

POJISTNÉ ROZPRAVY

pojistně teoretický bulletin

24

POJISTNÉ ROZPRAVY

pojistně teoretický bulletin



2009

ISSN 0862-6162

Obsah

Evropské právo k pojišťovnictví je stále výzvou / Editorial <i>Ing. Jaroslav Mesřmíd, CSc.</i>	3
Finanční a hospodářská krize se promítne do regulace pojišťovnictví / Current financial and economic crisis affects insurance regulation <i>prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., doc. Dr. Jarmila Radová, PhD.</i>	5
Standardní model pro nový režim regulace pojišťovnictví Solventnost II / Standard model for new regulatory regime in insurance – Solvency II <i>Mgr. Kamila Šimonová</i>	14
Ústavněprávní rámec soukromoprávních vztahů v pojištění / Constitutional framework of private law relations in insurance <i>Drahomír Kubáň</i>	23
Právní úprava nucené správy v pojišťovně nejen ve světle několika soudních rozhodnutí / Forced administration legislation not only in the light of certain court decisions <i>JUDr. Erika Mačáková, LL.M., PhD.</i>	34
Penzijní spoření – nový systém spoření na stáří / Pension saving – new system to save for old age <i>JUDr. Jana Čechová, PhDr. Vladimír Příkryl</i>	42
Český důchodový systém a jeho reforma / Czech pension system and its reform <i>Mgr. Jiří Král</i>	63
O některých aspektech nové právní úpravy boje proti praní peněz a financování terorismu / On certain aspects of new legislation to combat money laundering and financing terrorism <i>Ing. Pavel Macek</i>	74
Moderní nástroje změn ve zdravotnictví v evropských státech / New-fashioned instruments for changes in health care systems in the European countries <i>Mgr. Tomáš Roubal</i>	84
Regulace pojišťovnictví v Evropské unii – 5. část. Překlad z publikace Bertrand Labilloy: EUROPEAN INSURANCE REGULATION / European Insurance Regulation – New Opportunities for Insurers and Consumers <i>Ing. Jaroslav Mesřmíd, CSc.</i>	100
Výběr a překlad resumé: <i>Ing. Josef Čížek</i>	

Evropské právo k pojišťovnictví je stále výzvou

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Česká asociace pojišťoven

Jistě jsou všeobecně známé teze, že pojišťovnictví je regulovaným oborem a že zhruba 80 % pojistného práva se tvoří v Bruselu. To byl také důvod, proč mezi cíle České asociace pojišťoven patřilo již v devadesátých letech minulého století studium evropské legislativy v pojišťovnictví a zahájení překladu příslušných směrnic, které začaly být vydávány v tomto časopise. Je nutno přiznat, že studium bylo v některých případech částečně vynucené, protože české veřejné a soukromé pojistné právo se ještě před přistoupením České republiky k Evropské unii postupně přibližovalo právu EU, resp. probíhal postupný harmonizační proces.

V současné době je Česká republika členem EU a tím odpadla nutnost pořizovat překlady návrhů právních aktů k pojišťovnictví, neboť jsou veřejně dostupné a v odpovídající kvalitě. Vystává naopak potřeba je analyzovat či připomínkovat a sdílet názory na ně s příslušnými veřejnými orgány, evropskými orgány, federací národních asociací pojišťoven (Comité Européen des Assurances/CEA). Jistě se vyplatí reagovat či minimálně sledovat přípravné kroky pro novou legislativu, tj. různé zelené a bílé knihy, protože již v těchto dokumentech se řeší závažné věcné otázky.

Právních aktů EU k pojišťovnictví a dotýkajících se pojišťovnictví a pojištění je značné množství. Je velmi obtížné si individuálně vytvořit komplexní a ucelený obrázek o tomto systému evropského práva, který je užitečný především pro pracovníky v oblasti regulace a dohledu, pro vybrané pracovníky z pojišťovnictví, pro teoretickou frontu a studenty příslušných vysokých škol.

Jednou z pomůcek, která dodá patřičný přehled a základní know-how, je publikace CEA s názvem „European Insurance Regulation – New Opportunities for Insurers and Customers“, kterou napsal Bertrand Labilloy. Byla vydána v roce 2004 a byla určena především pro využití v nových členských státech EU.

K jejím přednostem patří komplexnost přístupu. Autor se zabývá nejen směrnici první až třetí generace o životním a neživotním pojištění, ale rovněž „produktovými“ směrnici, jako jsou například směrnice o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, dále pak směrnicí o účetnictví pojišťoven, právními akty o hospodářské soutěži, evropskou úpravou volby práva aplikovaného na pojistné smlouvy, pravidly řešení sporů apod. Druhou základní výhodou publikace je ta skutečnost, že autor nejen prezentuje cíle a základní obsah příslušných právních aktů, ale poukazuje i na jejich slabiny, na problémy v praxi a naznačuje řešení, tedy další postup v budoucnu. V některých případech text doprovázejí statistické tabulky nebo přehledy porovnávající právní úpravu. Je pochopitelné, že od let 2003–2004 se evropská legislativa dále vyvíjela a byly vydány buď některé nové

právní akty nebo nastaly dílčí novelizace. To znamená, že vypovídací schopnost publikace je mírně zeslabena, ale opravdu jen mírně, neboť k zásadní změně evropské legislativy k pojišřovnictví dojde až v případě přijetí rámcové směrnice k solventnosti II, a zejména navazujících implementačních dokumentů. Takže i v roce 2009 si zmíněné přednosti publikace zachovávají svoji platnost.

Proč se k této publikaci vracím v prvním čísle roku 2009? Důvodem je, že právě letos bude ukončen překlad této publikace (předchozí části byly publikovány v číslech 20 až 23) a čtenáři Pojistných rozprav tak budou mít možnost ji plně využít. Znamená to tedy dokončení „projektu“ asociace a zároveň výzvu pro autory překladu i další odborníky, jak využít souhrnný překlad, jestli ho neaktualizovat, nebo, zda nezvolit vlastní metodu výkladu evropského práva.

Editorial

In the editorial, the author deals with some aspects of Community law and its relation to the national laws of the Member States of the European Union. Author also mentions the possibility for Member States to influence the creation of new Community law from the very outset.

Reference is made to the book “European Insurance Regulation – New Opportunities for Insurers and Consumers” prepared by Bertrand Labilloy for the Comité Européen des Assurances (CEA, the European insurers and reinsurers federation). This book was translated in recent years to the Czech by experts from the Czech Insurance Association and in parts published in „Pojistné rozpravy“. The author of the editorial acknowledges the complexity of Mr. Labilloy in writing the book.

Finanční a hospodářská krize se promítne do regulace pojišťovnictví

Prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., doc. Dr. Jarmila Radová, PhD.,
Vysoká škola ekonomická v Praze

Liberální ekonomové teď prožívají obzvláště těžké časy. Současná drtivá finanční a hospodářská krize je zejména politiky přičítána neschopnosti trhu v podmínkách globalizace se vracet po vychýlení zpět do rovnovážné polohy. A tudíž za lék považují státní regulaci (Sarkozy: málo regulovaný kapitalismus). Volání po přísnější regulaci je kombinováno s konkrétním činy ve stylu posilování vlivu státu na ekonomiku – v poslední době zejména zestátněním finančních institucí, které se dostaly do problémů. Takové počínání odrazuje soukromý kapitál, aby se zapojil do řešení krize, a vrací čas o zhruba dvacet let zpět do předglobalizační éry. Typickým jevem je požadavek na banky, kterým byla poskytnuta státní finanční pomoc, aby rozhybaly domácí úvěrový trh, z některých zemí se dokonce ozývají protekcionistické výzvy.

Samoregulační schopnosti finančních trhů

Trpí opravdu globální trh chronickou insufiencí korigovat odchylky a mírnit volatilitu ekonomických ukazatelů? Současná krize znovu potvrzuje, že z pohledu určité ztráty samoregulační schopnosti je problémový zejména jeden tržní segment – finanční trh, který je mimořádně náchylný k enormně spekulativnímu chování účastníků, jehož zkoumání spadá do oblasti „měkkých“ vědních disciplín, jako je psychologie, sociologie apod. Navíc svou vnitřní propojeností se stává extrémně neprůhledným s potenciální výraznou asymetrií informace.

V posledních dvou dekadách nevydržela stabilita finančních trhů většinou horizont tří, čtyř let. Připomeňme významná splasknutí spekulacních boomů:

- pád cen akcií – černé pondělí 19. října 1987,
- 1990 krach Junk Bonds,
- 1994 propad cen amerických dluhopisů,
- 1997 asijská finanční krize, o rok později i Brazílie a Ruska.

Ještě připomeňme, že již v devadesátých letech volal finančník Soros po nové architektuře finančních trhů, ve které by se jeho účastníci nemohli chovat jako v kasinu.

Je do jisté míry symptomatické, že nejdelší období umírněné volatility finančních trhů bylo právě to, které předcházelo současné prudké finanční a hospodářské krizi. Klid před bouří. Poslední „hektično“ na finančních trzích bylo vyvoláno na začátku milénia splasknutím cenové bubliny dot.com akcií na kapitálových trzích.

Po něm se další období jevílo jako období stabilního hospodářského růstu při mírné inflaci, s nízkými úrokovými (a rizikovými) sazbami a hlavně bez volatilních výkyvů na finančních trzích. Na trzích všeobecně po předchozí volatilní epizodě spojené se splasknutím cenové akciové bubliny panovala optimistická nálada, výrazně klesala averze k riziku, investoři se pouštěli do realizace stále rizikovějších strategií. Umírněný růstový a hlavně stabilní vývoj měl do budoucna podpořit a zajistit jednak trend mezisektorální integrace ve finanční sféře počínaje strategií bankopojištění a vytvářením multifunkčních finančních konglomerátů konče, jednak konkrétní záměr zefektivnění dohledu nad finančními institucemi implementací efektivních nadnárodních regulačních projektů zvyšujících stabilitu a klientskou bezpečnost ve všech druzích finančních služeb.

Na konci roku 2007 již začínalo být evidentní, že v této, jinak příznivé se jevící době, byly ve světové ekonomice znovu založeny závažné nerovnovážné procesy: docházelo k hrubému porušování základních ekonomických zákonů, zejména v poměru mezi produkcí a spotřebou. Dluhový problém byl totiž v masovém měřítku dlouho zakrýván inovativními produkty finančního trhu, zejména strukturovanými úvěrovými produkty v sekuritizované podobě. Rizikově neaverzní neadekvátní hordové chování soukromých finančních institucí, které vytvářely tlak na spekulativní rizikovou alokaci volných zdrojů, bylo finančními trhy nepřiměřeně dlouho tolerováno. Navíc se v této souvislosti jako nepřilíš účinná ukázala regulační opatření zaměřená na minimalizaci kreditního rizika, která je vcelku snadné inovativními produkty obejít. Záhy se začala projevovat nízká absorpční schopnost finančních trhů ohledně informací o zhoršování nerovnováhy a prvních příznacích krize. Řetězovou reakci odstartoval trh rezidenčních nemovitostí ve Spojených státech amerických a ta postupně z globální hypotéční krize přerostla v krizi likviditní, jejímž výsledkem byl kredit crunch a vysoká nestabilita v bankovním sektoru. Následovala rychle postupující recese v reálné ekonomice spojená s výrazným snižováním poptávky. Analytici předpovídají pro rok 2009 nejnížší výkon světové ekonomiky od druhé světové války. Rychlost zhoršování ekonomických indikátorů je překvapivě bezprecedentní. Analytici nepamatují takto nespojitě skokové chování ekonomiky. Jde zřejmě o nejhorší finanční a hospodářskou krizi za celou generaci.

Dopady finanční krize na pojišťovnictví

Finanční krize postihla všechna odvětví finančních služeb, tedy včetně pojišťovnictví. Toto odvětví až do současné doby platilo za osvědčenou konzervativní instituci, která umožňuje lidské společnosti efektivně finančně eliminovat důsledky nahodilosti, a ve svém životním segmentu zabezpečit finanční prostředky pro rodinu v případě ztráty živitele apod. Posledně uvedený motiv jeví sníženou citlivost na stav ekonomiky a její cykly. Proto v průběhu velkých hospodářských krizí se pojišťovnictví jevílo jako poměrně stabilní. Příkladem za všechny může být situace v případě velké hospodářské krize 1929, charakteristické runem na banky, ale jen relativně mírným počtem

žadatelů o zápůjčky na pojistky či o výplatu odkupného. Americké pojišťovny situaci zvládly. V době pro ně nejméně výhodné prodaly svá aktiva a uspokojily všechny žadatele o zápůjčky a odkupné. Tento postup zůstal v paměti klientů a po skončení krize nastal v USA netušený rozmach životního pojištění.

V poslední době však pojišťovnictví reflektuje (s určitým časovým zpožděním) okolní globální volatilitu ekonomického prostředí a v některých případech jeho účinnost začíná narážet na bariéru komerčního způsobu jeho provozování. Uplynulá dekáda totiž pro světové pojišťovnictví nebyla zdaleka tak příznivá, jak se jevílo obecně. Podstatné oslabení zdrojů světového pojišťovnictví přinesly na přelomu milénia velké katastrofální škody, a to jednak z tradičních pojišťovaných rizik (povodně, hurikány) a jednak z nových nebo modifikovaných rizik (terorismus, SARS, BSE apod.). Pojišťovny a také zajišťovny jako pojišťovny poslední instance, které jsou organizovány na komerční bázi, musí dbát na ekvivalenci příjmů a výdajů, a tudíž se musí bránit nekontrolované výši možných výplat škod. Za tím účelem nejčastěji stanovují horní hranice (limity) svých plnění. Tím se výrazně snižuje riziko ruinování pojišťovny, ovšem současně se tím i snižuje společenská účinnost pojištění, zejména v případě velkých katastrof, kdy je právě finanční eliminace škod společensky nejpotřebnější. Pojišťovny v pojistných podmínkách také často používají výluk z pojištění a vcelku vlažně se staví k pojišťování nových „emerging“ rizik, zejména v oblasti IT, nových technologií, škod na životním prostředí atd. V poslední dekádě se tudíž intenzivně hledaly alternativní formy řešení finančního přenosu důsledků nahodilosti, které by pokryly vzniklou mezeru v dosavadním finančním řešení důsledků nahodilosti.

