

F&Ps honoraraftaler mv. med Lægeforeningen, Tandlægeforeningen og Kiropraktorforeningen

Journal nr. 3:1120-0388-195/fødevarer-finans/ld

Rådsmødet den 30. maj 2001

Resumé

1. Forsikring & Pension (F&P) har ved brev af 30. juni 1998 anmeldt tre honoraraftaler mv. indgået med Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktorforening. Aftalerne er anmeldt med anmodning om en ikke-indgrebserklæring efter konkurrencelovens § 9, subsidiært en individuel fritagelse i medfør af lovens § 8, stk. 1. Anmeldelsen er omfattet af overgangsbestemmelsen i konkurrencelovens § 27, stk. 4.

2. Aftalerne fastlægger standardattester til brug for forsikrings-selskaberne ved bedømmelse af risiko ved tegning af en forsikring, indgåelse af pensionsaftaler eller ved fastsættelse af forsikrings- og pensionsydelse. Samtidig er der mellem parterne aftalt bestemmelser om faste honorarer for udfyldelse af attesterne.

3. Aftalernes bestemmelser om standardattesterne er ikke omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1. Derimod er aftalernes bestemmelser om faste honorarer konkurrencebegrænsende. Der er formelt tale om vertikale aftaler om priser mellem F&P og de respektive foreninger. Foreningerne har indgået aftalerne på vegne af deres medlemmer, og derved bliver der tale om horisontale pris aftaler, og disse horisontale aftalers konkurrencebegrænsende virkninger styrkes gennem de vertikale bindinger. Horisontale pris aftaler er alvorlige konkurrencebegrænsninger, som i sig selv har til formål at begrænse konkurrencen, jf. konkurrencelovens § 6, stk. 2, nr. 1, jf. stk. 1, og som kun i særlige tilfælde kan fritages individuelt.

4. Styrelsen finder imidlertid, at parterne kan meddeles en fritagelse efter konkurrencelovens § 8, da bestemmelserne om faste honorarer opfylder alle betingelserne i § 8, stk. 1, for at få en individuel fritagelse. Der er herved lagt vægt på, at det relevante marked bl.a. er kendetegnet ved, at der ikke er nogen reel valgfrihed med hensyn til, hvilken sundhedsperson (læge, tandlæge eller kiropraktor), der skal udfærdige en attest, da forsikringstagerens egen læge mv. er den person, der kender forsikringstageren bedst og har de bedste forudsætninger for at udfærdige attesten.

Afgørelse

5. Det meddeles Forsikring & Pension, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktorforening,

6. **at** aftalernes bestemmelser om attesternes indhold ikke er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, hvorfor disse bestemmelser kan få en ikke-indgrebserklæring efter konkurrencelovens § 9.

7. **at** aftalernes bestemmelser om faste honorarer, dvs.

- Punkt 3 i "Aftale mellem Assurandør-Societetet og Lægeforeningen om attesthonorarer af 30. januar 1988" (under revision),
- § 1 i "Overenskomst vedrørende erklæring fra tandlæge af 18. og 22. september 1986",
- Punkt 3 i "Aftale mellem Assurandør-Societetet og Dansk Kiropraktor-Forening om attesthonorarer af 1. maj 1994",

8. er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. § 6, stk. 2, nr. 1, hvorfor disse bestemmelse ikke kan få en erklæring om ikke-indgreb efter konkurrencelovens § 9,

9. **at** aftalernes bestemmelser om faste honorarer fritages i henhold til konkurrencelovens § 8, stk. 1, idet de opfylder alle betingelserne herfor.

10. Den individuelle fritagelse gælder for perioden fra den 1. januar 1998 til og med den 31. december 2003, jf. konkurrencelovens § 8, stk. 3.

