el.

A Független Biztosítási Alkuszok Magyarországi Szövetsége több oldalról igyekszik levenni

az ezzel kapcsolatos munka nagy részét tagjai válláról. A – sokszor nem túl látványos, ám annál nagyobb jelentőségű – érdekképviselési munkája során részt vesz a jogszabálytervezetekkel kapcsolatos előkészületekben, egyeztetésekben, véglegesítésben, a publikált joganyagok utánkövetésének kialakításában. Értelmezési kérdéseket vet fel, és javaslataival felhívja a figyelmet a hiányosságokra vagy a gyakorlatnak ellentmondó, illetve az annak során csak nagy nehézségek árán megvalósítható jogalkotói kezdeményezésekre.

A jogszabályi változásokkal kapcsolatosan ezután részletesen tájékoztatja a tagságot, ami nem merül ki a figyelemfelhívásban, hanem szakmai anyagokkal és előadásokkal segíti a megértést, megfelelést, valamint a gyakorlati alkalmazást.

E munkájának hatékonyságát és szakmaiságát két módon biztosítja a szövetség. Egyrészt önálló külső szakértőket vesz igénybe az egyes témákhoz igazodva. Biztosítási szakjogász segíti az érdekvédelmi tevékenységet, a módosított törvények (pl. Ptk., Bit.) kapcsán elemzést készít a változásokról, egy-egy értelmezési kérdést felvető téma kapcsán – mint például az ügyfélpenzkek kezelése – szakmai anyagot állít össze a tagság támogatására. Emellett konzultatív jelleggel, a Szövetség felkérésére részt vesz az új értékesítési irányelv implementációt előkészítő, négyoldalú (NGM-MNB-MABISZ-FBAMSZ) rendszeres informális szakmai egyeztetéseken. Fogyasztóvédelmi szakértő dolgozik azon, hogy naprakész tájékoztatást kapjanak a tagok a jogszabályi változásokról, kiemelve ezen a területen a panaszkezelést. Adószakértő segíti a Szövetség munkáját eseti jelleggel, ha adózási vagy számviteli kérdés merül fel, mint például az alvállalkozói költségelszámolásának lehetősége az iparűzési adózás rendjében.

Másrészt – a külső szakértők bevonásán túl – a Szövetség szekciókat hozott létre annak érdekében, hogy a tagság meghatározott speciális területeken csoportokban dolgozzon, koncentrálva az oda tartozó jogszabályokra, gyakorlati problémákra, jövőbeni fejlődési lehetőségekre.

Az alkusz köteles megfelelni a pénzügyi felügyeletnek (MNB)

A formálisan kötelező jogszabályi kereteken túlmenően az alkusz köteles megfelelni ellenőrző hatóságának, a Magyar Nemzeti Banknak is. Jogszabályalkotói minőségén és a gyakorlatot formáló ajánláskibocsátási jogkörén túl szót kell ejtenünk arról, hogy az alkuszi piacon az elmúlt időszakban erőteljesen megnőtt a felügyeleti prudenciális és fogyasztóvédelmi vizsgálatok száma, és a bírságok sem maradtak el.

Kiemelt vizsgálati területnek bizonyult az elmúlt évben a tájékoztatási kötelezettség maradéktalan betartása, az alkuszi nyilvántartás, az összeférhetlenségek kiszűrése, a regisztráció nélküli közvetítés visszaszorítása és a biztosítási termékek bemutatását, összehasonlítását szolgáló és a biztosításközvetítés során használt elektronikus felületekről szóló 5/2015. (V. 05.) számú MNB ajánlásnak (azaz az „Online ajánlásnak”) való megfelelés. Helyszíni vizsgálatokra, próbavásárlásokra került sor. Kezdetben ez – mondhatni – váratlanul érte az alkuszokat, mára azonban a hétköznapi működés részévé vált olyan értelemben, hogy a brókerek számítanak arra, hogy vizsgálatot kaphatnak, így ezzel együtt folyamatosan növekszik az igény arra, hogy megfelelő tájékoztatásban részesüljenek arról, hogyan felelhetnek meg a felügyeleti követel-

ményeknek, illetve hogy milyen körben végez vizsgálatot a hatóság.

Megnőtt a felügyeleti vizsgálatok száma.

A FBAMSZ a fentiekben részletezett szakértői segítségén kívül úgy segíti tagjait, hogy fórumot biztosít zárt online rendszerben és rendezvényein a tapasztalatcserére, kérdésfelvetésre, valamint a témában külön előadást is szervezett annak érdekében, hogy a tagok minél több gyakorlati információt szerezzenek a vizsgálatokról. Amennyiben pedig saját működésükben hiányosságot fedeznek fel, azt a lehető leghamarabb, adott esetben felügyeleti vizsgálat nélkül is korrigálhassák, ezzel növelve a tagok prudens és fogyasztóközpontú működését.

Az alkuszokat az elmúlt években, különösen 2015-ben nagy kihívás elé állította a kötelező felügyeleti adatszolgáltatás, amely bővített, részletesebb adatállomány megküldését követelte meg. Sokféle értelmezési kérdés merült fel a kért adatokkal kapcsolatban, és nehézséget okozott, hogy csak utólag derült ki, milyen adatokat és milyen formában kellett volna gyűjteni az előző év folyamán. Ezt a kérdést a FBAMSZ-on belül az IT szekció vette kézbe, amely 24 biztosítót keresett meg az adatszolgáltatással kapcsolatban annak érdekében, hogy a tagok használható formában kapjanak tájékoztatást a felügyeletet természetes módon érdeklő adatokról. A szekció emellett segítséget nyújtott az értelmezésben és kitöltésben, külön rendezvényeken tájékoztatta a tagságot a fejleményekről, és válaszolt a felmerült kérdésekre, illetve online platformon keresztül biztosította az információcserét.

Az MNB Online Ajánlásának kidolgozásában is eredményesen részt vett az IT és az Online szekció azzal a céllal, hogy az eredetileg kibocsátásra szánt dokumentumot a gyakorlathoz igazítsák, és kellőképpen finomítsák. Ezt szintén a tagság felkészítése követte előadás és szakmai segédlet formájában.

Az új Bit. a 2015. év végén felvetette a szakmai felelősségbiztosítás utófedezetének kérdését. A szakmai szempontból – főleg az állományátruházás szempontjából – támogatott rendelkezés gyakorlati megvalósítása kapcsán a biztosítók és az alkuszok részéről is felmerült az igény, hogy a jogalkotó szabja meg, milyen, a gyakorlat szempontjából „elégészes” hosszúságú időbeli hatályt tart elfogadhatónak, hiszen a biztosító számára elengedhetetlen, hogy kalkulálni tudja a vállalt kockázatot, az alkuszok pedig tartanak a fedezetbővítéssel járó díjkülönbözettől. Közös fellépéssel sikerült elérni, hogy a 44/2015. (III.12.) Korm. rendelet 2016. január 2-i hatálybalépésekor már fennálló felelősségbiztosítási szerződések esetén az új szabályokat legkésőbb egy éven belül kelljen alkalmazni, és ígéret született az utófedezet időbeli hatályának pontosítására, amellyel kapcsolatban a Szövetség további érdekvédelmi konzultációt folytat.