Na druhé straně však ani konzervativní a renomované pojišťovací domy v minulé dekádě až neuvěřitelně neodolaly pokušení podílet se na spekulacím bublině, která se zprvu jevila jako lukrativní. Pojišťovny byly expozicí náklady z finančních trhů vystaveny dvojím způsobem:

- jednak možnou riskantnější strategií svých manažerů co do konstrukce pojistných produktů, eventuálně kvazi produktů,
- jednak krizí vyvolanou pádem hodnoty aktiv pojišťovny v portfoliu, kryjící jejich pojistně technické rezervy.

Příkladem aplikace riskantní strategie jsou pojišťovny, nabízející kvazipojištění inovativních finančních produktů. Lavina krizové infekce tak strhla největší pojišťovnu dluhopisů, společnost MBIA a další významnou pojišťovnu v tomto segmentu – pojišťovnu Ambac Financial Group, obě ještě nedávno se pyšící ratingem AAA. Jinak skvělou univerzální pojišťovnu AIG, patřící do první světové desítky firem s vynikající image, až do kolapsu rovněž s ratingem AAA, stáhly do propasti aktivity jediného oddělení, specializovaného na instrumenty Credit Default Swap (CDS). Virus, který povalil pojišťovací obor, se zrodil v neformálním, ale i zcela autonomním londýnském oddělení AIG Financial Products, ve kterém pracovalo pouhých 377 zaměstnanců. Zhoubný virus rostl v prostředí závratně vysokých platů, laxního dohledu a slepé víry v modely finančního rizika. Nakonec téměř zničil jednu z nejobdivovanějších společností na světě, zdánlivě silnou pojišťovnu s aktivy přesahujícími tisíce miliard dolarů, 116 000 zaměstnanci a pobočkami ve 130 zemích.

Je naprosto šokující, jak toto malé oddělení dokázalo zničit celou společnost. Zpočátku se jevilo, že pracovníci londýnské afilace našli způsob, jak zázračně vydělávat na derivátech, využívající k tomu dobrý rating a silnou finanční pozici AIG. Posléze se to však celé vymklo kontrole. Symptomatické bylo, že londýnské oddělení muselo být založeno ne jako pojišťovna, ale jako banka. Tudíž muselo svým obchodním partnerům doručit kolaterál ihned, jakmile klesla cena podkladového aktiva. Za závazky oddělení v plné výši ručila mateřská společnost AIG. A tak začala její klesající spirála, která byla odstartována propadem na trhu nemovitostí. Probíhající exekuce domů spustily lavinu pochybností o bonitě dluhů v celém úvěrovém spektru. Jak postupně hodnoty dluhů klesaly, byla AIG Financial Products zavalována žádostmi o kolaterály za své CDS.

Ještě během roku 2007 oddělení tvrdilo, že jeho rizikové modely jsou spolehlivé a portfolio konzervativní. V zápětí se ale metody, které AIG používala k oceňování derivátů, staly terčem kritiky ze strany obchodních partnerů. V únoru 2008 auditoři našli problémy ve firemním účtování CDS. V červnu začali celé účetnictví AIG vyšetřovat regulátoři. Konec je všeobecně známý: 16. září 2008 ratingové agentury Moody's a Standard and Poor's provedly downgrade ratingu společnosti. Cena akcií během dne propadla o 95 % a večer FED oznámil poskytnutí úvěru pro AIG ve výši 85 mld. USD výměnou za warrant na 80 % akcií firmy, což prakticky znamenalo její znárodnění.

CDS je inovativní derivátový instrument, který svou konstrukcí umožňuje přenos kreditního rizika. Před vznikem tohoto instrumentu nebyl ve většině případů přenos tohoto druhu rizika v podstatě vůbec možný. Existující expozici vůči protistraně nebylo možné eliminovat jinak než samotným prodejem těchto aktiv. Toto je navíc možné jen v konkrétním případě sekuritizovaných dluhových instrumentů – dluhopisů, pro které existuje likvidní sekundární trh. Převést nároky z titulu poskytnutého úvěru na třetí osobu bylo zpravidla možné pouze za podmínky souhlasu dlužníka, pokud převoditelnost dluhu nebyla součástí ujednání v úvěrové smlouvě. CDS v tomto znamenají průlom a trh s nimi lze chápat jako trh s garancemi za splacení závazků jejich emitentů. Tento trh s jistěním svými nominálními objemy dokonce výrazně přerostl samotný objem trhu s původními dluhopisy, z čehož vyplývá, že na něj subjekty vstupovaly nejen za účelem zajištění své expozice vůči dlužníkům, ale také čistě ze spekulativních motivů neboli ve snaze vydělat na očekávaném vývoji bonity jednotlivých dlužníků. Spekulovat přitom bylo možné na obě vývojové tendence kreditní kvality dlužníků.

Obsahem kontroverzního instrumentu byl tedy transfer rizika ztráty bonity cenných papírů, tedy vlastně určitá forma pojištění proti finančnímu úpadku emitenta dluhopisu. Ovšem oproti klasickým pojistným produktům s jednou nepříjemnou výjimkou: tradiční pojistné produkty jsou svými kalkulačními modely předmětem konzervativního dozoru, zejména co do výše pojistně-technických rezerv dostatečných pro krytí pojistných událostí atd. Instrument CDS nepodléhal žádnému dozoru či kontrole a reguloval se prakticky sám prostřednictvím International Swap and Derivative Association, jejímiž členy byli finanční instituce, tedy samotní investoři.

Spoléhání se ze strany pojišťoven na vysoký rating instrumentů se tedy ukázalo jako zcela neúčinné: v případě strukturovaných cenných papírů navíc tahaly pojišťovny v mnoha ohledech za kratší konec problému asymetrie informace, cenné papíry pojišťovaly podle vstřícného ratingu uděleného příslušnému cennému papíru (renomované) ratingovou agenturou, která byla prakticky jediná, kdo byl plně obeznámen s obsahem a kvalitou podkladových aktiv sekuritizovaného cenného papíru označovaného jako bonitní. Po bitvě se ozývají hlasy, zda ratingové agentury byly skutečně při svých hodnoceních tak nezávislé, jak se to v období před krizí jevilo.

Přístupy k regulaci jako důsledek finanční krize

Jinou variací na totéž téma jsou přímé ztráty pojišťoven, způsobené pádem ceny svých aktiv. Pojišťovny, které do svých portfolií nakupovaly tato aktiva s vysokým ratingem, odepisují a oprávkují ztráty ze svého času prvořadných dluhopisů banky Lehman Brothers, islandských bank apod. Shrneme-li obě příčiny, pak současná situace pojišťoven, které se dostaly do obtíží, má společného jmenovatele: otřesení důvěry v ratingové agentury a rovněž ve strukturované sekuritizované dluhopisy a podobné cenné papíry.

Jak již bylo řečeno v úvodu, v situacích, kdy se ekonomika propadne na dno cyklické sinusoidy, je veřejností a následně politiky požadováno, aby byly finanční trhy více přísněji a lépe regulovány, aby už podobná krize nikdy nenastala. Vyznačiči státních zásahů do ekonomiky obvykle hledají příčiny krizového selhání v předchozí přílišné volnosti trhu. Přestože se tyto situace periodicky opakují, kýžený efekt zdokonalené regulace po přestálé krizi se v dosavadní historii ještě nedostavil. Současné krize před příznivce regulace staví paradox: krize byla spuštěna na nejregulovanějším trhu, jaký kdy v bankovním moderního vyspělého světa existoval. A je třeba i otevřeně konstatovat, že aplikovaný projekt Basel II nedokázal krizi zabránit, dokonce ani problémy včas identifikovat.

Ve všech těchto souvislostech je stále otevřenější otázkou, do jaké míry bude účinné pokračovat v implementaci regulačních projektů pro finanční trhy. Zejména pro pojišťovníctví je velmi těžko zodpovědět, zda i dosud ne zcela do praxe implementovaný model Solvency II v oblasti řízení rizik pojišťovny by si i při již plné implementaci poradil s mimořádnými či nepravděpodobnými událostmi současné finanční krize, a zda z tohoto důvodu jej nebude třeba modernizovat, anebo dokonce, jak naznačují poslední krachy jednání v rámci EU o reformách dohledu nad pojišťovníctvím, či o specifikách tzv. akciového rizika, projekt Solvency II v jeho současné podobě opustit.

Příliš velký důraz, který je kladen v rámci Solvency II na řízení pojistně-technického rizika pojišťovny na pojistnou matematiku při kalkulaci rovnovážného tarifu pojistného, není podle našeho názoru plně opodstatněný. Problém tkví v insuficienci matematiky při kvantifikaci budoucích podmínek, ve kterých se bude utvářet škodní průběh pojišťovny. Jedná se o mimořádně subtilní téma: v ekonomické rovině je třeba čelit obtížnému problému kalkulace budoucích nákladů. Jde o to, že pojistná matematika je schopna zabudovat do kalkulačních modelů jen minulé jevy a jejich pravděpodobnosti, což je v současné době kvalitativně se měnících rizik a objevování se rizik zcela nových (unknown unknowns) nepřijatelné omezení.

V oblasti řízení kreditního rizika bude třeba hledat nový model měření možnosti selhání protistrany – zajišťovny. Systém založený na hodnocení bonity zajišťoven ratingovými agenturami utrpěl v souvislosti s ratingy inovativních finančních instrumentů vážné šrámy. Chtěli-li ratingové agentury uhájit své místo i v novém ekonomickém uspořádání světa, musejí obnovit svou důvěryhodnost. Být nezávislými a objektivními hodnotiteli ekonomických subjektů. Podíl, který na současnou krizi mají, je bude stát nutnost podrobit se připravované státní regulaci. Evropská komise se chystá požadovat, aby ratingová agentura činná v EU, měla za účelem snazší regulace v EU i své sídlo (pobočku). V případě realizace této myšlenky bude muset jednička v ratingu zajišťoven – americká agentura A. M. Best cestovat do Evropy.

Nejsložitější v oblasti lepšího řízení rizik pojišťovny bude problematika tržního rizika. I v tomto ohledu bude třeba vrátit důvěryhodnost hodnocení ratingových agentur týkající se instrumentů, nakupovaných pojišťovnami do portfolia, coby odrazu pojistně-technických rezerv. Aspekty tržního rizika bude třeba promítat i do konstrukce pojistných produktů. Máme na mysli například problém investičního životního pojištění. Klientům, kteří si sjednali toto pojištění, se vesměs dotkly závažné propady hodnoty aktiv podílových fondů. Další budoucnost tohoto, do značné míry kontroverzního, produktu, který v předkrizové době zaznamenával vysokou dynamiku, je přinejmenším sporná.

Otázka zpřísnění státní regulace v pojišťovnictví je obzvláště citlivá. Za všechny problémy např. střetu národní a nadnárodní regulace si připomeňme problém „gender“, který ač postrádá racionální jádro, se s houževnatostí hodnou lepší věci čas od času znovu a znovu vynořuje. V této souvislosti je symptomatické, že když byl v roce 2007 na základě provedeného průzkumu Centrem pro studium finančních novinek v New Yorku a Pricewaterhouse Coopers sestaven žebříček třiceti tří rizik, jejichž realizace se nejvíce obávají komerční pojišťovny, na prvním místě se umístila přílišná státní regulace a až na druhém místě živelní pohromy. Za regulatorní riziko je považováno především přehlížení soukromé charakteru regulovaných subjektů. Některé státní orgány se stále chovají tak, jako kdyby regulovaly státní subjekty. Tento jev v poslední době obzvláště zesílil. Časté přizpůsobování se změnám předpisů jde na úkor přizpůsobování se tržním změnám a je dosti nákladné a ve svém důsledku může i vést k výrazné distorzi prostředí volné soutěže, vybraných právních vztahů, podnikatelského, konkurenčního prostředí apod.

Snížení regulatorního rizika má za cíl iniciativa směřující k hodnocení dopadů regulace RIA (Regulatory Impact Assessment), což je soustava metod směřujících k systematickému hodnocení negativních a pozitivních dopadů variant navrhované či existující regulace. Zkušenosti zemí, kde již byla RIA implementována, ukazují, že správně vytvořený a aplikovaný systém hodnocení dopadů regulace napomáhá ke zlepšení efektivnosti a účinnosti tržně konformního řízení odvětví ekonomiky a v širším kontextu přispívá k posílení výkonnosti tržního hospodářství a zlepšení fungování hospodářské soutěže.

Je ovšem třeba zdůraznit, že proces hodnocení dopadů regulace nenahrazuje politické rozhodování, pouze vytváří předpoklady pro jeho kultivaci. Implementace procesu RIA do legislativního procesu vyžaduje silnou politickou podporu na překonání projevů byrokracie a je otázkou, do jaké míry v podmínkách současné finanční a hospodářské krize bude k takovému jednání prostor a především politická odvaha.

Zmiňme se ještě o druhém aspektu, který měl v této dekádě přispět k dlouhodobé stabilitě a klientské bezpečnosti – trendu k mezisektorální integraci ve finanční sféře, který se relevantním způsobem dotýkal odvětví pojišťovnictví. V současné době musíme konstatovat, že trend koncentrace a mezisektorální integrace (bankopojištění) je posledním vývojem vrcholícím ekonomickou krizí silně erodován a že vývojové fenomény koncentrace a mezisektorální integrace mají zřejmě svůj zenit za sebou. Poslední bezprecedentní vývoj světové ekonomiky vyvrátil představy o možné dlouhodobější řízené stabilitě a prosperitě a pokračování integračních trendů také rozhodně nepotvrzuje. Je tomu tak zejména proto, že akviziční prostor pro nový byznys se v minulé dekádě v tomto ohledu čím dále tím více vyčerpával a úměrně tomu se i zmenšoval počet akvizičních cílů. Orientace na zatím ještě otevřené pole působnosti, na emerging markets, má svá relativně značná úskalí a rizika. Přeshraniční akvizice jako umísťování naráží i na regulatorní překážky. Navíc, kromě zatím stále ještě převažující výhody integrace, se začaly projevovat i nevýhody a dokonce i první vážné neúspěchy integračních spojení, které nakonec vedly k jejich rozpadu. A to paradoxně v konjunkturální době posledních let a po kterých došlo k určitém vystřízlivění a ochlazení prvotního optimismu akvizitérů.