Sagsfremstilling

11. F&P har ved brev af 30. juni 1998 anmeldt tre aftaler om honoraraftaler mv., som F&P har indgået med hhv. Lægeforeningen, Tandlægeforeningen og Kiropraktorforeningen. Aftalerne er anmeldt samlet med anmodning om en ikke-indgrebserklæring efter konkurrencelovens § 9, subsidiært en individuel fritagelse i medfør af lovens § 8, stk. 1. Aftalerne, der hviler på samme forudsætninger og opfylder tilsvarende behov, er indgået før konkurrencelovens ikrafttræden den 1. januar 1998 og er omfattet af overgangsbestemmelsen i lovens § 27, stk. 4.

12. De tre anmeldte aftaler er:

- Aftale mellem Assurandør-Societetet og Lægeforeningen om attesthonorarer af 30. januar 1988 (under revision),
- Overenskomst vedrørende erklæring fra tandlæge af 18. og 22. september 1986 og
- Aftale mellem Assurandør-Societetet og Dansk Kiropraktor-Forening om attesthonorarer af 1. maj 1994.

Aftalernes parter

13. Parterne er F&P på vegne af medlemmerne (tæt på alle forsikringselskaber i Danmark) i det omfang, medlemmerne har tiltrådt aftalerne (i vidt omfang alle de selskaber, der tegner personforsikringer, dvs. bl.a. livs-, syge-, ulykkes, erhvervsudygtigheds- og ansvarsforsikring, herunder familieforsikring og automobilforsikring), Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktorforening på vegne af disses medlemmer.

14. Medlemskab af Lægeforeningen er betinget af, at man har opnået Sundhedsstyrelsens autorisation til at udøve lægegerning. Medlemskab af Tandlægeforeningen er betinget af, at man er stud. odont eller cand. odont, og medlemskab af Kiropraktorforeningen er betinget af, at man studerer ved eller har bestået en godkendt kiropratoruddannelse eller har modtaget autorisation som kiropraktor. Medlemskab af foreningerne er en betingelse for at få tilskud fra Sygesikringen. Speciallæger er ikke omfattet af aftalerne.

15. Lægeforeningen og Kiropraktorforeningen (men ikke Tandlægeforeningen) kan ifølge vedtægterne forbyde deres medlemmer at udfylde andre attester end de aftalte.

Aftalerne

16. Aftalerne får betydning, når en person ønsker at tegne en personforsikring eller indgå en pensionsaftale, og forsikringselskabet skal vurdere risikoen herved, samt når forsikringselskabet skal vurdere omfanget af en sket skade.

17. Det betyder, at forsikringstageren skal afgive en række oplysninger til forsikringselskabet om sit helbred. Forsikringselskabet kan indhente supplerende oplysninger. Afgivelse eller indhentning af oplysninger i forbindelse med tegning af forsikring mv. skal ses i sammenhæng med lov om forsikringsvirksomhed og forsikringsaftalelovens bestemmelser om afgivelse af urigtige oplysninger.¹

18. Aftalerne vedrører de attester, som en læge, tandlæge eller kiropraktor skal udfylde for et forsikrings-selskab, når dette har behov for helbredsoplysninger. Samtidig indeholder aftalerne bestemmelser om faste honorarer for disse ydelser.

19. Attesternes indhold afspejler det behov for oplysninger, som selskaberne vurderer at have brug for til bedømmelse af risiko ved tegning af en forsikring, indgåelse af pensionsaftaler eller ved fastsættelse af forsikrings- og pensionsydelser.

20. Alle medlemmer af F&P har mulighed for at anvende attesterne, og selskaberne har forpligtet sig til ikke at anvende andre attester end de aftalte. Der findes dog "frie attester"², og for disse attester er der "frit honorar", som fastsættes efter et rimeligt tidsforbrug. Efter aftalerne har selskaberne pligt til at betale lægens mv. krav herfor, medmindre Lægeforeningens Attestudvalg finder, at lægens honorarkrav er åbenlyst urimeligt. Der er ikke eksempler på, at dette nogensinde er sket.

21. Aftalerne omfatter standardiserede attestblanketter og honorar for udfyldelsen heraf efter et gennemsnitligt tidsforbrug. Indholdet af attesterne vil variere. Honorarerne stiger automatisk på baggrund af aftalte reguleringsmekanismer (statistik).³ Honoreringen sker uden indsendelse af særskilt regning til selskaberne. Ved indsendelse af attesten, bliver lægen mv. betalt. Medlemmerne af de pågældende foreninger er bundet af den standardiserede ramme i attestblanketterne og de aftalte honorarer. Derudover indeholder aftalerne en række tekniske bestemmelser om afregning, opsigelse (3 mdr. til den 1.), kontaktudvalg mv.