Az alkusz köteles megfelelni a biztosítók elvárásainak

Még tovább vizsgálva azt a kérdést, hogyan biztosíthatja a minőségi szolgáltatást egy független alkusz, természetesen jutunk el oda, hogy köteles jó kapcsolatot ápolni, együttműködni biztosító partnereivel, és megfelelni az általuk támasztott követelményeknek is. Túl azon, hogy

egy minőségi szolgáltatást nyújtó alkusz köteles az értékesített termékeket részleteiben ismerni, érteni és az ajánlásuk/értékesítésük során – az ügyfél tájékoztatására kiemelt hangsúlyt fektetve – a szükségleteknek megfelelő optimális megoldást kínálni, a biztosítókkal való együttműködés enélkül jóval tovább megy.

Elsőként azt érdemes vizsgálni, hogy vajon képes-e saját érdekeit érvényesíteni egy kisebb alkusz a méreténél és piaci pozíciójánál fogva sokkal erősebb társasággal szemben, amikor együttműködésre lép egy biztosítótársasággal, és megállapodást kötnek. Képes-e a – sok esetben rosszhiszemű partnerekre kihagyott – sztenderd együttműködési megállapodások keretein változtatni, ha egyes pontjaival nem ért egyet, nem felel meg a működésének, vagy a jogok és kötelezettségek szempontjából aránytalannak találja, esetleg hiányol bizonyos rendelkezéseket? A gyakorlat azt mutatja, hogy az esetek többségében nem. A szakmai szövetség feladata ebben a körben a teljes tagság érdekeinek képviselője, ideértve a legkisebbeket is. A FBAMSZ külön szekciót hozott létre a kétoldalú kapcsolatok ápolására, amelynek kiemelt feladata előzetes egyeztetéseket folytatni a biztosítók által kibocsátott új együttműködési megállapodásokkal kapcsolatban. Ennek célja, hogy mindkét fél számára elfogadható szerződésstruktúrák kerüljenek a tagsághoz, és a szerződésekkel kapcsolatos kifogásokat lehetőség szerint egységesen lehessen kezelni, közös nevezőt keresve.

A mindennapi munka során további problémák is felmerülnek, amelyek megnehezítik a gyors és precíz alkuszi munkát. A Szövetség IT szekciója elhivatottan küzd az állománylisták és jutalékjegyzékek sztenderdizálásáért, a korszerű webszerver-kapcsolat kiépítéséért az állományok lekérdezésére, mivel többletmunkát és többletköltséget eredményez, ha amennyi biztosító működik a piacon, annyi formában biztosít hozzáférést az ügyfél vagy az alkusz adataihoz. A gépjármű szekció pedig szeretné elérni, hogy a Központi kártörténeti nyilvántartót megnyissák az ügyfelek számára, tekintettel arra, hogy az ügyfelek nincsenek tisztában a róluk nyilvántartott adatokkal, ami nagymértékben meghatározza a kötelező felelősségbiztosítási szerződésük díját. További törekvése a szekciónak, hogy újraszabályozzák a kgfb-flottaszerződéseket, és bevezessék a direkt kárrendezést. Emellett jelenleg is folyik a munka a MABISZ-szal és MNB-vel az elektronikus alkuszi megbízás gyakorlatban is megfelelő módon történő alkalmazhatóságával kapcsolatban.

Évi legalább 15 óra továbbképzésen kell részt venni.

A gépjármű-biztosításoknál maradványként nagy kihívást jelent és jelentett az alkuszok számára az Astra Biztosító felszámolása és a vonatkozó rendezetlen, illetve bonyolult, a román jogrendszerre is kiterjedő jogi környezet, a megfelelő tájékoztatás hiánya; valamint a KÖBE (Közlekedési Biztosító Egyesület) tevékenységének részleges, időszakos felfüggesztése. A folyamatos, naprakész tájékoztatáson túl a Szövetség hívta fel az MNB figyelmét az Astra Biztosító felszámolása okán szükségessé vált törvénymódosítás pontatlanságára: amennyiben az ügyfél nem mondja fel szerződését, illetve nem köt új szerződést az évfordulóval, akkor nem szűnik meg a szerződése, ami további számos problémát okozhat, és amelyre így a jogalkotó, pontosabban a felügyelet rövid időn belül tudott reagálni. Emellett folyamatosan kezelte a biztosító szerződési nyilvántartásából, adatközlési hiányosságaiából eredő problémákat, mint például a bónuszok átvezetése, kárkifizetés, kárbejelentés, díjvisszatérítés.

Az alkusz köteles naprakésznek lenni

Végezetül, de nem utolsósorban, ha az alkusz megfelel a működésével kapcsolatos alapkövetelményeknek, ügyfélközpontú tevékenységet folytat, megfelel a jogszabályoknak, a felügyeleti követelményeknek, és zökkenőmentes, gyümölcsöző kapcsolatot ápol biztosító partnereivel, még mindig hátravan az az elvárás, hogy folyamatosan naprakész tudással, szakismerettel rendelkezzen, és ezt minden egyes alkalmazottja esetében vizsgálja, illetve biztosítsa.

A biztosítók folyamatos termékfejlesztéseinek sodrásában, a folyamatosan bővülő termékínálat, a jelenleg elvárt termékszintű ismeretek és a cégen belüli fluktuáció mellett ez közel sem egyszerű feladat, különösen a kisebb méretű alkuszcégek esetében, amelyeknek nincs a szervezeten belül kialakított oktatási, ismeretellenőrzési rendszere. Ráadásul az új, most már nem biztosításközvetítési, hanem a bővített (scope) hatály miatt biztosítási értékesítési irányelvvel is szigorodni fognak a képzési követelmények, amikor minimum elvárásaként rögzítik majd, hogy évi legalább 15 óra továbbképzésen kell részt venni. Ebben a körben a Szövetség oktatási szekciójának feladata, hogy szakmai képzéseket, továbbképzéseket szervezzen, az IDD által meghatározott képzésekkel kapcsolatos lobbitevékenységet végezzen, és modern, webinariumi keretek között még szélesebb körben biztosítsa tagjai számára az oktatáshoz való hozzáférést. A szekció jövőbeni célja az, hogy a Szövetség által szervezett képzések beleszámítsanak a jogszabályi megfelelést biztosító kreditpontokba.

Mint a fenti áttekintés bemutatta, egy minőségi alkuszcég számtalan szabálynak, kötelezettségnek és elvárásnak tesz eleget egyidejűleg. Amikor a megbízó egy alkuszcéggel partneri kapcsolatba lép, ritkán képes felmérni, hogy a megbízást kapó bróker vajon mennyire teljesíti a minőségi működés követelményeit.

A FBAMSZ mint érdekvédelmi szövetség a törvények, rendeletek, ajánlások, szabályozások kialakítása során állhatatosan és minőségi módon képviseli tagsága érdekeit. Ugyanakkor tagcégeit közvetlenül is segíti abban, hogy működésük minden – így prudenciális és fogyasztóvédelmi szempontból is – megfeleljen az elvárásoknak.