Dalším problémovým okruhem, který již má a bude i nadále mít podle našeho názoru vliv na další pokračování integračních trendů, jsou možné změny v požadavcích klientů na jim nejlépe vyhovující formu finančních služeb. Za jeden z problémů distribuce balíčků vytipované skupině klientů bankopojišťovny, či ještě hlouběji integrovaného multifunkčního finančního konglomerátu, byla od počátku považována standardizovaná struktura nabídky produktu, jenž obsahuje i služby, které daný klient plně nevyužije, ač jsou mu účtovány. S tímto problémovým okruhem souvisí i citelná ztráta osobních kontaktů klienta s makléřem, nižší míra objektivních informací a obtížnější přechod ke konkurenci.

S postupujícím časem se tento problém značně vyostřuje. V moderní příjmově polarizované společnosti bohatší skupině klientů již příliš standardizované produkty nevyhovují, jejich snahou je získat produkt jim co nejvíce „ušíť na míru“, což je určitým způsobem ve vážném rozporu s hlavní myšlenkou bankopojišťovací balíčkové strategie pro bankopojišťovacího poskytovatele služby. Takový produkt na míru na trhu totiž lépe nalezne a sestaví sofistikovaným klientům osobní makléř anebo nezávislý finanční poradce, který se nebude snažit na klienta marketingově působit ve prospěch nějakého určitého produktu, na jehož prodeji je dokonce hmotně zainteresován anebo standardizovaného produktového balíčku. Ve směru těchto intencí je možno pozorovat i zvýšenou aktivitu menších podnikatelských subjektů, které operují v této oblasti.

Závěr

Současná hluboká hospodářská krize, která byla odstartována splasknutím hypotéční bubliny na finančních trzích, znovu otevřela otázku účinné státní regulace tohoto tržního segmentu, obzvláště náchylného na vytváření spekulativních bublin. Krizi způsobila úvěrová expanze zakrývaná inovativními strukturovanými finančními instrumenty, které obcházely regulaci, ale byly pozitivně hodnoceny renomovanými ratingovými agenturami. Krizové projevy se významně dotkly i pojišťovnictví, které až dosud jevílo sníženou citlivost na ekonomické výkyvy. Nejhuře z renomovaných světových pojišťoven dopadla pojišťovna AIG, která doplatila na svou angažovanost v pojišťování CDS, a nakonec byla prakticky zestátněna.

Poslední vývoj otevřel otázku účinnosti regulatorních projektů, které měly zvýšit stabilitu především bank a pojišťoven a zvýšit klientskou bezpečnost. Indikovat či zabránit krizi se projektům příliš nezdařilo, a tak bude třeba další budoucnost implementace projektů, zejména Solvency II pro pojišťovnictví, podrobit důkladné analýze. Rovněž druhý faktor, který měl přispět ke stabilizaci finančních trhů, tedy mezisektorální integrace a produktová konvergence, prožívá rozporuplné období. Bankopojišťovací strategie, či strategie budování multifunkčních finančních konglomerátů zřejmě překročila svůj zenit.

V letošním roce budou komerční pojišťovny pod tlakem, budou muset prokazovat, že zůstaly důvěryhodnými a zdravými finančními institucemi a budou muset reagovat nabídkou produktů na krizí modifikované potřeby svých klientů. Existují však dobré předpoklady pro to, aby pojišťovnictví toto období překonalo.

Current financial and economic crisis affects insurance regulation

Current deep economic crisis which started by rupture of mortgage bubble in financial markets reopened question of effective state regulation of this market segment, namely generating of speculative bubbles. The crises has been launched by credit expansion hidden by innovative structured financial instruments passing by the regulation and positively assessed by reputable rating agencies. The crisis significantly affected also insurance industry showing reduced sensitivity to economic fluctuation until then. The AIG was accounted for the last place among prestigious worldwide insurance companies and suffered from its engagement in CDS (Credit Default Swap) insurance.

Recent development opened question of effectiveness of regulatory projects that should increase stability of banks and insurance companies and increase protection of clients. These projects had not helped in indicating and preventing the crisis too much and so implementation of the future projects – namely Solvency II – will have to be subject to in-depth analysis. But the insurance companies are well placed to overcome this difficult period.

Standardní model pro nový režim regulace pojišťovnictví Solventnost II

Mgr. Kamila Šimonová, Česká pojišťovna a. s.

V roce 2004 požádala Evropská komise Výbor evropských orgánů dohledu v pojišťovnictví a zaměstnaneckých penzích (The Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors) o spolupráci při tvorbě nových solventnostních a regulačních pravidel pro evropské pojišťovny a zajišťovny. Jedním z nejvýznamnějších úkolů v této oblasti bylo nastavení pravidel pro výpočet míry solventnosti a ocenění technických rezerv. Pro tyto účely CEIOPS zorganizoval několik kol studií (Quantitative Impact Studies) s cílem otestovat a zhodnotit dopady navržených postupů a kalkulací napříč evropským pojištným trhem. Do této chvíle proběhla čtyři kola kvantitativních dopadových studií, do nichž se postupně zapojilo téměř 1 500 pojišťoven a zajišťoven v rámci Evropského společenství.

Souhrnné výsledky QIS byly předávány zpět do Evropské komise jako jeden z významných vstupů při přípravě Direktivy Solventnost II a následných implementačních opatření. 22. dubna 2009 Evropský Parlament schválil finální podobu Direktivy, a tím završil důležitou etapu celého projektu. V další fázi budou připravována implementační opatření (úroveň 2 Lamfalussyho procesu), na kterých se podílí CEIOPS jako hlavní poradní orgán Evropské Komise pro oblast Solventnosti II a dále budou navrhována doporučení a standardy (úroveň 3) jako podrobnější pravidla pro nový režim solventnosti. V tomto článku jsou uvedeny informace, které vycházejí ze schválené verze Direktivy, dosud vydaných konzultačních dokumentů, případně technické specifikace QIS4.

Proč nový výpočet solventnosti?

Současná pravidla pro výpočet solventnosti plně nezohledňují všechny typy rizik, kterým může být pojišťovna vystavena. Nejsou založena na ekonomických principech a v nezměněné formě fungují již od počátku 70. let minulého století. Vychází z jednoduchého faktorového přístupu, který je aplikován na základních parametrech jako jsou technické rezervy nebo předepsané pojistné, vztahují se pouze k pojistným rizikům a opomíjejí významná rizika na straně aktiv.

Vývoj standardního modelu v rámci QIS

Základním vstupem do nového výpočtu solventnosti je odlišný přístup k ocenění technických rezerv. První kvantitativní dopadová studie se soustředila pouze na různé způsoby ocenění technických rezerv, členění portfolia do předepsaných odvětví a testování proveditelnosti a dopadů navržených postupů. Jako nejvhodnější byla, i v souvislosti s vývojem v IASB, zvolena metoda nejlepšího odhadu a rizikové přírážky (Best Estimate a Risk Margin). V dalším kole studie v roce 2006 již proběhlo testování dvou hladin výpočtu kapitálové přírážky (SCR a MCR), ocenění aktiv i pasiv, vliv změny ocenění na bilanci a stanovení dostupného kapitálu. Výsledkem studie byla tedy i míra solventnosti podle Solventnosti II. V rámci QIS3, kromě dalšího testování

kalibrace a proveditelnosti veškerých navržených kalkulací, byl představen výpočet kapitálové přírážky na úrovni skupin, tedy přístup, který byl schopen zohlednit skupinové diverzifikační efekty. Část Direktivy, která se týkala skupinové podpory a s ní souvisejícího využití diverzifikačních efektů, byla z finální verze Direktivy schválené Evropským parlamentem vyloučena a není již relevantní. Významnou částí všech studií byly i kvalitativní otázky, kde mohly pojišťovny komentovat veškeré výpočty, postupy i výsledky, a tím poskytovaly důležitou zpětnou vazbu CEIOPS pro další vývoj standardního modelu. QIS4 již představila téměř finální podobu standardního modelu a rozpracovala tzv. princip proporcionality, v rámci kterého jsou pro řadu výpočtů připraveny zjednodušené metody a postupy tak, aby je mohly naplnit i střední a menší pojišťovny. Problematické by mohly být základní výpočty v rámci standardního modelu hlavně pro ty pojišťovny, které nepracují s tržně konsistentním oceněním pojistných závazků a nemají k dispozici potřebná data a kapacity. Právě na takové společnosti je princip proporcionality zaměřen. Mezi klíčové oblasti QIS4 Evropská Komise dále zařadila výpočet MCR, modul akciového rizika, včetně nakládání s dceřinými společnostmi, skupinové otázky a daně. Výsledky a zpětná vazba právě k těmto tématům byla důležitá pro vyjednávání o definitivní podobě Direktivy.

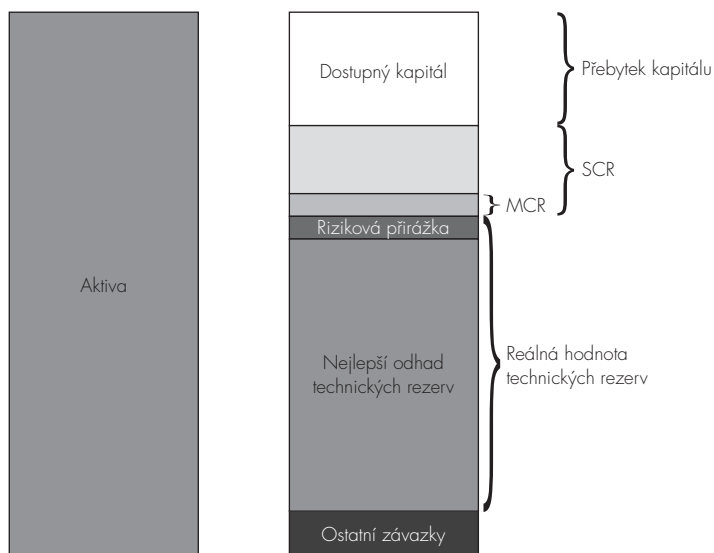
Standardní model

Znění Direktivy stanovuje základní podobu standardního modelu. Podrobnější definice lze očekávat v rámci implementačních opatření, která by měla být zveřejněna na podzim 2009. Jako základ pro implementační opatření vydává CEIOPS konzultační dokumenty (Consultation Papers), které jsou předmětem veřejné diskuse.

Ocenění aktiv a pasiv

Ocenění aktiv a pasiv má být založeno na reálné hodnotě. Na straně pasiv nesmí být brána v úvahu vlastní kreditní pozice společnosti. Významným požadavkem evropského pojistného trhu je konsistence ocenění s mezinárodními účetními standardy (IFRS). Pro stranu aktiv se používá ocenění podle trhu (mark-to-market) v případě, že je snadno veřejně dostupné. V opačném případě se oceňuje podle modelu (mark-to-model), na který jsou kladeny požadavky na kvalifikovanost, ověřitelnost vstupů a maximální využití tržních dat. Takovýto model musí podléhat vnitřnímu kontrolnímu procesu. Speciální přístup je v rámci Solventnosti II nastaven pro nehmotná aktiva, jejichž ekonomická hodnota je považována za nulovou. Výjimkou jsou nehmotná aktiva, která mají reálnou hodnotu podle IAS 38. Dále platí, že současnou hodnotu budoucích zisků (PVFP nebo VOBA) nelze zohlednit v rámci nehmotných aktiv, musí být oceněna jako součást technických rezerv.

Solventnost II – Ekonomická bilance



Ocenění pojistných závazků

Pojistné závazky jsou oceněny jako součet nejlepšího odhadu a rizikové přírážky. Nejlepší odhad je kalkulován v hrubé výši, tedy před zajištěním, které je pak speciálně vykázáno na straně aktiv v reálné hodnotě se zohledněním rizika nesplnění závazků zajišťovatelů. Direktiva definuje nejlepší odhad jako pravděpodobnostně vážený průměr budoucích peněžních toků s využitím rizikově neutrální výnosové křivky. Takto vypočtený nejlepší odhad bere v úvahu nejistotu v budoucích peněžních tocích. V závazcích ze životního pojištění musí být zohledněny opce a garance, tedy nezaručené budoucí podíly na výnosech, chování pojistníků, rozhodnutí managementu i očekávané budoucí daňové toky. Jako možné způsoby výpočtu nejlepšího odhadu jsou doporučeny deterministické i stochastické metody jako Monte Carlo simulace, bootstrapping, Mackova metoda, Bayesův přístup, dále zátěžové a scénářové testy.

Součástí reálné hodnoty technických rezerv je riziková přírážka, která má být vypočtena metodou Cost-of-Capital, tedy přístupem využívajícím náklady na kapitál, s použitím faktoru 6 %.

Segmentace

Speciální kapitolou ocenění technických rezerv je segmentace pojistného kmene. Je předepsáno minimální rozdělení portfolia, pro které musí být kalkulován nejlepší odhad technických rezerv. Podrobnější segmentace je již v kompetenci každé pojišťovny. Pojistné smlouvy, které obsahují více rizik, by podle základního pravidla Solventnosti II měly být rozděleny do jednotlivých složek. Musí být však brán v úvahu princip proporcionality a pokud takovéto rozdělení není pojišťovna schopna realizovat, je pojistná smlouva zařazena do příslušné kategorie podle převažujícího rizika. Oddělení životního a neživotního pojištění v rámci jedné pojistné smlouvy je žádoucí.