22. Aftalerne medfører, at et forsikrings-selskab/pensionskasse og en læge/tandlæge/kiiropraktor ikke indgår i forhandling om hvilke oplysninger, der er nødvendige, samt hvad det skal koste at få oplysningerne.

23. Parterne gør gældende, at det på forhånd er udelukket at indgå reelle forhandlinger mellem forsikrings-selskaber/pensionskasser og en læge/tandlæge/kiiropraktor. Dette skyldes, at det er forsikringstager, der vælger den person, der skal udfærdige attesten – typisk egen læge, sædvanlige/behandlende tandlæge eller sædvanlig kiropraktor. Den valgte sundhedsperson er den eneste, der kan levere den optimale ydelse via sit kendskab til forsikringstager eller pensionskassemedlem og sin adgang til vedkommendes journal. Vedkommende læge mv. indtager derved en monopolagtig stilling. Der er som udgangspunkt intet til hinder for, at det enkelte forsikrings-selskab kan vælge den læge mv., der skal udfærdige attesten. Resultatet ville blive det samme både hvad pris og valg af læge mv. angår. Det skyldes, at det mest hensigtsmæssige valg er den læge mv., som kender forsikringstageren og har behandlet denne, og som i forvejen er i besiddelse af dennes journal.

Eksempler på priser pr. 1. april 1998	Kr.
Helbredsattest	607 kr.
Helbredsattest til Gruppelivsforsikring	367 kr.
Tandlægeerklæring	252 kr.
Kiropraktorattest 1	215 kr.
Kiropraktorattest 2	147 kr.
Kiropraktorattest 3	98 kr.

24. Aftalerne mellem F&P og foreningerne er vertikale, da de drejer sig om selskabernes køb af ydelser fra lægerne mv. Inden for foreningerne er aftalerne horisontale, da medlemmerne

indbyrdes har vedtaget (via medlemsskabet) at tilslutte sig aftalerne. Som nævnt ovenfor kan Lægeforeningen og Kiropraktorforeningen forbyde deres medlemmer at udarbejde andre attester end de aftalte attester.

Markedsbeskrivelse

25. Baggrunden for aftalerne er forsikringsselskabernes salg af personforsikringer og de dertil knyttede lovgivningsmæssige krav til afgivelse af helbredsoplysninger og vurdering af risici mv.

26. Markedet er forsikringsselskabers og pensionskassers anmodning til konkrete læger, kiropraktorer og tandlæger om at få udstedt attester til brug for risikovurderingen ved tegning af forsikring/optagelse i pensionskasse samt ved bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af erstatningens størrelse.

27. Forsikringsselskaberne har overladt lægevalget, valg af tandlæge eller valg af kiropraktor til forsikringstageren ud fra de gældende regler for valg af læger mv.

28. Forsikringsselskaberne efterspørger ydelserne, og lægerne mv. tilvejebringer dem. Aftalerne dækker tæt på 100 % af både udbud og efterspørgsel. Der findes ikke deciderede opgørelser over, hvor stort det samlede marked er. Styrelsen skønner, at der årligt bliver udbetalt honorarer i henhold til aftalerne på ca. 25-35 mio. kr. Honorarerne udgør en lille del af forsikringsselskabernes omkostninger i konkurrencen om forsikringstagerne, ligesom honorarerne udgør en lille del af lægernes mv. omsætning.

Høring

29. Parterne har afgivet et samlet, fælles høringssvar. Hovedsynspunkterne heri er:

§ At der ikke er tale om, at forsikringsselskabet har et reelt valg mellem forskellige sundhedspersoner, og derfor er der ikke nogen forhandlingsmulighed. Forsikringstagerens egen læge mv. er den eneste med optimal viden til besvarelse af de relevante spørgsmål.