FORRÁSOK

- Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/97 irányelve (2016. január 20.) a biztosítási értékesítésről (átdolgozás) - „IDD”
 2013. évi V. törvény. a Polgári Törvénykönyvről
 2014. évi LXXXVIII. törvény a biztosítási tevékenységről
 14/2015. (V.13.) MNB rendelet az igazgatásslátszólgáltatási díjról
 44/2015. (XII.29.) MNB rendelet a felügyeleti díjról
 48/2015. (XII.8.) MNB rendelet az adatszolgáltatási kötelezettségekről
 56/2015. (XII.22.) MNB rendelet az életbiztosítási igényfelmérő tartalmi elemeiről
 58/2015. (XII.22.) MNB rendelet a törzsadat-bejelentési kötelezettségről
 44/2015. (III.12.) Korm. rendelet a többes ügynöki és az alkuszi felelősségbiztosítási szerződés minimális tartalmi követelményeiről
 <<http://www.pwc.com/gx/en/insurance/publications/assets/reaping-dividends-cyber-resilience.pdf>> [Letöltve: 2015.10.30].
 5/2015. (V. 05.) számú MNB ajánlás a biztosítási termékek bemutatását, összehasonlítását szolgáló és a biztosításközvetítés során használt elektronikus felületekről
 A Független Magyar Biztosítási Alkuszok Üzleti Etikai Kódexe

A MAGÁNFINANSZÍROZÁS HELYE A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN; FORRÁSHIÁNYBAN AZ EGÉSZSÉGÜGY – MIT TEHETNEK A BIZTOSÍTÓK?

Prof. Gulácsi László (tanszékvezető egyetemi tanár, Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék, Budapesti Corvinus Egyetem)

ÖSSZEFOGLALÓ

Jelen cikk a Portfolio Biztosítás 2016. március 1-jén megtartott konferencia panelbeszélgetése nyomán készült, melynek résztvevői a magyar egészségügyi rendszer jelenlegi helyzetét vitatták meg részletes módon. A beszélgetés azokra a kihívásokra koncentrált, melyekkel a magán-egészségügyi szolgáltatók és a biztosítótársaságok szembesülnek a kérdés kapcsán.

SUMMARY

The recent article is based on the round table discussion which was held on Portfolio Insurance 2016 Conference on 1st of March. Participants thoroughly discussed the present situation of the Hungarian health care system. The exchange of view focused on challenges that private health care providers and private insurance companies face.

Kulcsszavak: Egészségbiztosítás, magánegészségügy, minőség, költség, Magyarország
Keywords: Health insurance, private health care, quality of health care, cost of health care, Hungary

JEL: I11

DOI: 10.18530/BK.2016.2.88

<http://dx.doi.org/1018530/BK.2016.2.88>

A magánfinanszírozás, magánegészségügy egyre nagyobb súllyal van jelen a hazai egészségügyben. Ma már inkább az a megfelelő kérdés, hogy: Mi az állami finanszírozás helye a hazai egészségügyben? A magánszolgáltatók, a magánbiztosítók és az állami egészségügy, egészségpolitika, finanszírozás oldalán jelentős mennyiségű tapasztalat halmozódott fel, az állami-magán együttműködéssel kapcsolatosan. A további fejlődésnek, több más tényező (jogilag szabályozott tiszta keretrendszer fejletlensége) mellett, az adatok hiánya szab gátat. Minőségre és költségekre vonatkozó adatok nélkül egy szolgáltató szektor megfelelő működése/működtetése elképzelhetetlen.

A magánszféra és az állami pozitívan és negatívan hathat egymásra, és egymás lehetőségeit egyértelműen behatárolják. Az állami-magán szembeállítás kontraproduktív, ezek az ellátási formák akkor tudnak magas színvonalon és hatékonyan működni, ha ezek egységes rendszert képeznek.

Ezt a kérdéskört vitatta meg a Portfolio Biztosítás 2016 konferencia panelbeszélgetése, március 1-jén a Budavári Hiltonban. A beszélgetés résztvevői voltak: Bóna Katalin, életbiztosítási ügyvezető igazgató, Union Biztosító; Lantos Gabriella, operatív igazgató, igazgatósági tag, Róbert Károly Magánkórház; Zahal Levy, elnök, MediHelp International, Dr. Schiszler István, igazgató, Duna Medical Center Szakrendelő és Sebészeti Központ és Vadas-Földvári Anett, az igazgatóság elnöke, Vienna Life Biztosító.

Előzmények

Ezzel a kiemelten fontos témával többen foglalkoztak az elmúlt években (Kovács és mtsai. 2015). Egy hosszabb összefoglaló anyagot magunk is közzeltünk a Biztosítási Szemlében korábban (Gulácsi és mtsai., 2013), melynek legfontosabb megállapításai a következők voltak:

a) A hazai kutatások szerint a lakosság hajlandó és képes is fizetni egy jelenleginél jobb minőségű egészségügyi ellátásért, és ez az összeg elegendő egy magán-egészségügyi biztosítást is magában foglaló rendszer gyorsabb fejlődéséhez.

b) A magánszolgáltatók és a biztosítók kapcsolata már most is kiterjedt, a további fejlődés érdekében azonban további alapozó munkára van szükség. Válaszolni kell azokra a kérdésekre, hogy ki (lakosság, egészségügyi szolgáltató, biztosító) és mit vár el egymástól, milyen minőségben, áron és szerződéses feltételek mellett.

c) Az egészségügyi ellátás minősége hazánkban mind az állami, mind a magán szektorban ismeretlen, ezt sem szakmai, sem állami szervezet nem ellenőrzi.

d) A társadalombiztosítás által finanszírozott, „alap ellátási csomag”-hoz való viszony tisztázása megkerülhetetlennek látszik. Az öngondoskodás megköveteli azt, hogy a lakosság tudja, mely területeken „öngondoskodjon” magáról és családtagjairól. Az a szolgáltatás, amelyet a lakosság hálapénz ellenében vehet igénybe, nem része az „alap ellátási csomagnak”.

e) Egyetértés van abban, hogy a demográfiai változások, a lakosság elöregedése miatt az ápolásbiztosítás valószínűleg a magánszolgáltatás, magánbiztosítás egyik legfontosabb területe lesz hosszútávon. Ennek alapja és keretei azonban egyelőre nem tisztázottak.

Felvetettük, hogy az egyre szűkülő állami egészségügyi finanszírozás mellett hazánkban, ahol a lakosság egészségügyi magánfinanszírozása eléri a 35,4 százalékot (OECD)², négy lehetséges kimenet van:

- a lakosság egy részének részleges vagy teljes kizárása a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyből,
- a magán szolgáltatás, magánbiztosítás valamilyen rendszerének nagyobb térnyerése,
- az „alapellátási csomag” szűkítése,
- a minőség romlása (Gulácsi és mtsai., 2013)

A lakosság hajlandó és képes fizetni egy jelenleginél jobb minőségű egészségügyi ellátásért.

A panelbeszélgetés céljai és a jelenlegi helyzet

Ennek a rövid, egy óra időtartamú panelbeszélgetésnek a célja az volt, hogy megvizsgáljuk, van-e hazánkban jelenleg igény a magánfinanszírozás, magánbiztosítás további fejlődésére, milyen dinamikájú lehet ez a fejlődés, és az ebben érintetteknek, a biztosítóknak és szolgáltatóknak milyen céljaik vannak, céljaik elérése érdekében mit várnak egymástól.

A következőkben a beszélgetésben elhangzottakat foglaljuk össze. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy panel résztvevői és a hozzászólók száma limitált, a minta nem reprezentatív. Azonban ezek a vélemények más konferenciákon már nagyon hasonlóan elhangzottak, ezért úgy gondoljuk, hogy a legfontosabb megállapítások, legalább hipotézisek szintjén megfogalmazhatók.