Segmentace pro účely výpočtu technických rezerv

Životní pojištění (16 skupin)	Neživotní pojištění (14 skupin)
1. vrstva	Pojištění odpovědnosti zaměstnavatele
Smlouvy s podílem na zisku	Úrazové a zdravotní pojištění
Smlouvy, kde investiční riziko nese pojistník	Pojištění vozidel – povinné ručení
Ostatní smlouvy bez podílu na zisku	Pojištění vozidel – ostatní
Aktivní zajištění	Námořní, letecké a dopravní pojištění
2. vrstva	Pojištění proti požáru a ostatní majetkové pojištění
Hlavní riziko je smrt	Pojištění odpovědnosti
Hlavní riziko je dožití	Pojištění úvěrů a záruk
Hlavní riziko je invalidita	Pojištění právní ochrany
Hlavní je spořicí složka	Asistence
	Ostatní neživotní pojištění
	Neproporcionální zajištění majetku
	Neproporcionální zajištění jiné než majetkové
	Neproporcionální zajištění námořní, letecké, dopravní

Vlastní zdroje

Vlastní zdroje jsou definovány jako kapitál ke krytí regulatorních kapitálových požadavků (SCR a MCR). Skládají se ze základních vlastních zdrojů, což je přebytek aktiv nad pasivy a podřízené závazky, a dále z doplňkových vlastních zdrojů. Jsou rozděleny do tří úrovní podle toho, do jaké míry mohou být využity ke krytí kapitálových požadavků. Direktiva pro toto rozdělení využívá dvou základních charakteristik, a to trvalé dostupnosti a podřízenosti. U každé položky vlastních zdrojů musí být vyhodnoceno, do jaké míry splňuje tyto charakteristiky. Podíl zdrojů z úrovně 1 na krytí SCR musí být minimálně třetina z celkových vlastních zdrojů. Tento požadavek bude zřejmě bez problémů naplněn, protože z výsledků kvantitativních dopadových studií vyplývá, že napříč

evropským pojištným trhem tvoří průměrně více než 95 % právě základní vlastní zdroje zařazené do úrovně 1, přičemž jejich podstatnou část zaujímá přecenění technických rezerv na reálnou hodnotu. Ke krytí MCR mohou být použity pouze vlastní zdroje z úrovně 1 a 2.

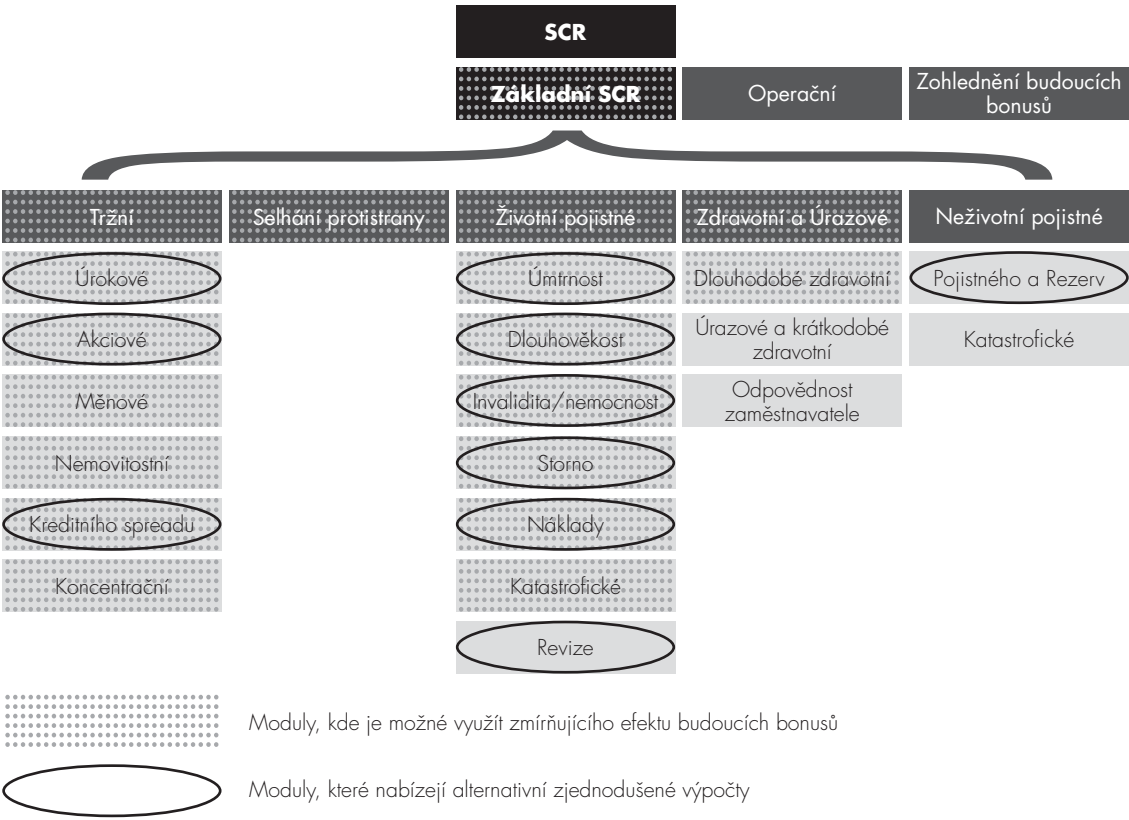
Příklady klasifikace vlastních zdrojů

Základní vlastní zdroje (Úroveň 1 – 3)	Doplňkové vlastní zdroje (Úroveň 2 – 3)
Základní kapitál	Nesplacené kumulativní prioritní akcie
Nerozdělený zisk z minulých let	Nesplacené podřízené dluhy
Přecenění aktiv a pasiv	Jiný nesplacený hybridní kapitál
Emisní ážio	Akreditivy a záruky
Podřízené dluhy	
Hybridní kapitál	

Solventnostní kapitálový požadavek (Solvency Capital Requirement – SCR)

Všechny pojišťovny, které spadají do regulačního rámce Solventnost II, musejí mít vlastní zdroje minimálně v takové výši, aby byly schopny krýt SCR, kalkulovaný buď Direktivou stanoveným standardním vzorcem nebo dohledovým orgánem schváleným interním modelem. Výpočet musí být prováděn nejméně jednou ročně. Kalibrace SCR má odpovídat rizikové míře Value-at-Risk na hladině spolehlivosti 99,5 % v horizontu jednoho roku. Kalkulace SCR je založena na modulárním přístupu ve dvou úrovních. Při výpočtu v rámci jednotlivých podmodulů se využívá faktorových nebo scénářových přístupů. Poté jsou výsledky z jednotlivých podmodulů a modulů agregovány pomocí korelačních matic do tzv. základního SCR (BSCR).

Struktura SCR dle QIS4



Direktiva definuje výčet těchto rizik jako minimální, která musí SCR obsahovat:

Neživotní pojistné riziko – zahrnuje riziko pojistného a rezerv a katastrofické riziko. Výpočet kapitálové přírážky pro riziko pojistného a rezerv je založený na sérii faktorových kalkulací a agregaci přes předepsaná odvětví pojištění. Společnosti, které upisují neživotní pojistná rizika v různých zemích, mohou využít geografické diverzifikace. Tato není relevantní, pokud je více než 95 % všech neživotních technických rezerv a pojistného alokováno v jedné zemi. Při kalkulaci kapitálové přírážky pro katastrofické riziko je možné využít tří přístupů,

a to: jednoduchého faktorového vzorce, dále regionálního katastrofického scénáře, který je definován lokálním dohledovým orgánem, případně vlastního katastrofického scénáře.

Životní pojistné riziko – zohledňuje vedle biometrických rizik, jako je úmrtnost, dlouhověkost, invalidita a nemocnost, také rizika storen, nákladů, katastrofické riziko a riziko revize (toto se týká produktů neživotního pojištění, které mají charakter důchodů, např. renty z pojištění odpovědnosti). Ve všech podmodulech životního pojistného rizika se jako základní využívá scénářový přístup, testuje se tedy např. dopad zvýšení míry úmrtnosti o 10% v každém věku na NAV (net asset value).

Zdravotní pojistné riziko – v rámci tohoto modulu se počítá kapitálová přírážka pro dlouhodobá zdravotní pojištění. Parametry tohoto pojištění splňují především produkty prodávané v Německu a Rakousku. Rizika zahrnutá v podmodulu úrazové a krátkodobé zdravotní riziko charakterem odpovídají neživotním pojistným rizikům, tedy riziku pojistného a rezerv a katastrofickému riziku. Posledním rizikem zařazeným v tomto modulu jsou pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

Tržní riziko – by mělo zohledňovat rizika plynoucí z volatility tržních cen finančních instrumentů. Započtena musí být minimálně citlivost hodnoty aktiv a pasiv na změny úrokových měr a dále jejich volatilita (úrokové riziko), také akciové riziko, týkající se volatility cen instrumentů na akciových trzích, riziko nemovitostní a měnové. Pro výpočet kapitálové přírážky u těchto rizik je předepsáno testování scénářů, jako např. posun úrokové křivky podle předepsané struktury a dopad tohoto testu na NAV. Také je nutné zohlednit volatilitu kreditních spreadů vzhledem k rizikově neutrální křivce. Riziko kreditních spreadů se vztahuje na dluhopisy, strukturované kreditní produkty a kreditní deriváty a standardní vzorec využívá pro výpočet faktorového přístupu. Další riziko může pro pojišťovny plynout z nedostatku diverzifikace na straně aktiv, a tedy významných následků v případě krachu jediné protistrany. Toto je řešeno v rámci podmodulu koncentračního rizika, kde jsou jednotlivé protistrany posuzovány podle jejich kreditní kvality a celková kapitálová přírážka je kalkulována faktorovým vzorcem.

Kreditní riziko (selhání protistrany) – musí reflektovat ztrátu v důsledku neočekávaného krachu nebo zhoršení kreditní pozice protistrany. V rámci tohoto modulu by měly být zohledněny všechny kontrakty zmírňující riziko, jako jsou zajištěné smlouvy, sekuritizace a deriváty, ale také pohledávky za zprostředkovateli, případně další kreditní expozice, které nejsou zohledněny v rámci rizika kreditních spreadů.

Operační riziko – vedle výpočtu základního SCR, ve kterém jsou agregovaná výše zmíněná rizika, stojí samostatně jednoduchá faktorová formule pro operační riziko, jejímž vstupem jsou základní pojistné parametry jako hrubé technické rezervy, hrubé zaslužené pojistné a náklady týkající se investičního pojištění. Kapitálová přírážka pro operační riziko nesmí přesahovat 30 % základní kapitálové přírážky. Řada opatření týkajících se

operačních rizik je také řešena v rámci kvalitativních opatření projektu Solventnost II, druhého a třetího pilíře. Speciálním tématem, které se váže k většině výpočtů v rámci základního SCR, je tzv. zmírňující efekt budoucích podílů na výnosech a odložených daní. Lze předpokládat, že pojišťovna v případě nepříznivého vývoje může ovlivnit výši přiznávaných bonusů a takto zmírňovat dopad případných ztrát. Tento možný dopad by měl být zohledněn ve výši kapitálové přírážky.

Minimální kapitálový požadavek (Minimum Capital Requirement – MCR)

Jedním z nejdiskutovanějších témat při vývoji standardního modelu byl výpočet MCR, a to z důvodu hledání vhodného kompromisu mezi dostatečně jednoduchým, ale zároveň realitu správně vystihujícím, minimálním kapitálovým požadavkem. Klesne-li dostupný kapitál pojišťovny pod hladinu MCR, představuje to neakceptovatelnou míru rizika pro pojistníky a dohledový orgán musí okamžitě nařídit nápravná opatření. Výpočet musí být dostatečně jednoduchý, aby mohl být prováděn a reportován dohledu s frekvencí nejméně čtyřikrát ročně a mohl podléhat externímu auditu. Kalibrace MCR by měla odpovídat rizikové míře Value-at-Risk na hladině spolehlivosti 85 % v horizontu jednoho roku. Direktiva definuje MCR jako lineární funkci základních parametrů jako jsou technické rezervy, předepsané pojistné, riziková pojistná částka, odložená daň a administrativní náklady. Výsledek je zároveň omezen zdola 25 % a shora 45 % SCR. Kromě kombinovaného výpočtu zahrnujícího lineární formuli a omezení podle SCR musí MCR podléhat absolutnímu minimu.

Absolutní minimum pro MCR	mil EUR
1a. Neživotní pojišťovna, včetně kaptivní pojišťovny, kromě	2 200 000
1b. Neživotní pojišťovny, která prodává pojištění odpovědnosti (MTPL, letecká, lodní, obecné) a pojištění úvěrů, záruk a právní ochrany	3 200 000
2. Životní pojišťovna, včetně kaptivní pojišťovny	3 200 000
3a. Zajišťovna	3 200 000
3b. Kaptivní zajišťovna	1 000 000
4. Kompozitní pojišťovna	součet 1. a 2.

Standardní versus interní model

Solventnost II umožňuje pojišťovnám a zajišťovnám kalkulaci SCR pomocí vlastního plného nebo částečného interního modelu, který bude schopen lépe zachytit specifická rizika jednotlivých společností. Lze očekávat, že tento přístup bude volit velká část nadnárodních společností, které již v současnosti pracují s interními modely pro výpočet ekonomického kapitálu. Interní modely budou podléhat 6ti měsíčnímu schvalovacímu procesu dohledového orgánu. Lze také očekávat, že bude požadován souběh standardního a interního modelu v prvních letech po implementaci režimu Solventnost II.

Literatura:

- Amended proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council, SOLVENCY II, Council of the European Union, 30 March 2009
- Consultation Paper No. 26: Technical Provision – Elements of statistical methodologies for the calculation of the best estimate (draft), CEIOPS 2009
- Consultation Paper No. 27: Technical Provision – Line of business on the basis of which (re)insurance obligations are to be segmented (draft), CEIOPS 2009
- Consultation Paper No. 29: SCR standard formula – Counterparty Default Risk, CEIOPS 2009
- Consultation Paper No. 35: Valuation of assets and “other liabilities” (draft), CEIOPS 2009
- Technical Specification QIS4, CEIOPS 2008
- Solvency II: The framework directive published, where do we go from here?, Towers Perrin, 2007

Standard model for new regulatory regime in insurance – Solvency II

As a part of Solvency II project, the European Commission has requested the CEIOPS to prepare advice in order to introduce a new solvency and supervisory standard for European insurance industry. For this purpose, CEIOPS has prepared the series of quantitative impact studies (QIS) as a test of standard solvency model. The European Parliament has already approved the Solvency II Directive in April 2009 and the detailed implementing measures will follow during the year. The paper describes the standard model as a new risk-based approach to regulatory requirement.

Ústavněprávní rámec soukromoprávních vztahů v pojištění

Drahomír Kubáň, Allianz pojišťovna, a. s.

Pojišťovnictví a pojištění lze zkoumat pohledem veřejného zájmu a současně pohledem soukromým. Základní hranice a zároveň prostor pro chování účastníků vztahů tvoří základní práva a svobody. Jak a s jakou intenzitou má stát právo do těchto vztahů zasahovat a jaké problémy při tom mohou vznikat, se pokouší nastínit tento článek. Odpovědí na tyto otázky je zkoumání funkce pojištění ve společnosti, proč jsou pojišťovny tzv. regulovanými jednotkami a jaké jsou úkoly dohledu při naplňování jeho funkcí. Nejde přitom jen o vztah dohledu a pojišťovny, resp. jejího klienta. Jde samozřejmě též o vztah a zaručenou ochranu základních práv a svobod pojistníka, pojištěného a dalších účastníků pojištění a pojistitele. Článek se rovněž zabývá některými instituty pojištění, kde jsou ústavně právní základy vztahů v pojišťovnictví a pojištění vidět obzvlášť zřetelně.