§ Hvis der som følge af ophævelse af honoraraftalerne eller prisbestemmelserne skal forhandles individuelt med de enkelte læger m.fl., vil det uundgåeligt føre til forsinkelser, og forsinkelser er til skade for forsikringstagerne/forbrugerne. Hvis forsikringsselskaberne skal forhandle individuelt med et monopol, vil det alt andet lige betyde øgede honorarkrav til skade for forsikringstagerne. Hvis der skal ske individuelle reelle honorarforhandlinger med lægerne mv., forudsætter dette, at de pågældende sundhedspersoners monopolstatus ligeledes kan ophæves.

Vurdering

30. Konkurrencerådet skal tage stilling til, om der i aftalerne er konkurrencebegrænsende forhold, der er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1. Hvis dette er tilfældet, skal rådet tage stilling til, om der kan meddeles parterne en individuel fritagelse efter lovens § 8, stk. 1.

31. Parterne udøver gennem aftalerne økonomisk virksomhed, jf. konkurrencelovens § 2. Der gælder ingen undtagelser eller fritagelser i medfør af EU-regler, jf. lovens § 4. Aftalerne er ikke indgået i koncernforhold, jf. § 5. Allerede fordi parternes samlede omsætning er større end 1 mia. kr., (omsætningen omfatter alle medlemmerne i F&P, DADL, DTF og DKF), er aftalerne ikke omfattet af bagatelreglen i § 7.

32. Aftalerne vedrører ikke lægernes mv. løn- eller arbejdsforhold, jf. § 3. Aftalerne er ikke indgået som led i en kollektiv overenskomst. Ved undersøgelse af forsikringstagerne og udfyldelse af attesterne udøver lægerne mv. selvstændig virksomhed, som særskilt honoreres; der er således tale om almindeligt køb/salg af en ydelse.

33. Aftalerne kan vurderes efter konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Det relevante marked

34. Markedet er forsikringsselskabers og pensionskassers anmodning til konkrete læger, kiropraktorer og tandlæger om at få udstedt attester til brug for risikovurderingen ved tegning af forsikring/optagelse i pensionskasse samt ved bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af erstatningens størrelse.

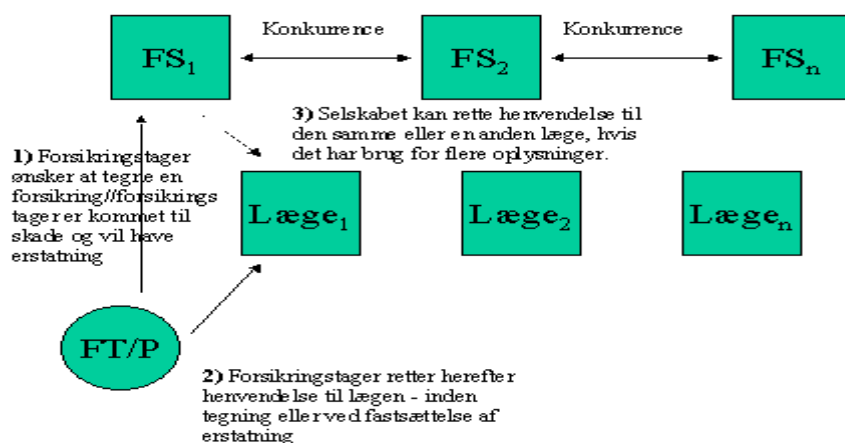
35. Produkterne læge-, tandlæge- og kiropraktorydelser er unikke ydelser, der ikke kan substitueres med andre ydelser eller produkter. Udøverne er særligt uddannede og har autorisation eller lignende fra Sundhedsstyrelsen.