A beszélgetés első részében elmondottakból kiderült, hogy a magán szolgáltatók által ellátott betegek száma az elmúlt években jelentősen nőtt, évente két számjegyű növekedést mutatott. Ennek oka a szolgáltatók véleménye szerint a jobb minőségű, várólista- és várakozásmentes ellátás és a jobb beteginformáció. A szolgáltatók úgy vélik, ez a tendencia a következő években is folytatódni fog.

A biztosítók helyzetértékelése azt mutatja, hogy több száz, kiváló minőségű szolgáltatóval vannak szerződéses kapcsolatban, és az országos lefedettség is megoldott. Ugyanakkor a néhány évvel ezelőtti 400 md Ft. potenciálra becsült (Portfólio Biztosítási Konferencia 2012) egészségbiztosítási piac 2015-ös nagysága 33 600 betegbiztosítási szerződés (2014-ben 32 700) díjbevétele 13,9 Mrd Ft (2014-ben 11,9 Mrd Ft), amely a néhány évvel ezelőtti várakozásoktól jelentősen elmarad (Lenkei 2016). Az elmúlt években a magán-egészségügyi szolgáltató szektor növekedése dinamikusabb volt, mint a releváns biztosítási termékeké.

Az elmondottak alapján úgy tűnik, hogy habár a biztosítók a szolgáltatókkal (illetve szolgáltatás szervezővel) szerződéses kapcsolatban vannak, mélyebb szakmai kapcsolat illetve együttműködés nincs közöttük

Ennek több oka is valószínűsíthető. Az egyik az, hogy Magyarországon 2012. január 1.

előtt³ a magán-egészségbiztosítási piac gyakorlatilag összegbiztosításokra korlátozódott. Azaz egy előre meghatározott káresemény (keresőképtelen állományba kerülés, műtéti beavatkozás, maradandó egészségkárosodás) bekövetkezése esetén fix, előre rögzített összeget fizet a biztosító. Ennél a biztosítási típusnál a térítés nagysága közvetlenül nem függ össze az adott betegség ellátásának költségével. A biztosító a biztosítottnak fizet, aki a kapott összeget kötöttségek nélkül szabadon elköltheti. Ezeket az összegbiztosítási konstrukciókat nem tekintik „igazi” egészségbiztosításnak, szemben az egészségügyi ellátás költségeit részben vagy egészben fedező „valódi” egészségbiztosításokkal (szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás). Ez az összegbiztosítás, amelynek arányára a 13,9 Mrd Ft. díjbevételel belül nem találtunk információt, nem igényel biztosító-szolgáltató együttműködést.

A másik az, hogy az egészségbiztosítási szerződést akkor lehet megkötni, ha az ügyfél egészséges, és vállalkozik arra, hogy hosszú időn keresztül fizet átalánydíjat esetleg káresemény nélkül. Ez komoly egyéni előrelátást feltételez, amennyiben a csatlakozás önkéntes. Ettől jelentősen eltérő a másik, a „kötelezően” magánbiztosított biztosított csoport, akik számára a munkaadó vásárolt biztosítást. Az egyes biztosítók esetén ennek a 2 csoportnak az aránya nem ismert, feltételezzük, hogy nagyjából 50-50 százalék. A 19-65 éves korúak számára igénybe vehető biztosítottak kormegoszlása azt mutatja, hogy nagy részük 30-49 éves. A biztosítás a járóbeteg-ellátás, a diagnosztika és a laboratóriumi vizsgálatok területén nyújt szolgáltatásokat, amelyek esetén az önkéntes csoportba tartozók kárgyakorisága 50-100 százalékkal meghaladja a „kötelező” csoportét (Hevesi, 2015). A szerződés megkötésekor ismert betegséggel nem rendelkező, 30-49 éves, feltehetően a társadalmi átlaghoz viszonyítva jobb anyagiakkal és iskolázottsággal rendelkező biztosított kör, köztük is különösen azok, akik kötelezően biztosítottak, egészségügyi ellátásának költsége nem különösebben jelentős (mondjuk az idősebb, krónikus betegek fekvőbeteg-ellátásához viszonyítva).

Nem tisztázták a magánbiztosítói - állami fekvőbeteg-ellátó együttműködésének a lehetőségei.

Ezzel szemben az egészségügyi szolgáltatóhoz akkor fordulnak a betegek, amikor szükség van rá, és olyan mértékben veszik igénybe, amennyire azt orvosaik szükségesnek látják. A magánellátás is jellemzően járóbeteg-ellátást kínál, amit az előzőekben is leírtaknak megfelelően nem túl gyakran és nem túlságosan nagy összegben vesznek igénybe az emberek. Érdekes kérdés ezzel kapcsolatosan az is, hogy ezeknek a magán szolgáltatásoknak az igénybevétele tehermentesíti-e az állami egészségügyet, vagy esetleg a diagnosztika, szűrés és laboratóriumi vizsgálatok elvégzése megnöveli-e az állami egészségügy költségeit.

Amennyiben a biztosító az ügyfél igényét minél szélesebb palettán igyekszik kielégíteni, akkor ehhez hozzátartozik a fekvőbeteg-ellátás is, amelynek túlnyomórészt jelenleg az állami infrastruktúra kínálja. Ezen a területen azonban nem tisztázták a magánbiztosítói-állami fekvőbeteg-ellátó együttműködésének a lehetőségei. A magán szolgáltatók ezen a területen korlátozott kapacitást kínálnak a magas belépési korlát miatt. Ezért a már meglévő magán-

szolgáltatók nagyjából járóbeteg-ellátók, és egy napos beavatkozást⁵ végeznek. A fekvőbeteg-ellátás területéről a biztosítók számára hiányoznak a megfelelő statisztikák (esetszám, demográfiai jellemzők, beavatkozások, kimenet és költség), a biztosítók ezek nélkül nehezen tudnak ellátást rászervezni.

Biztosítók és egészségügyi szolgáltatók; ki fontos kinek és mennyire?

A panel résztvevői egy képzeletbeli 1-től 10-ig terjedő skálán jelölték meg azt az értéket, hogy napjainkban mennyire fontos számukra a másik féllel való együttműködés (a skálán a 0 az egyáltalán nem fontos, a 10-es a nagyon fontos érték). A biztosítók az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés fontosságát ezen a skálán 8-9-es értékre becsülték, míg a szolgáltatók számára a biztosítók fontossága valahol a 0-1 érték körül mozog. A résztvevők száma kicsi, de mivel a különbség nagyon nagy, és korábban hasonló környezetben adott válaszoknak is megfelel, ezért hipotézisként feltételezhetjük, hogy a szolgáltatók és a biztosítók nagyon eltérően ítélik meg azt, hogy számukra mennyire fontos a másik fél.

A magánszolgáltatók szolgáltatásait igénybe vevők nagyobb része nem rendelkezik magánbiztosítással.

Ebből talán arra lehet következtetni, hogy az egészségügyben egy éretlen magánfinanszírozási, magánbiztosítási piacról beszélhetünk, abban az értelemben, hogy a biztosítás létéből származó előnyök (például kockázatmegosztás) jelenleg korlátozottan érvényesülnek⁶. A beszélgetés során elhangzott, hogy a magánszolgáltatók szolgáltatásait igénybe vevők nagyobb része nem rendelkezik magánbiztosítással, a költségeket egészségpénztáron keresztül térítik, vagy saját maguk fizetik. Ezeket a költségeket a járóbeteg- és egy napos ellátások esetén a lakosság egy része meg tudja fizetni. A fekvőbeteg-ellátás esetén aligha megkerülhető a biztosítók oldaláról az állami infrastruktúra elérése és valamiféle költségmegosztás az állami egészségügygel.