Základní práva a svobody a soukromé právo

Listina základních práv a svobod zajišťuje jedinci autonomii při vytváření jeho soukromoprávních vztahů. Prostřednictvím zákonů pak vytyčuje meze, v nichž si osoby mohou uspořádávat svoje smluvní vztahy. Jedním z principů konstitucionalismu v ČR je ochrana vlastnictví a svobody podnikání.¹ Smluvní svoboda a ochrana vlastnictví je zajištěna především v čl. 11 odst. 1 Listiny základních práv a svobod,² čl. 101 odst. 3 Ústavy České republiky, možnosti omezení vlastnického práva jen za určitých podmínek jsou upraveny v čl. 11 odst. 2 a čl. 35 odst. 3 Listiny, svoboda podnikání, smluvní volnosti či autonomie vůle a svobodného individuálního jednání je zajištěna v čl. 2 odst. 3 a čl. 26 Listiny, jakož i možnosti omezení svobody podnikání v čl. 26 odst. 2 a 4, čl. 44 Listiny, ochrana podmínek podnikání v čl. 12 odst. 3, čl. 14 odst. 1, čl. 15 odst. 2, čl. 34 odst. 1 Listiny, úkoly státu při vytváření podmínek rozvoje tržního hospodářství v čl. 2 odst. 1 Listiny. Pokud se určitá tematika netýká konkrétního ustanovení Listiny, je rozhodujícím pro smluvní svobodu a svobodu podnikání výše uvedený výčet ustanovení Listiny.

Od vstupu České republiky do Evropské unie přešly některé pravomoci státu na unijní orgány. Proto nelze při zkoumání dané materie pominout rámec, který soukromým vztahům dává evropské právo. Principy konstitucionalismu představuje především zákaz diskriminace v čl. 13, čl. 30 a čl. 230 Smlouvy odkazují na ochranu vlastnického práva, v čl. 177 odst. 2 se stanoví, že rozvojová spolupráce přispívá ke všeobecnému cíli rozvoje a upevnění demokracie a právního státu a respektování lidských práv a základních svobod.³ Zakladatelské smlouvy Evropských společenství neobsahují ucelený celek základních práv, upravují pravidla chování států a Společenství. O to více vytváří Evropský soudní dvůr svými rozhodnutími, vykládajícími evropské právo, katalog základních práv a svobod jednotlivců. Evropská úroveň ochrany základních práv a svobod

¹ K tomu podrobněji Filip Jan, Ústavní právo 1, Základní pojmy a instituty, Ústavní základy ČR, Brno 1999, s. 176 a násl.

² Z. č. 23/1991 Sb. Ústavní zákon, kterým se uvozuje Listina základních práv a svobod. Ustanovení Listiny, týkající se principu svobody podnikání a ochrany vlastnictví, nejsou uvedeny v plném výčtu, k tomu srov. cit. dílo.

³ Tichý Luboš a kol., Dokumenty ke studiu evropského práva: Smlouva o založení Evropského společenství, str. 21 a násl.

se podle převažujících názorů musí blížit nejvyšším národním standardům ochrany.⁴ Tak platí, že prosazování základních práv a svobod v právním řádu Společenství jsou vymezeny hranice, které vychází ze sociální funkce chráněných právních statků a činností. Základní práva a svobody jednotlivce jsou zpravidla chráněna s výhradou omezení, která leží ve veřejném zájmu.⁵ V právním řádu Společenství je proto třeba těmto právům stanovit určité hranice, které jsou ospravedlněny cíli, sloužícími všeobecnému blahu Společenství, pokud tato práva nejsou dotčena ve své podstatě.⁶

Základní práva a svobody působí na utváření smluvních vztahů tím, že vytváří ochrannou bariéru smluvní autonomii a vytváření smluvních vztahů, což je garantováno v čl. 2 odst. 3 Listiny. Veřejná moc je povinna respektovat autonomní projev vůle jednotlivce. Stát zasahuje pouze v případech, kdy jednání jednotlivce porušuje výslovně formulovaný zákaz upravený zákonem.⁷ Stát tedy zasahuje jen, aby zajistil veřejný zájem a kde je takový zásah přiměřený s ohledem na cíle, jichž má být dosaženo. Uvažovat lze pouze o případech, kdy jednání jednotlivce porušuje výslovně formulovaný zákaz upravený zákonem. Lze hovořit o tendenci konstitucionalizace soukromého práva, která by však měla týkat co nejmenšího počtu případů.⁸

Základní práva a svobody mají jednak přímý účinek na vytváření autonomní vůle a svobodné individuální jednání, jednak nepřímý prostřednictvím předpisů veřejného a soukromého práva, zejména občanskoprávních, resp. obchodněprávních předpisů. Základní práva a svobody působí na vztahy zprostředkovaně tak, že zavazují zákonodárce dbát souladu právních předpisů se základními právy a svobodami, a přímo tak, že zavazují adresáty norem právní předpisy vykládat a používat v souladu se základními právy a svobodami.⁹ Evropský soudní dvůr zdůraznil, že základní práva a svobody neplatí absolutně, nýbrž mohou být podrobena omezením, pokud tato omezení skutečně slouží cílům Společenství a nepředstavují vzhledem ke sledovanému účelu nepřiměřený, neodůvodnitelný zásah, který se dotkne zajištěných práv v jejich podstatě.¹⁰

Základní práva a svobody vytváří systém hodnot, na nichž je stát budován a v jejichž centru stojí lidská svoboda. „Tato svoboda však není jen ohrožována státní mocí, nýbrž i mocí soukromou, jestliže mezi jedním a druhým soukromým subjektem existují svobodu ohrožující mocenské zásahy a z čehož vyvstává omezení svobody

⁴ Např. ochrana vlastnického práva R 18/57 Nold z 4.12.1995, R 44/79 Hauer z 13.12.1979, svoboda povolání R 234/85 Keller z 8.10.1986, svoboda podnikání R 111/70 Internationale Handelsgesellschaft z 17.12.1970, svoboda jednání a svoboda soutěže v R 133-136/85 Rau z 21.5.1987, zásada rovného zacházení a zákaz svévole v R 117/76 a 16/77 Ruckdeschel z 19.10.1977 R 113/77 NTN Toyo Bearing Company z 29.3.1979, R 201 a 202/85 Klensch z 25.11.1986, zákaz diskriminace R 180/83 z 28.6.1984; pramen EUR Lex, Borries von Reimer und Zacker Christian, Europarecht von A-Z, München 2003, str. 343 a 344, Tichý Luboš: Dokumenty ke studiu evropského práva, Praha 2002.

⁵ Blíže k pojmu veřejného zájmu z pohledu ústavněprávního viz Filip J. cit. dílo, str. 22 a násl. či Knapp Viktor, Tvorba práva a její současné problémy, Praha 1998, str. 59 a násl.

⁶ Rozhodnutí Evropského soudního dvora R 4/73 Nold z 14.5.1974. Mj. se praví, že třeba zkoumat, zda omezení obsažené ve sporné úpravě (pozn. nařízení EHS č. 1162/76) skutečně odpovídají cílům společenství, sloužícím obecnému zájmu a zda nepředstavují s ohledem na sledovaný účel neúměrný a neúnosný zásah do výsadních práv vlastníka, který ohrožuje samu podstatu vlastnického práva. Pojem „podstata“ („Wesensgehalt“, angl. „Essence“) vyjadřuje „podle nauky ústavního práva SRN absolutní jádro základních práv. Základní právo je v jednotlivém případě z nedostatečného důvodu omezeno a/nebo zásah do základního práva je pro dotčeného nepřiměřený či neúnosný (srov. viz encyklopedie WIKIPEDIA).

⁷ Nález I. ÚS 557/05, Zdroj NALUS – databáze rozhodnutí Ústavního soudu; také princip přiměřenosti je obsažen v rozhodnutích Evropského soudního dvora např. R 1162/82 z 18.9.1986, R 265/87 Schröder z 11.7.1989, R C-8/89 z 26.6.1990, a R 44/79 Hauer z 13.12.1979, C-331/88 Velká Británie z 13.11.1990, srov. Tichý L. Dokumenty str. 266 a násl.

⁸ Schenke Wolf-Rüdiger, Verfassungsrechtliche Probleme des Privatversicherungsrechts, Karlsruhe 2003, str. 7

⁹ § 1 z. č. 23/1991 Sb.

¹⁰ R 265/87 Schröder; v orig. „in ihrem Wesensgehalt“

jednotlivce, který se dostane do podřízenosti moci".¹¹ Otázky ústavněprávní ochrany svobody jednotlivce před zásahy do jeho práv a svobod jsou aktuální. Jde přitom jak o zásahy státu do svobody podnikání, tak o zásahy jednoho jednotlivce do sféry druhého jednotlivce vytvářející nerovnovážné postavení smluvních stran.

Ústavněprávní základy regulace pojišťovnictví

Funkce pojištění

Regulace soukromého pojištění a pojišťovnictví představuje zásah do soukromé autonomní sféry regulovaných jednotlivých osob a těch, kteří s regulovanými subjekty vstupují do právních vztahů. Z výše uvedeného vyplývá, že jakákoliv regulace musí být určována postuláty základních práv a svobod jednotlivce. Klíčová otázka je jednoduchá. Proč je nutné pojišťovnictví a ekonomické a právní vztahy pojištění regulovat a tyto vztahy dohlížet? Může být pojištění podřízeno volnému trhu? Mají mít pojišťovny úplnou volnost při utváření podmínek pojištění nebo má být jejich svoboda omezena?

Odpověď na tuto otázku udává, jakou funkci pojištění ve společnosti má. Hlavní úloha pojištění podle převažujícího názoru spočívá v přebírání rizik a pokud se riziko materializuje, tak v přebírání škod, neboli poskytnutí peněžitého plnění.¹² Podle jiné definice je funkcí pojištění vyrovnat poruchy v hospodářských plánech pojištěného, vyvolané nejistými událostmi.¹³ Pojištění je tedy společenstvím rizik¹⁴ a společenstvím pojistných zájmů širokého okruhu osob. Jde tedy o masový počet jednotlivců, které spojuje zájem zabezpečit se proti riziku. Několik málo lidí je kompenzováno z prostředků placených mnoha účastníky onoho společenství, a tím se funkce pojištění naplňuje. Proto také pojištění jako společenství jedinců, které váže společný zájem, ovládá prvek solidarity. Poskytne-li pojišťovna pojistné plnění z prostředků odebraných příslušníkům onoho společenství ohrožených osob osobě postižené pojistnou událostí, riziko se vyrovná kalkulací velkých čísel.¹⁵ Uvedený společný zájem se tak stává zájmem veřejným. Dalším rysem a důvodem ingerence státu do pojištění je řízení rizik a prevence škod.¹⁶ V důsledku plnění uvedených funkcí dochází ve společnosti ke snižování počtu škod, a tím i celospolečenských hospodářských ztrát. Stát musí podporovat pojištění, neboť se řídí veřejným zájmem, jenž určuje, která rizika musí být pojištěna, zejména tedy ta, kde obětí je třetí strana. Jde však též o pojištění závažných onemocnění, životní a důchodová pojištění, pojištění proti přírodním katastrofám apod. Veřejným zájmem, který spočívá v zabránění neodpovědnému či bezstarostnému přístupu jednotlivců k rizikům, kterým jsou nebo mohou být vystaveni, anebo také nedovolenému chování v onom společenství rizika, je i soubor práv a povinností utvářejících pojistný vztah.

¹¹ Schenke W.-R., str. 6

¹² Clarke Malcolm: Policies and Perceptions of Insurance Law in the Twenty-First Century, Oxford, 2005, str. 251.

¹³ Prölss Erich R./Martin Anton Versicherungsgesetz, Kommentar zu VVG und EGVVG, München 1998, str. 54. Uvedená definice vychází z tzv. teorie plánu na rozdíl od tzv. teorie škody. Její výhodou je, že definičně pokrývá i obnosové pojištění.

¹⁴ Prölss Erich R.: Versicherungsaufsichtsgesetz, Hrsg. Schmidt Reimer 11. Aufl., München 1996, Str. 152. V citovaném komentáři se hovoří společenství pojistných nebezpečí, což je pojem přesnější a odpovídá definici pojistného nebezpečí a pojistného rizika v z. č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě. V anglosaské pojmosloví je riziko synonymem nebezpečí. Není předmětem tohoto článku se zabývat touto materií.

¹⁵ Prölss E./Martin A., str. 57

¹⁶ Proto bývá pojištění nazýváno pomocným, podpůrným průmyslem, uvádí Clarke M. v cit. díle, str. 252

Právo dohledu nad pojišťovnami

Pojišťovna je subjektem veřejného zájmu. Důvod spočívá v její důležitosti pro ochranu veřejného zájmu, zejména vzhledem k povaze, funkci její činnosti, jak nastíněno výše. Tato definice není obsažena v zákoně o pojišťovnictví, nýbrž se dostala do českého právního řádu oklikou při přejímání sekundárního práva EU o auditorských společnostech.¹⁷ Právo dohledu nemá žádnou speciální koncepci, která by vycházela z Ústavy nebo Listiny. Primární a nejpodstatnější vliv základního zákona spočívá v zavedení dalekosáhlé státoprávní disciplíny, zvláště nastolením zásady přiměřenosti, tj. nezbytnost, vhodnost a úměrnost. V této souvislosti judikoval německý ústavní soud, který definoval dohled jako dohled nad dodržováním pořádku po působu policejního práva.¹⁸ K uvedeným zásadám výkonu dohledu spočívajícím z pohledu základních práv a svobod v nezbytnosti, vhodnosti a úměrnosti lze přiřadit zásadu seberegulace. Ta umožňuje regulovaným subjektům využívat své autonomní vůle v mezích základních práv a svobod.