36. Forsikringsselskaberne vælger ikke selv udbyder af de nævnte sundhedsydelser, men har valgt at fritstille forsikringstager mht. valg af læge mv., hvilket skyldes, at lægens mv. kendskab til forsikringstager er af afgørende betydning. Derved bliver forholdet en del af det almindelige marked for produktion af lægeydelser, tandlægeydelser og kiropraktorydelser. Aftalerne vedrører ikke direkte det generelle, almindelige lægevalg, som sker efter andre, særlige regler.⁴

37. Forsikringstagers personlige præferencer og tilhørsforhold spiller den helt afgørende rolle for valget af læge, tandlæge eller kiropraktor. Forsikringsselskabernes køb af de pågældende ydelser er en forsvindende lille del af det generelle marked for sundhedsydelser.

38. Det er således forsikringstager, der vælger lægen, mens det er forsikringsselskabet, der betaler for ydelserne.

Figur 1



Hvis en forsikringstager vil tegne en livsforsikring eller lignende eller er kommet ud for en skade, retter han eller hun henvendelse til et/sit forsikringsselskab. Ofte er det tilstrækkeligt med forsikringstagers egne oplysninger, og attestblanketten sendes til lægen mv. uden at forsikrede behøver at blive undersøgt, hvor udstedelsen sker på baggrund af journaloptegnelser og lægens mv. øvrige kendskab til forsikringstager.

Det står frit for, hvilken læge mv. forsikringstageren vil gå til, men typisk vil det være egen læge.

Hvis forsikringstager skal undersøges, foretager lægen undersøgelsen og udfylder den relevante attest, som lægen sender ind til forsikringssselskabet og modtager det faste honorar for.

39. På markedet for forsikringssselskabers anmodninger om udstedelse af attester har aftalerne til formål at fastsætte rammerne og honorarerne for de udstedte attester. Derved afskæres forsikringssselskaberne fra at forhandle med lægerne mv. om ydelser og priser, og der er således ikke konkurrence mellem lægerne mv. ved udbudet af de pågældende ydelser.

40. Det relevante marked er således markedet for forsikringssselskabers anmodning om udstedelse af attester i Danmark, som er det marked, priserne gælder på.

Konkurrencelovens § 6 – konkurrencebegrænsende aftaler

41. I medfør af konkurrencelovens § 6, stk. 1, er det forbudt for virksomheder at indgå aftaler, der direkte eller indirekte har til formål eller følge at begrænse konkurrencen.

42. Aftalerne har til formål at fastsætte rammerne for diverse attester og priserne for udfyldelse heraf. Parterne er forpligtet til at anvende attesterne og honorarerne, jf. at bl.a. Lægeforeningen kan forbyde medlemmerne at udfylde andre attester end de aftalte.

43. Aftaler om standarder for komplekse ydelser anses som udgangspunkt ikke for at være omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1,⁵ hvis anvendelse af standarderne ikke lægger begrænsninger på deltagerne, da de kan medvirke til at skabe en gennemskuelig og effektiv ordening – både for selskaber og læger mv. Men standarder kan også være konkurrencebegrænsende, når de medfører helt ensartede vilkår for et marked, eller hvis de begrænser adgangen til markedet.

44. Konkret anses attesterne af parterne for at være dækkende for oplysningsbehovet. Det står selskaberne frit for at bede om flere oplysninger, hvis de mener at have behov herfor. Dertil kommer, at der kan anvendes frie attester. Derfor kan attesterne ikke anses for begrænsende for konkurrencen. Aftalerne om rammerne for det standardiserede indhold af attesterne er således ikke omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

45. En aftale om fastsættelse af købs- eller salgspriser er som udgangspunkt en alvorlig konkurrencebegrænsning, især når den forekommer mellem konkurrenter, dvs. horisontalt. Dette er forbudt efter konkurrencelovens § 6, stk. 2, nr. 1, da den bl.a. indbærer en risiko for en ensretning af priserne og dermed eliminering af priskonkurrencen mellem aktørerne på markedet. Kun i særlige tilfælde kan sådanne aftaler fritages individuelt efter konkurrencelovens § 8⁶. De her omhandlede aftaler har til formål at fastsætte priser, hvorved aktørerne forhindres i at forhandle herom, og allerede derfor er de omfattet af konkurrencelovens forbud mod konkurrencebegrænsende aftaler. Da aftalens formål i sig selv er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, er der ikke anledning til at undersøge de faktiske virkninger af aftalen, idet det konkurrencebegrænsende formål i sig selv er tilstrækkeligt til at aftalen er omfattet af forbudet. Dette er også i overensstemmelse med EU-praksis. I det konkrete tilfælde forstærkes de horisontale aftalers konkurrencebegrænsende formål tilmed gennem de vertikale forpligtelser.