Milyen ellátást biztosít a magánszolgáltató, miben jobb? És ez honnan tudható?

Érdekes és a jövőbeni folyamatokra hatással levő kérdés, hogy milyen szolgáltatásokat nyújt a magánszolgáltató. Erről megoszlanak a vélemények, kutatási eredményekkel pedig nem rendelkezünk.

Egyes vélemények szerint a magánszolgáltató a járóbeteg- és egy napos ellátás területén nagyjából ugyanazon egészségügyi ellátásokat biztosítja, mint az állami finanszírozású egészségügy, de ezt kiszámíthatóan, várólista nélkül, kellemes környezetben, jobb minőségben teszi. Emellett a betegek részletes tájékoztatást kapnak a beavatkozásokról és azok várható kimeneteléről, a gyógyulás folyamatáról és az esetleges nemkívánatos mellékhatásokról.

Más vélemények szerint a magánegészségügy, köszönhetően a modernebb technológiájának, jobb és költségesebb műszerparkjának és jobb szakembereinek, olyan ellátásokat,

beavatkozásokat nyújt, amelyekre az állami finanszírozású egészségügy nem képes. A betegek tájékoztatását ebben az esetben is fontos szempontként említették a magánszolgáltatók.

Az, hogy melyik állítás a jellemző/igaz, illetve ezek az egyes konkrét ellátási területeken milyen arányban vannak jelen, több szempontból is fontos. Tekintsük át röviden a következő két területet: a minőséget és a költséget.

Minőség

A biztosítók számos magánszolgáltatóval állnak kapcsolatban, amelyeknek a kiválasztása során fontos szempontnak tartják a szolgáltatások minőségét. Arról azonban, hogy ez a gyakorlatban hogyan valósul meg, nem rendelkezünk információval.

Feltételezhetnénk, hogy abban az esetben, amikor a magánszolgáltató nagyjából azonos szolgáltatást nyújt, mint az állami, csak össze kell hasonlítani az állami és a magánegészségügy minőségi indikátorait⁷ (a betegek gyógyulása, életminősége, munkaképesség visszaszerzése, túlélési arányok, megbízhatóság, kórházi fertőzések), és eldönthető, hogy ki a jobb. Mivel azonban a hazai állami finanszírozású egészségügy minőségéről igen keveset tudunk, ezt az összehasonlítást nem tudjuk elvégezni. A magánszolgáltató megteheti, hogy az adott szakma nemzetközi adataihoz⁸ hasonlítja saját minőségi szintjét. Ez megfelelő menedzsment elkötelezettséggel, szakértelemmel és megfelelő források rendelkezésre állása esetén megvalósítható. A minőség és biztonság garantálása lényeges része lehet a biztosítóval kötött szerződésnek.

Amennyiben a magánegészségügy olyan szolgáltatásokat nyújt, amelyekre az állami finanszírozású egészségügy valamilyen okból nem képes, akkor csak a nemzetközi összehasonlítás a járható út⁹. Ebben az esetben keresni kell olyan standardizált összehasonlítási lehetőséget, ahol azonos/hasonló jellemzőkkel (életkor, nem, betegség súlyossága) leírható betegek, hasonló irányelvek és finanszírozás által meghatározott környezetben részesülnek azonos/hasonló ellátásban. Szakmailag ez is megvalósítható, viszont hazai normák hiányában érdekes kérdések merülnek fel a magánsektor állami szabályozásával, a szolgáltatások garanciális kötelezettségeivel és az esetleges jogi folyamatokkal kapcsolatban. (A szolgáltatásminőségről alkotott véleményünk lényegében attól függ, mely szolgáltató, milyen betegcsoporttal elért minőségéhez hasonlítjuk magunkat, és milyen módszertant alkalmazunk.)

A minőség garantálása lényeges része a biztosítóval kötött szerződésnek.

Példa minőségre: egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések

A következő példa azt mutatja, hogy miként kapcsolódnak az üzleti biztosítók és magánszolgáltatók a minőségjavulás lehetőségéhez, szükségességéhez. Mivel kórházi ellátás hazánkban túlnyomórészt társadalombiztosítási finanszírozással vehető igénybe, így a minőséggel kapcsolatos problémák elsősorban az állami szektor problémái. Látszólag. Amennyiben azonban

a biztosítók és a magán szolgáltatók a fekvőbeteg-ellátás területén is szerződnek, alapvetően társadalombiztosítási finanszírozásban részesülő partnerekkel, abban a pillanatban a minőségi kérdések, az ezzel kapcsolatos költségek és garanciális kötelezettségek valamennyi felet érintik. Ez a közös érdek, a magánellátás feltehetően magasabb elvárásai pozitív hatást gyakorolhatnak az állami szektor minőségére is.

Azt, hogy milyen jellegű szakmai kérdésekkel kell szembenéznünk, napjainkban (2016. április) a sajtóban gyakran szereplő példán, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések (Healthcare-associated Infections - HAI) példáján mutatjuk be röviden. Korábban neveztek ezt nozokómiális fertőzésnek, kórházi fertőzésnek is, napjainkban az elterjedt az „egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések” kifejezés (továbbiakban HAI). A HAI az egészségügyi ellátással kapcsolatosan jelentkezik, és kialakulásának rizikója külső és belső tényezőktől függ. A külső, betegről független tényezők közé tartozik például, hogy milyen beavatkozásra van szükség, kell-e katéter, lélegeztetés és ha igen milyen hosszan, milyen típusú a műtéti beavatkozás (aszéptikus környezettől az igen, széptikus környezetig), milyen hosszú a műtéti beavatkozás. Minél hosszabb egy műtét vagy lélegeztetés, annál nagyobb az esély, hogy a betegnek véráramfertőzése vagy tüdőgyulladás alakul ki. A különböző beavatkozások hossza orvosi szempontoktól, az ápolástól és a menedzsment megfelelőségétől függ. Nagy fertőzési rizikó különbséget okoz például, hogy egy műtét tervezett volt-e, vagy sem.

A belső, betegről függő tényezők például a beteg kora és betegségének előzményei. Azonos osztályon, azonos sebészeti csoport által elvégzett műtét esetén például jelentősen különböző fertőzési rizikóval kell szembenéznie egy 18 éves olimpikonnak, és mondjuk a 80 éves, évtizedek óta cukorbeteg, magasvérnyomásos, jelentősen túlsúlyos nagymamájának.

A fejlett országokban szokásosan rendelkezésre álló adatokkal nem rendelkezünk.