Právo dohledu ovládá koncepcí materiální, tj. stát nadělil dohledovému orgánu rozsáhlé kompetence, umožňující dohled nad činností pojišťovny a vybavil dohled nástroji umožňující zásahy do činnosti pojišťovny.¹⁹ Stanovena je maxima, a tou je dohled nad dodržováním zákonem stanovených pravidel, regulujících provozování činností v soukromém pojišťovnictví, včetně finančního dohledu.²⁰ Současné dohledové právo tvoří sekundární legislativa Evropské unie, upravující pravidla zahajování a provozování pojišťovnictví, která byla přejata do českého právního řádu. Odtud také pochází pojem tzv. finančního dohledu, tj. dohledu nad hospodařením pojišťovny. Zejména se to týká její platební schopnosti, tvorby technických rezerv, finančního umístění, dodržování účetních předpisů. Tento dohled je třeba odlišovat od dohledu právního apod.

Ochranná funkce dohledu

Tam, kde by mohlo docházet k porušování základních práv a svobod, nebo je nutné poskytnout ochranu jedinci, který by se mohl v důsledku svého osobního, hospodářského nebo společenského postavení ocitnout v nevýhodě proti druhé smluvní straně, což ovlivňuje jeho smluvní autonomii, je povinností státu vytvořit takové normy, které budou ochraňovat objektivně slabší smluvní stranu.²¹ Tím stát dostojí svému závazku ochraňovat hodnoty základních práv a svobod nejen tím, že tyto hodnoty stanovil základní právní normou, nýbrž k jejich zachování je nucen přijímat konkrétní zákony.

Ochranná funkce dohledu je formulovaná v řadě ustanovení zákona o pojišťovnictví. Například v § 6 zákona o pojišťovnictví, podle kterého dohled v pojišťovnictví vykonává Česká národní banka, jde zejména o zájem spotřebitele. Tento pojem je však právně neurčitý, formulace normy je široká, aniž by definovala, jak intenzivní

¹⁷ § 44 zákona č. 93/2009 Sb. o auditorech. Zvolená definice není šťastná, i když se říká, že platí pouze pro oblast působnosti citovaného zákona. Touto definicí jakoby se posouvalo soukromé pojištění, platí však i pro ostatní regulované poskytovatele finančních služeb do sféry veřejných. S tím mohou souviset další, zatím netušené, důsledky dodatečné regulace.

¹⁸ Prössel E., k základní funkci dohledu cit. dílo str. 64.

¹⁹ Mezi další nástroje dohledového orgánu patří systém publicity přikazující pojišťovnám otevřenost vůči veřejnosti, normativní systém stanovující pojišťovně pravidla její činnosti. K tomu srov. např. Baran Petr: Österreichisches Versicherungsaufsichtsrecht, Wien 2008, str. 9.

²⁰ Zákon č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví, § 2 odst. (1) písm. bb). Předpis definuje dohled v pojišťovnictví jako rozhodování a kontrolní činnost. Autor používá legální definici kontrolní činnosti jako synonymum vlastní dohledové činnosti.

²¹ Prössel E. V právním vývoji EU je teorie ochrany přijata jako právní teorie Společenství v tom smyslu, že potřeba ochrany je imanentní znak právního pojmu dohledu v pojišťovnictví, str. 145.

ochrana zájmu spotřebitele má být. Takže zůstává vyhrazeno dohledu, jakou intenzitu zájmu ochraně spotřebitele obecně, ale i v konkrétním případě, zvolí. Upřesnění rámce činnosti dohledového orgánu v zájmu spotřebitele nalezneme též např. v § 13a zákona o pojišťovnictví, podle kterého je pojišťovna povinna stanovovat takovou výši pojistného, které jí umožní trvalou splnitelnost jejích závazků. Přičemž trvalou splnitelností závazků se rozumí prokazatelná schopnost pojišťovny uhradit všechny závazky z pojišťovací činnosti, včetně závazků splatných v následujících účetních obdobích (§ 2 odst. 1 písm. r). K tomu směřuje kontrolní činnost dohledu, když kontroluje splnitelnost závazků pojišťovny (§ 26 zákona o pojišťovnictví).

Z hlediska ochranné funkce dohledu je pojem spotřebitele třeba chápat jako vymezení okruhu účastníků pojištění odlišných od pojistitele, tj. pojistníka, pojištěného, dalších osob oprávněných a třetích osob jako poškozených.²² Ochranná funkce dohledu se však též týká druhé strany pojistného vztahu, tedy pojistitele. Zákon reglementuje ochrannou funkci dohledu jako funkci zásadní a objektivní, neboť slouží veřejnému zájmu, ochraně neurčitého počtu osob. O tom, zda lze z této funkce dovozovat subjektivní právo účastníka pojištění na konkrétní ochranu vůči státu bude pojednáno níže. Naopak činnosti, které nevyžadují zvláštní potřebu ochrany, protože jejich sociální dopad je omezený, jsou z dohledu, jeho ochranné funkce, vyčleněny. Tak se zákon o pojišťovnictví nevztahuje za tam stanovených podmínek na činnost vzájemných podpůrných spolků a družstev, činnosti spočívající v uzavírání závazků poskytnout plnění pouze v případě smrti, jestliže nepřesáhne průměrné náklady na pohřeb nebo jestliže je poskytováno nepeněžitě plnění a činnosti spočívající v poskytnutí pomoci v případě poruchy nebo nehody silničního vozidla (tzv. asistenční služby).²³

Kde je potřeba ochrany, nelze popřít potřebu dohledu, pokud nedává právní řád jiné rovnocenné prostředky ochrany.²⁴ Potřeba ochrany má však různou intenzitu veřejného zájmu. Právní vývoj v Evropské unii směřuje k rozlišování dopadu hospodářského, sociálního a individuálního významu rizik. Takže uvedenou zásadu nelze pojímat absolutně. Uplatňovat stejnou míru ochrany, požadavky na technické rezervy, solventnost atd. tam, kde míra rizika je nízká, nebo, kde existují jiné prostředky ochrany, neodpovídá zásadě úměrnosti. Ochranná funkce dohledu je jeho základním znakem, kterým naplňuje svůj veřejnoprávní účel zasahovat v mezích zákonných zmocnění a ve veřejném zájmu do soukromoprávních vztahů. Projevuje se v ní oprávnění a zároveň omezení veřejné moci zasahovat do principů smluvní volnosti jedince a dalších Listinou garantovaných práv a svobod.

Limity ochranné funkce dohledu

Činnost dohledu není neomezená. Především ústavněprávní důvody obsahové limity dohledu v pojišťovnictví nejen dovolují, ale dokonce i přikazují. Definování ochrany zájmů pojištěných je natolik neurčité, že může znamenat zásahy do obchodní politiky pojišťovny. V žádosti o povolení jsou schvalovány stanovy, obchodní plán, osoby, které jsou navrhovány za členy orgánů, změny v činnosti pojišťovny jsou podrobeny schvalovacímu procesu či oznamovací povinnosti, včetně schvalování změn v účastech v pojišťovně.²⁵ Úlohou příslušných

²² Viz § 3 zákona o pojistné smlouvě

²³ Srov. § 1 odst. 4 zákona o pojišťovnictví

²⁴ Prölss E., str. 145

²⁵ Srov. § 7 až § 12 zákona o pojišťovnictví

orgánů (pozn. dohledu) by mělo být provádění obezřetnostního posuzování jasným a průhledným postupem a na základě jasných kritérií pro posuzování, která jsou přísně obezřetnostní povahy.²⁶ Princip obezřetnosti jako princip jednak pro stanovení dohledových požadavků na pojišťovny, a jednak jako princip požadovaný v činnosti samotných pojišťoven se obecně v regulaci finančního sektoru prosazuje. Bezpochyby tento princip ochrannou funkci dohledu posouvá do přísnější fáze regulace činnosti soukromého subjektu. Čím více pojišťovací dohled chrání zájmy pojištěných, tím více dopadá taková činnost na pojišťovny, jejichž zájmy rovněž požívají ústavněprávní ochrany. Jakýkoliv zásah dohledu může znamenat zásah do základních podnikatelských práv a svobod pojišťovny. Řečené platí, i pokud jde o práva akcionářů. „Optimalizace práv pojištěných zásahy dohledu, je nutně vykoupěna v jistém rozsahu ovlivněním zájmů pojišťovny“.²⁷

Jak už bylo poukázáno, dohled vykonává příslušný dohledový orgán ve veřejném zájmu, který se projevuje zejména v ochraně zájmu pojištěných. Jeho činnost je objektivizována. Tomu korespondující subjektivní právo pojištěného na náhradu škody způsobené mu nezákonným rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem dohledu, jak je zaručeno listinou v čl. 36, zákon o pojištníctví, proto tedy neupravuje. Ačkoliv pojistitel povinně informuje zájemce o pojištění o možnosti obrátit se se stížností na Českou národní banku.²⁸ Toto poučení je určeno vztahu pojistitele a pojistníka a plní funkci ochrany spotřebitele. Pojistník a oprávněné osoby mají možnost podání stížností, řízení o ní však zákon o pojištníctví výslovně neupravuje. Nezákonné rozhodnutí dohledového orgánu nemůže být příčinou škody, jež vznikla pojistníkovi, příp. jiným účastníkům pojištění z důvodů výše uvedených, protože práva a povinnosti dohledu se týkají celého společenství pojištěných osob. Je otázka, zda by tyto případy mohly nastat u pojistných smluv, jejichž součástí jsou pojistné podmínky schvalované orgánem dozoru do roku 2004, a které jsou součástí pojistných smluv a u nichž by soud rozhodl o jejich rozporu se zákonem.²⁹

Pojistná smlouva a její ústavněprávní základy

V soukromém pojištění se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné. Tedy za finanční prostředky smluvní strany, požadující pojistnou ochranu, pojistníka, se strana poskytující tuto ochranu, pojistitel, zavazuje ji poskytnout. Vztahy smluvních stran mohou být, i když z hlediska principu rovnosti smluvních stran jsou formálně rovnoprávné, různorodé. Pokud má některá ze smluvních stran, ať už na základě své hospodářské moci nebo znalostí či odborného aparátu, faktickou převahu, je úkolem zákonodárce a veřejné moci vytvořit takové mechanismy, které budou druhou smluvní stranu chránit. Zákonodárce má pak volnost rozhodnout, zda a která práva upravit

²⁶ Odst. (3) Preamble směrnice Evropského parlamentu a rady 2007/44/ES ze dne 5. září 2007 (pokud jde o procesní pravidla a hodnotící kritéria posuzování nabývání a zvyšování účasti ve finančním sektoru).

²⁷ Schenke WR., str. 23

²⁸ § 66 zákona o pojistné smlouvě

²⁹ Podrobněji viz Schenke WR., str. 24 a násl. K tomuto zajímavému a závažnému problému autor mj. uvádí: „Tímto je dohled nad pojištníctvím postaven jako čistě objektivní kontrolní nástroj, kterému nekovědují subjektivní práva pojištěných. Pokud by tak tomu bylo, chyběla by pojištěným možnost soudní kontroly dohledové činnosti z pohledu dostatečného hájení zájmů pojištěných.“

kolektivně, jak výše popsáno, nebo individuálně. Právní úprava pojistné smlouvy³⁰ je tedy vedle veřejnoprávní úpravy dohledu nad pojišťovnictvím prostředkem zajištění smluvní rovnováhy a smluvní volnosti účastníků pojištění.

Z hlediska hospodářské kauzy závazku, ale též i ochrany vlastnictví si pojistník zaplatí pojistnou ochranu, prostředky pojistníka se stávají vlastnictvím pojišťovny, a má za to právo požadovat smluvně dohodnuté plnění. Povinností pojistitele je poskytnout v případě pojistné události peněžité plnění (tzv. teorie poskytnutí peněžitého plnění)³¹. Jak bylo pojednáno, pojištění obecně je rizikovým společenstvím, do něhož každý finančně přispěl. Pojistná událost však také nemusí nastat. V množství pojistných smluv nemusí dojít k pojistné události, a tak u každé smlouvy existuje nejistota o tom, zda podmíněně nebo bezpodmínečně skončí pojistná smlouva protiplněním. Smlouvy, u kterých nenastane pojistná událost se nedají ex ante identifikovat. Tímto je s ohledem na jednotlivou smlouvu nejisté, zda podmínka nastane či nikoliv. Tím ale není dotčena podstata podmíněnosti smlouvy.³² Nicméně pokud pojistná událost nastane, dostane pojištěný za své peníze protiplnění.

Regulace pojistné smlouvy také dává právo pojistiteli v rámci smluvní autonomie si vybrat mezi riziky, která pojistí a za jakých podmínek, případně vůbec nepojistí. Stejně tak pojistitel v případě úmyslných nebo hrubě nedbalostních jednání může odepřít plnění z pojistné smlouvy. Na druhé straně však mohou veřejnoprávní předpisy uložit uzavření pojistné smlouvy ve veřejném zájmu. Výběr rizika, rozsah plnění, některá práva a povinnosti pojistné smlouvy jsou tak tímto zásadně ovlivněny.

Podíl na přebytku a odkupné

Pojistník se za svou úplatu též podílí na majetku a hospodářských výsledcích pojistitele u životních pojištění ve formě podílu na přebytku pojistného (zisku). Jde o smluvní závazek pojistitele, kterým vytváří nebo nevytváří nárok na podíl na zisku. Jinak řečeno plnění určuje druhá smluvní strana. Vzhledem k tomu, že poskytovat podíl na přebytku není pojistiteli zákonem uložen, nelze podíl na zisku nárokovat, pokud ovšem pojistitel negarantoval pojištěnému příslušné procento ze zisku v budoucnu dosaženého. Pak jeho základní právo podléhá ochraně. Z hlediska pojistné technického pojistitel tuto garanci kryje rezervou pojistného životních pojištění a rezervou pojistného neživotních pojištění.³³ Obdobně je tomu u stanovení hodnoty pojistné smlouvy pro případ stanovení výše odkupného pro případ jeho výplaty.³⁴ Pojistník investuje pojistné, aby za toto investované pojistné obdržel odpovídající hodnotu. Plnění sice určuje druhá smluvní strana, avšak podle obecně uznaných zásad pojistné matematiky tak, aby bylo spravedlivé k pojistníkovi a zároveň nevedlo k bezdůvodnému obohacení pojistníka nad rámec jím zaplaceného pojistného na úkor pojistitele a ostatních klientů pojistitele.³⁵

³⁰ Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě

³¹ Prölss E./Martin A., str. 59

³² Prölss E./Martin A., str. 60

³³ § 18 a § 20 zákona o pojišťovnictví

³⁴ Srov. § 13b odst. 1, pís. a) a e) zákona o pojišťovnictví a § 3 písm. x) a § 58, § 66 zákona o pojistné smlouvě

³⁵ Cipra Tomáš, Pojistná matematika, teorie a praxe, Praha 1999, str. 251

Informační povinnost a transparentnost

Aby nedocházelo k převaze pojistitele a byla zajištěna smluvní autonomie pojistníka, upravuje zákon o pojistné smlouvě a zákon o pojišťovnictví povinnost pojistitele poskytovat pojistníkovi přehledně a srozumitelně relevantní informace o uzavírání pojištění a jeho průběhu, včetně informací o hospodaření pojišťovny. Zájemce o pojištění jako spotřebitel je zákonem chráněn a musí dostat přinejmenším možnost být seznámen s pojistným produktem, který kupuje.