Konklusion

47. Aftalernes bestemmelser om indholdet af attesterne er ikke i strid med konkurrencelovens § 6.

48. Aftalernes bestemmelser om faste honorarer er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. stk. 2, nr. 1, jf. stk. 3. Der er herved lagt vægt på, at de faste priser er selve formålet med denne del af aftalerne. Der kan derfor ikke meddeles en erklæring efter konkurrencelovens § 9.

Konkurrencelovens § 8 – individuel fritagelse

49. For at opnå en individuel fritagelse skal alle betingelserne i § 8, stk. 1, være opfyldt. Det er alene bestemmelserne om de faste honorarer, der vurderes efter konkurrencelovens § 8, stk. 1.

§ 8, stk. 1, nr. 1: aftalen skal bidrage til at styrke effektiviteten i produktionen eller distributionen af varer eller tjenesteydelser.

50. Parterne anfører, at aftalerne om de faste honorarer fremmer, at forsikringstagerne hurtigst muligt kan få forsikringsdækning eller udbetalt erstatning. Aftalerne gør administrationen smidig og mindre omkostningstung i selskaberne, da der er enighed om indholdet af attesterne, samtidig med at de aftalte attester belaster læger, tandlæger og kiropraktorer mindst muligt (ingen forhandling om indhold og priser, genkendelighed ved udfyldelse og automatisk betaling ved indsendelse af attest).

51. Det vurderes, at de faste honorarer og aftalerne omkring afregning heraf mv. medfører effektivitetsmæssige fordele både for forsikringsselskaberne og lægerne mv. De aftalte procedurer fremmer en hurtig indsamling af selskabernes oplysninger. Prisbestemmelserne er en del af denne procedure, idet man derved undgår individuelle forhandlinger om pris. Erfaringerne fra det område, hvor der er "frit honorar", viser, at prisforhandlinger, når der fx skal hentes journaloplysninger fra andre læger, er langsommelige og besværlige.⁷

52. Styrelsen vurderer derfor samlet, at betingelsen i § 8, stk. 1, nr. 1, er opfyldt.

§ 8, stk. 1, nr. 2: forbrugerne skal sikres en rimelig andel af fordelene

53. Aftalerne medvirker til en hurtig sagsbehandling til gavn for forsikringstagerne, læger, tandlæger, kiropraktorer og forsikringsselskaberne (forsikringsdækning og evt. udbetaling af erstatning). Forsikringstagerne skal anvende egen læge, som kender forsikringstageren. Ansvar for betalingen er hos forsikringsselskaberne.

54. Styrelsen finder, at forsikringstagerne sikres en rimelig andel af fordelene ved systemet, og betingelsen i § 8, stk. 1, nr. 2, er opfyldt.

§ 8, stk. 1, nr. 3: ingen unødvendige begrænsninger på virksomhederne

55. Begrænsningerne består i, at forsikringsselskaberne og lægerne mv. forhindres i at gå i forhandling om, hvad det skal koste at få de relevante oplysninger. Forsikringsselskaberne kan ikke indgå individuelle aftaler med de enkelte læger mv. om deres honorar.

56. Styrelsen finder, at det mest hensigtsmæssige valg af den sundhedsperson, der skal udfærdige attesten, ofte vil være forsikringstagerens egen læge mv., som kender forsikringstageren og er i besiddelse af dennes journaler. Selskabernes henvendelse til andre sundhedspersoner kan indebære forsinkelser og ekstra omkostninger. Mobiliteten blandt forbrugerne på dette marked er lav. Patienten har ikke noget pris-/ydelsesmæssigt incitament til at vælge imellem forskellige sundhedspersoner. Uden en aftale om faste priser ville der ikke være noget pres på foreningerne til imødegåelse af høje honorarer og dermed højere omkostninger for forsikringsselskaberne. Der er tale om aftaler mellem foreninger, der gensidigt repræsenterer en meget stor del af aktørerne på markedet, og styrelsen skønner, at de aftalte priser under det nuværende system og forudsætninger ikke er højere end nødvendigt og er nødvendige for, at systemet fungerer for såvel forsikringstagerne, -selskaberne som for sundhedspersonerne.