Van tehát egy betegről, beavatkozástól, ellátóhelytől függő rizikó (és konkrét fertőzési előfordulási arány), amely az orvostudomány/egészségügy adott fejlettségi szintjén várhatóan bekövetkezik. Ez a fertőzési arány annál magasabb, minél intenzívebb ellátást nyújt egy kórház/osztály, azaz minél súlyosabbak az ott kezelt betegek. Ezek a betegek sok esetben éppen azért fertőződhetnek meg, mert a fejlett technológia eredményeképpen túlélnek azt a súlyos állapotot, amelybe egy-két évtizede még behaltak volna. A technológia fejlődése tehát egyrészt lehetőséget ad a fertőzések számának kontrollálására, másrészt növeli annak rizikóját. Nem lehet megmondani előre, hogy a két hatás eredményeképpen egy adott egészségügyi szolgáltatónál, például kórházban, csökken vagy nő a fertőzések, ezen belül a súlyos fertőzések száma. Ezt standardizált definíciók alapján gyűjtött adatok összehasonlításával lehet és kell vizsgálni. Erre azért van szükség, mert a HAI definíciója eltér a szokásos orvosi definíciótól, hiszen itt az időtáv is szerepet játszik. Másrészt például a fertőzési arányokat közölhetjük kórházi felvétellel, betegre, 1000 ápolási napra vetítve, vagy másképp. Azt hogy egy adott kórházban a fertőzések aránya kiváló vagy nagyon rossz, csak a hasonló hazai és nemzetközi ellátóhelyekkel való

összehasonlítás alapján lehet megmondani, standardizált, rizikót is figyelembe vevő adatok segítségével – másképp nem. Hazánkban ilyen összehasonlítást és minőségi fejlesztést célzó standardizált adatgyűjtés nem folyik. Ezt jól példázza az egyik veszélyes kórokozó, a Clostridium difficile-fertőzések előfordulása, amelyről szintén nem rendelkezünk hazánkban megfelelő adatokkal (Gulácsi és mtsai., 2013).

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések és a beteginformáció is érdekes kérdéseket vet fel. Mely adatok és mikor álljanak rendelkezésre, és kinek? A gyűjtött adatok vagy a rizikót figyelembe vevő összehasonlítást lehetővé tevő adatok, és mikor? A fejlett országokban szokásosan rendelkezésre álló adatokkal pedig nem rendelkezünk.

A jelenleg rendelkezésre álló adatok (nem nagyon vannak ilyenek), az infekciókontroll szakemberek számára is nehezen vagy sehogy sem értelmezhetők. Tehát nem az a gond, hogy az adatok titkosak vagy sem, hanem az, hogy a megfelelő adatok hiányoznak. Hazánkban 2015. januártól az OSZIR (Országos Szakmai Információs Rendszer) rendszerében folyik az adatgyűjtés. Az OEK (Országos Epidemiológiai Központ) begyűjti az adatokat, és összesített adatokat publikál az Epiinfo című lapba. Ezzel több probléma is van. Az egyik az, hogy a gyűjtött adatok minőségét, validitását nem ellenőrzik, és a feldolgozás módszertana sem ismert. A másik az, hogy ebből az egészségügyi intézmények semmit nem tudnak meg a saját infekcióhelyzetükről, ha ezt meg akarják ismerni, akkor helyi adatgyűjtési rendszereket működtetnek (esetleg ahányan annyiféle), pedig ennek a munkának a lényege az összehasonlíthatóság. Ezen a fejlődési fázison – titkos vagy nem titkos az adat?, milyen információ álljon rendelkezésre a szolgáltatóról (és biztosítóról!)?, kinek, milyen formában és mikor? – a fejlett országok is keresztülmentek a 90-es években. Ezeknek a vitáknak mindenütt az lett a vége, hogy az adatokat hozzáférhetővé kellett tenni (nagyok az országok közötti különbségek).

Úgy tűnik, a szakmai szervezetek információigénye és a biztosítók és a szolgáltatók jobb együttműködésének az igénye talán abba az irányba hat, hogy ezek az egyeztetések és a szakmai munka megkezdődhessen hazánkban is.

Költség, finanszírozás

A költség- és szektorsemleges finanszírozás kérdésének szempontjából jó példa az állami és a magán szektor által is végzett egynapos sebészet, amelynek több előnye is lehet. Az egynapos sebészet potenciálisan kevésbé költséges és gyorsabb az alacsony rizikójú beavatkozások esetén. A betegek és egészségügyi szakemberek számára jobb helyeken (megközelíthetőség) biztosítható, nincs éjszakázás/hétvége (a megfelelő munkaerő biztosítása elsődleges szemponttá vált). Az ellátó kevés fajta beavatkozást végez, emiatt jobb lehet a minőség, és alacsonyabb a költség, mint a kórházakban, ahol nagyszámú különböző beavatkozást végeznek. A fontos kérdés ezzel kapcsolatosan az, hogy különböző-e az egynapos ellátás és a kórházi ellátás (azonos/hasonló beavatkozások) betegösszetétele (patient mix)? Függ-e/függjön-e a finanszírozás attól, hogy milyen a betegek egészségi állapota? Az egynapos ellátás profitabilitásnövelésének az egyik módja, ha növelik a relatíve egészségesebb betegek arányát, akiknek a kezelése is olcsóbb. Ez

problémát jelenthet azonban a finanszírozás során a szolgáltatások árának/térítési összegének meghatározása szempontjából. Kérdés az, hogy egy esetleges társadalombiztosítási szerződés esetén az egynapos magánellátó és az állami finanszírozású kórház azonos vagy különböző finanszírozásban részesüljön-e, azaz a szektorsemleges finanszírozás azonos összeget jelent-e, vagy azonos finanszírozási módszertant.

A betegek egészségi állapota erős prediktora a műtéti beavatkozás típusának, a beavatkozás hosszának és a posztoperatív ellátásnak, azaz a kimenetnek és a költségeknek.

Sokat segítene, ha hazánkban is jobban ismernénk az egészségnyereséget.

Felmerül a kérdés, hogy az egynapos ellátás jobb minőségű-e, mint a kórházi? A nagyobb esetszám és specializáció miatt ennek megvan a lehetősége. A lehetősége van meg, de nem a garanciája, az eredményt vizsgálni kell. Azonos beavatkozás a rizikótól függően végezhető egynapos és kórházi ellátás keretében. A költségek várhatóan különbözők. A magasabb rizikójú betegek esetén valószínű, hogy a kórház a jobb választás (jobb a felszerelés ehhez a betegcsoporthoz, több szakember). A kérdés, hogy hol van ez a rizikóhatár, ezt csak adatok alapján lehet megmondani, és valószínűleg országfüggő.

Összefoglalva elmondható, hogy az egynapos sebészet potenciálisan olcsóbb, gyorsabb, jobb minőségű, a betegeknek és az egészségügyi szakembereknek is vonzóbb. Ezt elég jó minőségű szakirodalom igazolja. Sokat segítene, ha hazánkban is jobban ismernénk az egészségnyereséget, a minőséget és a költségeket a különböző ellátási formák esetén.

Összefoglalás

A magánfinanszírozás, magánegészségügy egyre nagyobb súllyal van jelen a hazai egészségügyben. Ma már inkább az a megfelelő kérdés, hogy: mi az állami finanszírozás helye a hazai egészségügyben?

A magán-szolgáltatók, a magánbiztosítók és az állami egészségügy, egészségpolitika, finanszírozás oldalán jelentős mennyiségű tapasztalat halmozódott fel, az állami-magán együttműködéssel kapcsolatosan. A további fejlődésnek több más tényező (jogilag szabályozott tiszta keretrendszer fejletlensége) mellett, az adatok hiánya szab gátat. Minőségre és költségekre vonatkozó adatok nélkül egy szolgáltató szektor megfelelő működése/működtetése elképzelhetetlen.