I když zákon výslovně neupravuje právo pojistníka bez jakýchkoliv závazků odstoupit od smlouvy v krátké době po jejím sjednání, vyjma smluv uzavíraných na dálku, jako obranu proti neuváženému sjednání může nedodržení informační povinnosti být sankcionováno absolutní neplatností smlouvy.

Poznámky k dvěma nálezům Ústavního soudu

Především, že nejde o rozbor uvedených nálezů, nýbrž o obecnější zamyšlení nad jejich závěry.

První z nich, ÚS 557/05³⁶, nalézá, že bylo porušeno základní právo stěžovatele, garantované čl. 2 odst. 3 Listiny tj. že každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá. Především se, že na předmětnou věc se vztahovala úprava pojištění v občanském zákoníku. Stěžovatel vytýkal, že obecné soudy ve vztahu k posouzení otázky existence skutečné vůle smluvních stran pojistné smlouvy pojišťit předmětnou věc bez ohledu na to, že stěžovatel není jejím vlastníkem, učinily právní závěry, které neměly oporu v provedeném dokazování. Obecné soudy dovodily ze skutečnosti, že stěžovatel není vlastníkem nemovitosti, kterou pojišťil (pozn. autora: na vlastní jméno a na vlastní účet), neplatnost pojistné smlouvy pro rozpor se zákonem. Prvostupňový soud dospěl k závěru, že v daném případě nelze plnit stěžovateli, který není vlastníkem nemovitosti, když rovněž poukázal na to, že pojistné podmínky pojistitele neobsahují odchylnou úpravu, tj., že plnění náleží jiné osobě, než vlastníku věci. Vrchní soud pak mj. dovodil, že stěžovateli by vznikl nárok na pojistné plnění pouze v případě, pokud by byl v době pojistné události vlastníkem pojištěné věci. Nejvyšší soud pak uzavřel, že pojistná smlouva je neplatná podle § 39 obč. zák., protože svými účinky a účelem odporuje zákonné úpravě pojištění. V době uzavření pojistné smlouvy směřovala vůle účastníků k pojištění věci ve vlastnictví pojištěného, přičemž stěžovatel vlastníkem nebyl.

V popisovaném případě se střetla dvě Listinou garantovaná práva. V případě stěžovatele, jak již bylo zevrubně popsáno, šlo o autonomní sféru jednotlivce, která měla odraz v konkrétním jednání, spočívajícím v pojištění cizího majetku na své jméno a na svůj účet. Tak lze chápat rozhodnutí obecných soudů. Tím se dostalo jeho základní právo do konfliktu se základním právem vlastníka oné nemovitosti, zaručujícím právo vlastnit a ochranu vlastnictví, včetně práva zvolit prostředky této ochrany.

Řešení tohoto konfliktu spočívá ve zkoumání jednoho z centrálních pojmů soukromého pojištění, a to pojmu pojistného zájmu.³⁷ Zákon o pojistné smlouvě obsahuje v § 3 písm. n) zákonnou definici pojistného zájmu jako oprávněné potřeby ochrany před následky nahodilé skutečnosti vyvolané pojistným nebezpečím.

Předesílá se, že otázka pojistného zájmu hraje roli ve škodním pojištění, nikoli v pojištění obnosovém. Je třeba si položit otázku, čím zájem je pojištěn. Obecně lze uvést, že zájem má ten, kdo má právní důvod, aby určitá věc nebo riziko majetkové ztráty (abychom pro úplnost postihli i odpovědnostní pojištění) byly pojištěny. Není-li takového zájmu, nejde o pojištění. Touto osobou se zájmem je především vlastník, jehož majetková sféra, vlastnictví, může být škodnou událostí napadena. Pojištění však zná i institut pojištění cizího rizika vlastním jménem a na účet cizího. Nositelem pojistného zájmu je v tomto případě osoba odlišná od vlastníka. Existuje tak souběh pojistných zájmů, kdy vlastník má nadále zájem na zachování hodnoty svého majetku či obdobného zájmu, současně osoba odlišná od vlastníka, která má zájem, aby na pojištěné věci nevznikly škody. Tento zájem na tom, aby nevznikly škody se opírá o právní důvody, které má osoba odlišná od vlastníka. Touto osobou může být nájemce, uživatel věci na základě věcných práv, závazkových vztahů apod. Tento právní důvod musí existovat, jinak by osoba odlišná od vlastníka zasahovala nepřípustně do sféry vlastnictví vlastníka. Vlastník má na rozdíl od jiné osoby permanentní pojistný zájem, pokud jde o zájem na zachování majetkových hodnot nebo jiných zájmů jako abstraktního vyjádření pro majetkové hodnoty v nejširším smyslu. Platí to i v případě vzniku škodní události a pojistného plnění osobě odlišné od vlastníka. Nese-li nebezpečí škody na věci osoba odlišná od osoby vlastníka, lze předpokládat i její pojistný zájem. Či zájmy jsou pojištěny, je nutné dovozovat ze smlouvy. Platí to jak při jejím uzavření, tak při vzniku škodné události a rozhodování, komu má být poskytnuto pojistné plnění. Vlastník věci, nositel zájmu, je aktivně legitimován k plnění z pojistné události potud, pokud není uspokojen jeho zájem na zachování majetku či jiného zájmu, byť plnění osobě od vlastníka odlišné, která však nese nebezpečí škody na věci.

Nález Ústavního soudu II. ÚS 2221/07 z 19. 3. 2008³⁸ řešil otázku aplikace ustanovení občanského zákoníku o náhradě škody ve vazbě na zákon č. 168/1999 Sb., a otázku porušení základního práva stěžovatele na soudní ochranu podle čl. 36 Listiny a ve svém důsledku i k zásahu do práva vlastnického garantovaném čl. 11 Listiny v intenzitě vyžadující ingerenci Ústavního soudu. Stěžovatel, když mu prvostupňový soud v plném rozsahu vyhověl, a odvolací soud pojistné plnění snížil s poukazem na zhodnocení vozidla, především namítal, že za způsobenou škodu nenese žádnou odpovědnost a mělo by dojít k její náhradě tak, aby vlastník motorového vozidla mohl vozidlo používat v nezměněném rozsahu jako před dopravní nehodou. Ústavní soud konstatoval, že rozsudek odvolacího soudu neodpovídá požadavkům vyplývajícím z čl. 36 Listiny a dále rozvedeným v občanském soudním řádu. Odvolací soud se v odůvodnění rozhodnutí omezil pouze na stručné konstatování, že soudní znalec nepřihlédl k amortizaci dílů, které byly škodnou událostí poškozeny či zničeny. Znalec v posudku mj. uvedl, že vozidlo nebylo nikdy havarováno, k jeho zhodnocení opravou

³⁷ Dlužno poznamenat, že pozitivní úprava soukromého pojištění před 1. 1. 2005 pojistný zájem nedefinovala a ani o něm nehovořila. Bohužel ani komentářová literatura o tomto centrálním pojmu nepojednávala a z nepochopitelných důvodů ho nechávala stranou. Až zákon o pojistné smlouvě vrátil tento pojem do českého soukromého pojistného práva.

³⁸ odkaz Nalus – databáze rozhodnutí Ústavního soudu

nedojde, a nedoporučuje proto amortizovat náhradní díly, neboť vozidlo bude již v důsledku havárie obtížně prodejně. Ústavní soud dovodil, že rozsah náhrady škody musí zohlednit výši všech nutných prostředků, které byl poškozený nucen vynaložit k obnovení původního majetkového stavu, v daném případě k opravě vozidla tak, aby bylo z technického hlediska stejně provozuschopné jako před škodnou událostí. Pokud obnovení původního majetkového stavu není možné jinak, než za použití nových náhradních dílů, nelze přenášet povinnost k úhradě nákladů na poškozeného. Tzv. diskutabilní zhodnocení věci bylo poškozenému v podstatě protiprávním jednáním vnučeno.

Závěry Ústavního soudu vyvolávají však také otázku práva na ochranu vlastnictví na straně poškozeného, pokud by nesl náklady, které převyšují náklady na uvedení věci do původního stavu. Je třeba mít na mysli, že se jednalo o škodnou událost z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla.

Jen u menšího počtu případů náklady na uvedení věci do předešlého stavu nevedou ani ke zhodnocení či znehodnocení věci, nebo jiné majetkové hodnoty. V případě, že uvedením věci do předešlého stavu, její opravou dochází ke změně hodnoty věci, vzniká otázka, zda zhodnocení věci má jít k tíži v tomto konkrétním případě škůdce, když vzniklá škoda je limitem pro pojistné plnění, kterým je v tomto případě skutečná škoda. Tak jako by nebylo možné se platně zavázat k plnění přesahujícímu skutečnou škodu. V tomto případě nutně dochází k bezdůvodnému obohacení. Zhodnocení věci logicky vede ke snížení celkového odškodnění, přijmeme-li princip náhrady skutečné škody, přičemž se porovnává obvyklá cena věci před pojistnou událostí a po pojistné události. Jakákoliv výše peněžní náhrady přesahující cenu obvyklou před poškozením by vedla k bezdůvodnému obohacení poškozeného.

Škodnou událostí může samozřejmě dojít též k znehodnocení věci, které může být technické či obchodní povahy. Pak věc po opravě zaznamená snížení své (technické) hodnoty, dochází ke snížení její obvyklé ceny. Pokud jde o obchodní znehodnocení, tak to je obsaženo již v definici ceny obvyklé, která zohledňuje i hledisko prodejnosti věci. Obchodní znehodnocení věci není tedy předmětem náhrady škody (a ani pojistného plnění).

Závěr

Pojednávané otázky zasluhují stálou pozornost. Věnujme jim odbornou diskuzi v zájmu stálého hledání spravedlivého a vyváženého uspořádání vztahů soukromého pojištění. Ústavněprávní ochranu svobody podnikání, vlastnictví, autonomie vůle požívají všechny subjekty pojištění. Jejich základní práva by měla být omezena jen ve veřejném zájmu. Výkon dohledu z pohledu základních práv a svobod by měl být jen v nezbytných mezích, volit vhodné prostředky a být úměrný ke sledovaným cílům.

Constitutional framework of private law relations in insurance

Insurance industry and insurance could be examined both from the view of general good and from the position of private entity. Basic limits and room for conduct of participants are formed by laws and freedoms. This paper is an attempt to outline how and with what intensity the state has right to intervene and what problems can arise. To answer this question it is necessary to examine and assess functions of insurance in society – why insurance companies are so-called regulated entities and what are the tasks of supervisory bodies in exercising their powers – not only relationship between supervisory body and insurance company or its client respectively but also relationship between policyholder, insured person, other third parties involved – and insurance company. The paper also deals with certain institutions of insurance where constitutional basis of relationships in insurance and insurance industry is particularly clear.

According to author's opinion the outlined questions deserve permanent attention; a professional discussion should be held in the interest of quest of rightful and balanced arrangement of relations in private insurance. Constitutional protection of freedom of undertaking, ownership and autonomy will is provided to all subjects in insurance. Their rights should be limited by general good only. From the view of basic rights and freedoms the supervision should be exercised within necessary limits, should use appropriate instruments and should correspond to the objectives in view.

Právní úprava nucené správy v pojišťovně nejen ve světle několika soudních rozhodnutí

JUDr. Erika Mačáková, LL.M., advokátka

Nucená správa jako jedna z forem opatření k odstranění nedostatků je na českém pojistném trhu poměrně novým právním institutem. Byla zavedena až s účinností zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších právních předpisů (dále jen „zákon o pojišťovnictví“) od 1. dubna 2000. Předchozí právní úprava, na základě které bylo možno provozovat pojišťovací činnost na území ČR, tento typ sankčního opatření neznala. Současná právní úprava je uvedena v § 30 zákona o pojišťovnictví.

Na území České republiky byla doposud zavedena nucená správa pouze v jednotlivých případech. I přesto již české soudy na různých stupních posuzovaly některé právní instituty, týkající se nucené správy v pojišťovně. Jejich rozhodnutí tak položily jakýsi základ praktické aplikace předmětné právní úpravy. Není proto na škodu si je dát do kontextu zákonné úpravy.

Podmínky zavedení nucené správy

Jelikož je rozhodnutí o zavedení nucené správy závažným omezením akcionářských oprávnění i omezením autonomie pojišťovny samotné, zavádí se v případech závažného porušení zákona o pojišťovnictví.

Zákon uvádí několik důvodů pro zavedení nucené správy, které jsou taxativním výčtem (§ 30 odst. 1 zákona o pojišťovnictví). Jedná se o:

- neplnění opatření uložených orgánem dohledu,
- zkreslování výsledků hospodaření,
- ohrožení splnitelnosti závazků vyplývajících z uzavřených pojistných nebo zajišťovacích smluv,
- skutečnost, že předchozí opatření a sankce nevedly k nápravě,
- hodnota vlastních zdrojů je nižší než je garanční fond (§22 odst.2 zákona o pojišťovnictví).

Předpoklady pro uvalení nucené správy není nutno splnit kumulativně, postačí i existence jednoho z nich.