57. Styrelsen vurderer derfor samlet, at betingelsen i § 8, stk. 1, nr. 3, er opfyldt.

§ 8, stk. 1, nr. 4: begrænsningerne må ikke udelukke konkurrencen

58. Anmelder gør gældende, at aftalerne ikke udelukker konkurrencen, idet attester og honorarer ikke er et konkurrenceparameter for F&P's medlemmer, ligesom de pgl. sundhedspersoner heller ikke selv bestemmer om de skal udfylde en attest og opnå et honorar i den anledning. Det bestemmes af patienten samt af om der er behov for oplysninger.

59. Styrelsen er enig i, at aftalerne ud fra de gældende konkurrenceforhold ikke kan antages at give virksomhederne mulighed for at udelukke konkurrencen for de pågældende ydelser.

60. Betingelsen i § 8, stk. 1, nr. 4, er opfyldt.

Konklusion på § 8

61. Aftalernes bestemmelser om faste honorarer opfylder alle betingelserne i lovens § 8, stk. 1, og der kan meddeles parterne en individuel fritagelse.

Konklusion

62. Aftalernes bestemmelser om attesternes indhold er ikke omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. stk. 3, og disse bestemmelser opfylder således betingelsen for at få en ikke-indgrebserklæring efter § 9.

63. Aftalernes bestemmelser om faste honorarer er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. § 6, stk. 2, nr.1, og disse bestemmelser opfylder alle betingelserne i § 8, stk. 1, for at kunne opnå en individuel fritagelse.

1 Forsikringsaftaleloven bestemmer bl.a. at en forsikringsaftale ikke er bindende for selskabet, såfremt forsikringstageren ved forsikringens tegning svigagtigt har givet urigtige oplysninger om eller fortiet en omstændighed, der må antages at være af betydning for selskabet.

2 "Frie attester" fremkommer bl.a. ved, at selskab/pensionskasse udarbejder en helt ny attestblanket, fordi den skal "matche" et nyt produkt/ny sygdom. En særlig variation af "frit honorar"-situationen er en særlig attestblanket til brug ved indhentning af lægelige journaler med den forsikredes fuldmagt, hvor der ikke er aftalt et fast honorar. Denne attestblanket giver anledning til et væsentligt antal forespørgsler om honorarstørrelser og til besværligere og langsommeligere administration hos såvel læger som forsikringssselskaber og pensionskasser.

3 Aftalen med Tandlægeforeningen reguleres 2 gange årligt, og aftalen med Kiropraktorforeningen reguleres honorarerne 1 gang årligt med en procentsats svarende til reguleringen af honorarerne efter overenskomsterne med Sygesikringens Forhandlingsudvalg. For tandlægerne gælder det endvidere, at besvarelse af andre forespørgsler, som stilles til den behandlende tandlæge, honoreres efter tandlægens sædvanlige honorar. Lægeforeningens honorarer reguleres med den procentsats, der svarer til det summariske lønindeks for den private sektor.

Kiropraktorforeningens honorarer følger for en del Lægeforeningens.

4 Valg af læge/lægeskift kan ske en gang om måneden mod betaling af et mindre gebyr. Valg af tandlæge eller kiropraktor er frit.

5 Se hertil Konkurrencerådets afgørelse af 29. marts 2000 om Familiens Basisforsikring nr. 2 på <http://www.ks.dk/>.

6 Se hertil bl.a. Kommissionens Meddelelse om retningslinjer for anvendelsen af EF-Traktatens artikel 81 på horisontale samarbejdsaftaler (EFT 2001/C 3/2), Faull & Nikpay, "The ED Law of Competition", kapitel 6, afsnit B om hard core karteller.