A magán és az állami szektor nagyon összefügg egymással. Itt nem csak arra gondolunk, hogy a gyógyszereket például mindkét ellátásban a társadalombiztosítás finanszírozza, a költséges laboratóriumi, szövettani vizsgálatok és beavatkozások állami finanszírozással, állami intézményekben történnek. És nem is arra, hogy magán-szolgáltatóval köt szerződést a társadalombiztosítás. Párhuzamos kapacitások kialakítása és főleg a fenntartása nagyon sokba kerülne. Az egészségügy nagyon bonyolult rendszer. Ez nem a verseny által vezérelt szabad

piac, ahol a kereslet és a kínálat kisebb-nagyobb döccenőkkel, állami beavatkozásokkal ugyan, de időről időre egyensúlyban van. Az egészségügy alapvetően állami feladat¹⁰, és az európai öregedő társadalmak jelenlegi és jövőbeni forrásigényét elnézve az is marad. Sőt, az állam (finanszírozó, szabályozó) szerepe, úgy tűnik, egyre nő.

A magán- és állami szféra pozitívan (és negatívan) hathat egymásra, de egymás lehetőségeit egyértelműen behatárolják. Az állami-magán szembeállítás kontraproduktív, ezek az ellátási formák akkor tudnak magas színvonalon és hatékonyan működni, ha egységes rendszert képeznek.

IRODALOMJEGYZÉK

- Baji P. – Pavlova M. – Gulácsi L.: Groot W. Does the Implementation of Official User Charges Help to Eradicate Informal Payments - Lessons to be Learnt from the Hungarian Experience. *Front Public Health*. 2015 Jul 17;3:181. doi: 10.3389/fpubh.2015.00181.
- Brodzsky V. – Gulácsi L. – Ludwig E. – Prinz G. – Banai J. – Reményi P. – Strbák B. – Kertész A. – Kopcsóné Németh I. – Zsoldiné Urban E. – Baji P. – Péntek M.: A Clostridium difficile-fertőzések antibiotikum-terápiája: A tudományos bizonyítékok szisztematikus áttekintése és metaanalízise. *ORVOSI HETILAP*, 154(23): pp. 890 – 899. (2013)
- Gulácsi L. – Baji P. – Kovács E. – Farkas R. – Leitner Gy. – Gamal EM. – Simon T. – Balogh O. – Boncz I.: Magánpraxis, egészségbiztosítás, szerződés és biztonság. *Biztosítási Szemle*, 2013:(febr. 14.) pp. 1 – 29. (2013)
- Gulácsi L. – Kertész A. – Kopcsóné Németh I. – Banai J. – Ludwig E. – Prinz Gy. – Reményi P. – Strbák B. – Zsoldiné Urban E. – Baji P. – Péntek M. – Brodzsky V.: A Clostridium difficile-fertőzések epidemiológiája, betegségterhe és terápiája. *ORVOSI HETILAP*, 154(30): pp. 1188 – 1193. (2013)
- Hevesi A.: Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítások kártapasztalatainak összehasonlító elemzése 2012–2014. Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar Egészség-gazdaságtani és egészségbiztosítási szakközgazdász szak, 2015 (Konzulens: Dr. Baji Petra)
- Lenkei G.: Kárverseny, HVG, 2016. április 9. p.: p. 44.
- Makai P. – Klazinga N. – Wagner C. – Boncz I. – Gulácsi L.: Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospitals. *Health Policy* 90 (2009) pp. 175–180.
- Kovács E. – Kiss N. – Kovács E. – Tókey B.: A magán-egészségbiztosítás helyzete, szerepe és lehetőségei (Európai kitekintés és magyarországi helyzetkép). *BOKCS-MABISZ Kutatás 2014–2015*, 2015. Budapest
- Portfólió Biztosítási Konferencia 2012, http://www.portfolio.hu/rendezvenyek/portfoliohu_biztositasi_konferencia_2012/118/reszletes#tb-reszletes

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Az „alapellátási csomag” azon egészségügyi ellátások összessége, azok számszerűsége, minősége és költsége (teljesen finanszírozott vagy beteg hozzájárulással terhelt), amelyre a társadalombiztosított lakosság a tb-befizetések ellenében jogosult.
- ² Ebből különböző területeken zsebből történő (out of pocket) kifizetések 28,3% volt 2012-ben (Baji és mtsai. 2012). Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy ebben benne van a vényköteles gyógyszerek esetén a gyógyszerárakban fizetett önrész is.
- ³ 2011. évi CLVI. törvény – megszűnt a nem természetes személyek adó- és járulékkifizetési kötelezettsége az általuk kötött egészségbiztosítási szerződések díja után.
- ⁴ Ezt a biztosítást a biztosítottak jellemzően saját adózott jövedelmükből, illetve valamilyen választható, önkéntes (bérből történő levonás, cafeteria) munkaadói juttatási program keretében „vásárolják” meg.
- ⁵ Az egynapos sebészeti ellátás 24 óránál rövidebb ellátási időt igényel.
- ⁶ Az okok között gyakran kerül említésre az is, hogy a magánbiztosítással rendelkezőknek duplán kell fizetniük (egészségügyi hozzájárulás + magánfinanszírozás), mivel nem megoldott az osztott finanszírozás. Ezzel a kérdéssel, területi okok miatt, jelen tanulmányunkban nem foglalkozunk.
- ⁷ OECD Health Care Quality Indicators <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
- ⁸ például: https://www.hirslanden.ch/global/en/home/about_us/quality/results_measurements/iqip.html és <http://www.ahrq.gov/>
- ⁹ Nem tartjuk valószínűnek, hogy a magán-szolgáltatók egymás között megosztanák a betegellátás minőségére vonatkozó adataikat, hiszen az állami finanszírozású szolgáltatók sem teszik ezt.
- ¹⁰ http://www.portfolio.hu/gazdasag/egeszseggazdasag/ezert_buknak_el_az_egeszsegugy_atalakitasi_kiserletei.227869.htm?utm_source=index_main&utm_medium=portfolio_box&utm_campaign=portfoliobox

MÚLTUNK EMLÉKEI ROVAT

A RÉVKOMÁROMI BÁTORSÁGOSÍTÓ LEVELE

Tisztelt Olvasó! Kedves Biztosítós Kollégánk!

Egyetlen szakma sem lehet sikeres saját történetének ismerete, a múlt tapasztalatainak tudatformáló ereje nélkül. „Múltunk emlékei” című rovatunkkal a biztosítás hazai történetének megismeréséhez szeretnénk hozzájárulni oly módon, hogy minden számban röviden bemutatunk egy-egy fontos vagy érdekes tárgyi emléket.

A rovat szerkesztésébe szeretnénk bevonni a Tisztelt Olvasót! Kérjük, ha olyan tárgy, könyv, dokumentum, fénykép van a birtokában, amelyet szívesen megosztana ezeken a lapokon, küldje el – akár eredeti, akár digitalizált formában – a szerkesztőségbe esetleg egy rövid, a tárgy történetéről, jelentőségéről szóló leírással együtt! A tárgyakat – amennyiben a beküldő igényt tart rá – természetesen visszaküldjük.

Horváth Gyula és Tamás Gábor

Mi mással is indíthatnánk el ezt a rovatot, ha nem a Császári és Királyi Szabadítékos Révkomáromi Biztosító Társasággal. A bemutatott bátorságosító levél – mert a biztosítást a nyelvújításig bátorságosításnak hívták, és a komáromiak is gyakran nevezték magukat Hajózást Bátorságosító Társaságnak – 1824-ből származik, eredetileg 1931-ben jelent meg egy biztosítástörténeti munkában. A társaságtól – ismereteink szerint – ezen kívül csupán az eredeti alapszabály és egy részvényjegyzési nyugta maradt meg.

Magyarország és egyben a Habsburg Birodalom első biztosítótársasága 1807. január 26-án tartotta alakuló közgyűlését Révkomáromban, mégpedig azzal a céllal, hogy „édes hazánk kereskedési állapotját eddig levő homályából már századok óta óhajtott virágjára hozhassa ... virágzásra pedig csak akkor emelkedhetik, ha annak folytatása bátorságba van helyeztetve”.

Az új társaság részvényeseinek többsége komáromi hajós és gabonakereskedő, de az alapítókhoz a későbbiek során olyan tekintélyes nemesek, mint Széchenyi István, Teleki Pál, Zichy Miklós vagy Andrássy György grófok is csatlakoztak.

Az ügy legfőbb előmozdítója Csepy Zsigmond, komáromi jogász volt, aki ekkor már egyfajta vezető szerepet töltött be a helyi kereskedők között.

A biztosító 200 ezer pengő forintos alaptőkéjét 500 forintonként, ingatlan birtokukra vagy hajójukra jegyzett kötelezvény formájában jegyezték le az alapítók. A társaság egy hónappal később meg is kezdte a működését. Dokumentumai – mint a bemutatott bátorságosító levél – mindvégig magyar nyelvűek voltak, ügyfélköre eleinte szinte kizárólag a komáromi kereskedőkből, nagyjából a részvényesekből állt.

Az első bátorságosító levelet 1807. március 4-én Fejes András számára állították ki, aki 10 000 pengő forint értékű búzát szállított a társaság pénztárnokának, Fazekas Jánosnak ÁDÁM nevű tölgyfahajóján. Az első kárkifizetésre 5 hónappal később került sor Molnár András számára, miután a férfi sóval megrakott hajója Mohácsnál elsüllyedt. A hajót 17 ezer pengő Ft-ra biztosították, de a károsult 7 ezerrel is kiegyezett, ráadásul a kimentett áru értékének a feléről lemondott a Társaság javára.

A Tudományos Gyűjtemény még 1820-ban is úgy írt a Révkomáromiról, hogy annak párja az egész birodalomban nincsen. Ekkor már a hazai gabonakereskedelem minden fontosabb központjában működtek a cégnek megbízottjai.

A boldog békeidők az 1820-as évek közepén értek véget, amikor megjelent a konkurencia: a frissen alapított első trieszti társaság, az Azienda.

Az olaszok számos újdonságot hoztak a piacra: téli felár mellett egész évben biztosítottak, nem korlátozták a kockázatvállalás felső határát, és bevezették az önrészt. A döntő érvert persze az jelentette, hogy közel 50 százalékkal olcsóbbak voltak, mint a komáromiak, így azoknak rendre csökkenteniük kellett a tarifájukat. Komáromtól Bécsig egy tölgyfa hajó díjtétele 1807-ben még 2 forint 15 krajcár volt, míg 1840-ben már csupán 40 krajcár.

Az 1840-es évekre a díjverseny élet-halál harccá fokozódott. Két újabb trieszti társaság, a Generali és az Adriai lépett piacra, illetve a gabonakereskedelemben egyre nagyobb jelentőségre szert tevő Győr kereskedői is megalapították saját hajóbiztosítójukat.

A szabadságharc, az 1848-as nagy tűzvész, egy pusztító kolerajárvány és az 1849-es ostromzár azután végleg megpecsételték Komáromnak mint kereskedelmi központnak a sorsát. A város hanyatlását és a gabonakereskedők eltűnését a biztosítójuk sem élhette túl. 1854 decemberében – harminchét sikereken és küzdelmekben gazdag év után – végleg bezárta kapuit első biztosítótársaságunk. Eltűnése legfeljebb a hazafias lelkeket rázta meg, hiszen a biztosítási üzlet zöme addigra már a nagy osztrák és trieszti társaságok kezében összpontosul.



A BÁTORSÁGOSÍTÓ LEVÉL KÉPE

FELHÍVÁS

Kedves Olvasónk!

A MABISZ 2016 áprilisától új bérleménybe, az Andrassy út 93-ba, az egykori Tőzsde épületébe költözött, ahol – az irodaházi funkciók mellett – kialakítható lesz az épület adottságait kihasználó és az ágazati reputációt tovább erősítő **új intézmény** is: a **BIZTOSÍTÁSI LÁTOGATÓKÖZPONT**.

A XIX. századi épületben – több más tevékenység mellett – a magyar biztosítástörténet 250 évét bemutató állandó kiállítás létrehozását tervezzük, amely nemcsak a 100 fő befogadására alkalmas konferenciateremre korlátozódik, hanem **figyelembe veszi az épület attraktív közös tereit is**.

Ebből adódóan kiemelt feladatunknak tekintjük a továbbiakban, hogy – kiállítási célból – folyamatosan gyűjtsük az elmúlt évszázadok biztosítási relikviáit (könyveket, folyóiratokat, kisnyomtatványokat, reklámhordozókat, kötvényeket, részvényeket, írásos dokumentumokat, perselyeket, különböző tárgyakat stb.).

Ezért felhívással fordulunk elsősorban a szakmai közönség felé, és arra kérünk Benneteket, hogy ha a tulajdonotokban vannak ilyen relikviák, vagy tudtok máshol fellelhetőkrol, akkor a Biztosítási Látogatóközpont felé ezt jelezzétek, mert ezeket kiállítási célra, adomány/kölcsön/vásárlás formájában folyamatosan át vesszük, és bemutatjuk az érdeklődőknek. (kapcsolat: gabor.heit@mabisz.hu)

SZERZŐI ÚTMUTATÓ A BIZTOSÍTÁS ÉS KOCKÁZAT FOLYÓIRATBAN PUBLIKÁLÓK RÉSZÉRE

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

A kézirat befogadásához csatolni szükséges még a kitöltött szerzői nyilatkozatot.

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

A kézirat tartalmazza:

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

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

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

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

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

- Könyveknél:
Dickson DCM (2005): Insurance Risk and Ruin, Cambridge University Press
- Tanulmányköteteken, gyűjteményes kötetekben megjelent

publikációknál: Mario Jametti & Thomas von Ungern-Sternberg (2003): Assessing the Efficiency of an Insurance Provider - A Measurement Error Approach, CESifo Working Paper Series 928, CESifo Group, Munich

- Folyóiratban megjelent cikkeknél:

Wiltrud Weidner – Robert Weidner (2014): Identifikation neuer Ansätze zur individuellen Kfz-Tarifierung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft

May, Volume 103, Issue 2, pp. 167–193.

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

- Webcímeknél:

Insurance Europe (2012): How insurance works

Online: <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/how-insurance-works.pdf>

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

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

7. Az ábrák és táblák elnevezése az ábra, illetve táblázat felett szerepeljen, a forrásmegjelölés pedig alul!

8. A képleteket a jobb oldalon, zárójelben folyamatosan kérjük számozni!

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

10. Két-három oldalanként kérünk javasolni egy-egy kiemelésre szánt mondatrészt a szövegből!

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

12. A szerkesztőség szívesen fogad recenziókat is, melyek egy biztosításpolitikai szempontból érdekesnek ítélt könyv ismertetését tartalmazzák, azzal a céllal, hogy a figyelmet az adott műre minél szélesebb körben felhívják. A recenzióval szembeni elvárások az alábbiak:

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

Köszönjük, hogy a megfelelően előkészített kézirattal Ön is segített munkánkat!

Biztosítás és Kockázat Szerkesztősége