Výše uvedený výčet je možno v zásadě rozdělit do dvou skupin:

- a) Buď se jedná o porušení zákona o pojišťovnictví finanční povahy (zejména pokud se jedná o porušení povinnosti tvořit v zákonné výši garanční fond a podmínky splnitelnosti závazků vůči pojištěným a zajišťovně – v tomto ohledu by se měla projevit zejména zásada uvedená v § 6 odst. 1 zákona o pojišťovnictví o tom, že dohled je vykonáván zejména v zájmu ochrany spotřebitele).

b) Nebo se jedná o opakovaná porušení zákona, které se orgán dohledu pokoušel řešit jiným (z logiky věci mírnějším) způsobem, avšak bez výsledku; do této skupiny předpokladů bude patřit zejména neplnění opatření uložených orgánem dohledu nebo pokud tato opatření a sankce nevedly k nápravě. Z povahy porušení zákona o pojišťovnictví je zřejmé, že zavedení nucené správy předchází jiná sankční, resp. nápravná opatření, a že se nucená správa nezavádí jako první nápravné opatření v pořadí. Tady by se měla projevit zásada, že dohledový orgán volí prostředky přiměřené povaze porušení zákona a míře následků a nejprve se snaží řešit porušení zákonných povinností mírnější formou. Současně to znamená, že zavedení nucené správy by nemělo být pro pojišťovnu překvapivým opatřením k nápravě, ale výsledkem dlouhodobější snahy kontrolního orgánu o obnovení řádného chodu pojišťovny prostřednictvím dřívějších rozhodnutí uložených v řádném správním řízení.

Nucená správa je významným zásahem do činnosti a fungování pojišťovny, jelikož se jejím prostřednictvím donucovací charakter orgánu dohledu projevuje bezprostředně. Nucený správce získává významný objem práv především na úkor práv akcionářů, proto i zavedení nucené správy musí být náležitě posouzeno a odůvodněno. Tento požadavek koneckonců již vyslovil i Evropský soud pro lidská práva, který judikoval, že *„pokud je někdo vlastníkem akcií o určité jmenovité hodnotě, nese toto jeho postavení určité riziko spočívající v omezení a zasahování do vlastnického práva. Opatření, která k tomuto stavu směřují, však musí vést ke spravedlivé rovnováze mezi požadavky obecného zájmu a imperativy na ochranu základních práv jednotlivce. Musí tedy existovat rozumný vztah proporcionality mezi použitými prostředky a sledovaným účelem“* (rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Mellachen a spol. 1989, A-169).

Rozhodnutí o zavedení nucené správy je přezkoumatelné. Podání opravného prostředku však nemá odkladný účinek. Příslušný k vydání rozhodnutí o žalobě proti rozhodnutí o zavedení nucené správy, včetně jmenování nuceného správce, je soud ve správním soudnictví (rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, Sb. NSS 2005, 3: 251).

Příslušná legislativa byla přijata i na základě kritiky právních teoretiků o neexistenci přezkumného soudního řízení i následného rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Kreditní a průmyslová banka proti České republice ze dne 21. října 2003 *„soud konstatuje, že část stížnosti banky, týkající se neoprávněného zasahování do jejího práva na pokojné užívání majetku podle článku 1 Protokolu č. 1 se v zásadě zakládá na určitém nedostatku procesní ochrany, přičemž tento nedostatek už podle zjištění soudu vedl k porušení článku 6...“*.

Soud již rovněž rozhodoval o otázce, zda může být členem rozkladové komise ustanovené ministrem financí k projednání rozkladu, pracovník správního orgánu, který se zúčastnil řízení v 1. stupni. Pojišťovna namítala, že takováto osoba je pro poměr k věci ve smyslu ust. § 9 odst. 2 zákona č. 71/1967 Sb., správního řádu,

ve znění pozdějších předpisů (věc byla posuzována podle tehdy platného zákona) osobou vyloučenou. Soud pojišťovně nedal za pravdu, když odůvodňoval, že „komise není orgánem, který by o věci rozhodoval, a není tedy správním orgánem s vrchnostenskou pravomocí. Otázka, zda členem rozkladové komise může být pracovník, který se zúčastnil na rozhodování v 1. stupni správního řízení, tak není otázkou zákonnosti či procesní správnosti, ale spíše vhodnosti takového řešení“. Soud zdůrazňoval, že o rozkladu rozhoduje ministr, který není pracovníkem správního úřadu, a rozhoduje sám ve své vlastní pravomoci, a názor rozkladové komise má toliko povahu poradní (rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, Sb. NSS 2006, 8: 732).

Nucená správa jako předběžné opatření

Výčet sankcí, které může dohledový orgán použít jako předběžné opatření uložené pojišťovně, je taxativní a není možno tento katalog rozšiřovat, měnit či doplňovat (§ 34 odst. 1 zákona o pojišťovnictví); nucená správa nepatří mezi možné uložené povinnosti. I když by se toto tvrzení mohlo zdát jako nepochybné, přesto již došlo ze strany dohledového orgán k nesprávné aplikaci a pochybení.

V případě uložení předběžného opatření vůči tuzemské pojišťovně zavedl dohledový orgán tzv. předběžnou nucenou správu, tedy předběžné opatření v zákoně o pojišťovnictví nevyjmenované. Předběžný nucený správce plnil všechna práva a povinnosti řádného nuceného správce (§ 30 zákona o pojišťovnictví) – dlužno dodat, že tyto pravomoci jsou velmi rozsáhlé – ačkoliv předpoklady, za kterých byl předběžný nucený správce ustanoven, byly vztaženy k předpokladům předběžného opatření stanovené v § 34 zákona o pojišťovnictví.

V této věci rozhodoval i Nejvyšší správní soud a judikoval, že „výrok rozhodnutí o předběžném opatření ukládající povinnost strpět činnost nuceného správce, který je odvozen z obecné úpravy (§ 43 odst. 1 písm. a) správního řádu), je nezákonný. Zákon o pojišťovnictví upřesňuje ve svém § 34 odst. 1, písm. a) až c) s ohledem na specifika oboru pojišťovnictví konkrétní povinnosti, které je možno uložit pojišťovně předběžným opatřením, kromě případů, kdy lze předběžné opatření uložit na základě správního řádu. Konkrétním vymezením dalších povinností, které je možno uložit pojišťovně předběžným opatřením, zákonodárce do jisté míry deklaroval i mez takovýchto povinností. Protože institut nucené správy je kvalitativně větším zásahem do práv a povinností pojišťovny než kterákoliv z povinností konkretizovaných v § 34 odst. 1 písm. a) až c) zákona o pojišťovnictví, je nutno za použití logického výkladu dojít k závěru, že zákonodárce neměl v úmyslu umožnit ustanovení jakési „předběžné“ nucené správy“ (rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, Sb. NSS 2006, 8: 732).

Předběžná opatření nejsou přezkoumatelná soudem v rámci soudního řízení správního, jelikož se jedná o rozhodnutí předběžné povahy (§ 70 písm. b) zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů, rovněž srovnaj rozhodnutí Nejvyššího správního soudu Sb. NSS 2005, 1:4).

Nucená správa jako specifický výkon dohledu

Novelou zákona o pojišťovnictví č. 39/2004 Sb. bylo s účinností ode dne 31. 3. 2004 v rámci úpravy nucené správy do zákona včleněno ustanovení, že činnost správce je delegovaným výkonem státní správy (§ 30 odst. 4). Toto, na první pohled logické ustanovení, je však v textu velmi důležité, protože se tím upřesňuje pozice a postavení nuceného správce. Delegovaný výkon státní správy znamená, že obsah vykonávané činnosti není provozován správním orgánem, ale je přenesen na třetí osobu, kterou tento orgán zvolil. Delegovaný výkon státní správy pro správce znamená, že některé právní instituty se budou chovat tak, jako kdyby na místě nuceného správce byl státní (správní) orgán. I přesto, že z některých ustanovení zákona o pojišťovnictví plyne, že nucený správce nemá stejné postavení, jaké má ve vztahu k pojišťovně dohledový orgán.

Tak například zákon o pojišťovnictví stanoví (§ 30 odst. 4), že náklady spojené s výkonem nucené správy jsou hrazeny z majetku pojišťovny (nebo zajišťovny) a že dohledový orgán rozhodne i o výši odměny, která náleží nucenému správci za výkon funkce nuceného správce (§ 30 odst. 4). Znamená to, že i když je činnost nuceného správce delegovaným výkonem státní správy, není tento výkon poskytován například ve vztahu k pojišťovně bezplatně. Charakter nucené správy jako delegovaný výkon státní správy potvrdil opakovaně i Ústavní soud. Sice se jednalo o nucenou správu zavedenou v bance, podmínky výkonu jsou stanoveny v obou případech stejně, a proto lze právní větu Ústavního soudu vztáhnout i na pojišťovny. Znaky delegovaného výkonu státní správy vidí soud jednak v tom, že nucený správce je zaměstnancem České národní banky (u nucené správy pojišťovny být nemusí), ale i v tom, že o věcech v působnosti valné hromady rozhoduje s předchozím souhlasem České národní banky (IV ÚS 324/97 nebo I ÚS 161/97).

Rovněž vztah mezi nuceným správcem a pojišťovnou není vztahem státního orgánu a účastníka řízení a nevztahuje se na něj zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. Naopak, jelikož nucený správce činí právní úkony jménem pojišťovny, jedná ve vztahu k pojišťovně mimo správní řád a ve vztahu k třetím osobám jeho jednání pojišťovnu přímo zavazuje.

Obsah nucené správy

Účelem zavedení nucené správy v pojišťovně není ukončení její činnosti, jak se domnívá zejména laická veřejnost. Je sice pravdou, že zavedení nucené správy znamená značný zásah do autonomie orgánů společnosti, nicméně není vyloučené, aby řádně zvolené orgány pojišťovny mohly po skončení nucené správy převzít výkon svých činností a dále pojišťovací činnost provozovat. Zákon o pojišťovníctví vymezuje základní účel nucené správy – obnovení stability a likvidity pojišťovny (§ 30 odst. 8). Nevymezuje konkrétním výčtem žádné činnosti nebo cíle, z rámcového znění osmého odstavce je však zřejmé, že všechna rozhodnutí, která nucený správce po dobu trvání nucené správy přijímá, musí sledovat tento základní účel.

Zákon o pojišťovníctví nedefinuje ani jeden z pojmů, které použil – stabilitu a likviditu. Patrně si je třeba tento pojem vyložit jako dosažení takové úrovně pojistně-matematických a finančních parametrů pojišťovny, jaké předpokládá zákon o pojišťovníctví a prováděcí právní předpisy. S ohledem na změny v rozhodování pojišťovny je třeba, aby zavedení nucené správy v pojišťovně bylo řádně a způsobem obvyklým notifikováno. Děje se tak zápisem nucené správy do obchodního rejstříku, zápis podává orgán dohledu (§ 30 odst. 9 zákona o pojišťovníctví). I tímto způsobem se projevuje ochrana spotřebitele, v jehož zájmu je výkon dohledu činěn (§ 6 odst. 1 zákona o pojišťovníctví).

Zavedení nucené správy má stěžejní význam ve změně způsobu rozhodování dosavadních, řádně zvolených orgánů pojišťovny. V tomto smyslu má několik dopadů na činnost dosavadních orgánů. Podle důsledků zavedení nucené správy na činnost jednotlivých orgánů můžeme rozeznávat:

1. zrušení orgánu,
2. pozastavení výkonu funkcí orgánů,
3. přechod části působnosti orgánů výhradně na nuceného správce,
4. přechod části působnosti orgánu na nuceného správce se spolurozhodováním orgánu dohledu.

Ad 1)

Prokura je právní institut, který se zavedením nucené správy v pojišťovně ruší. Jedná se o pochopitelný důsledek zavedení nucené správy pro tento druh jednání, jelikož prokura v sobě obsahuje zmocnění ke všem právním úkonům, ke kterým dochází při provozu podniku a jedná se o zmocnění pro jednu (event. několik) fyzickou osobu (§ 14 odst. 1 zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších právních předpisů, dále jen „obchodní zákoník“). Prokura je zvláštním typem plné moci. Prokurista se stává zástupcem podnikatele, a to zástupcem zvláštním (srovnej názor K. Eliáše)¹.

Omezení prokury nemá následky vůči třetím osobám (§ 14 odst. 3 obchodního zákoníku) proto zvolil zákonodárce pro poměr mezi zavedením nucené správy a výkonem prokury její zrušení. Návrh na výmaz prokury v obchodním rejstříku podává nucený správce (§ 30 odst. 10 zákona o pojišťovnictví).

Ke zrušení prokury zavedením nucené správy dochází jednou pro vždy a prokura se neobnovuje ani zrušením nucené správy a pokračováním ostatních orgánů pojišťovny v činnosti. Prokuru by bylo potřeba v takovémto případě znovu ustanovit.

Ad 2)

V souvislosti se zavedením nucené správy se pozastavuje činnost všech orgánů (vyjma shora uvedené prokury), které v pojišťovně doposud fungovaly (§ 30 odst. 5, písm. b). Znamená to, že se pozastavuje výkon funkcí :

- představenstva
- valné hromady
- členské schůze družstva.

Automaticky se nepozastavuje výkon funkce generálního ředitele. Záleží tedy pouze na nuceném správci, jakým způsobem bude práci v pojišťovně organizovat a zda zachová, omezí, zruší či jinak definuje činnost generálního ředitele pojišťovny.

Pozastavení výkonu činnosti znamená, že ukončením nucené správy dochází k automatické obnově výkonu činností těchto orgánů bez dalšího rozhodnutí akcionářů či dohledového orgánu.

Ad 3)

Pozastavením činnosti vyjmenovaných orgánů nedochází k vakuu, které by znamenalo ochromení chodu činnosti pojišťovny. Převážná většina pravomocí představenstva, valné hromady, resp. členské schůze družstva přechází na nuceného správce (shodně srovnaj rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 27. 4. 2005 sp. zn. 29 Odo 1079/2003, *SoJ*, 2005, 7: 550 „*jestliže nucený správce činí rozhodnutí v působnosti valné hromady, pak valnou hromadu nesvolává*“).

V denním chodu společnosti to znamená, že veškerá výkonná a řídicí působnost přechází na nuceného správce, a to nejen směrem navenek, ale pochopitelně i dovnitř pojišťovny.

Z představenstva tak přechází na nuceného správce rozsáhlý výkon pravomocí. Nucený správce tak rozhoduje o obchodním vedení pojišťovny (§ 192 odst. 1 obchodního zákoníku), které zahrnuje zejména:

- nakládání s aktivy,
- umístění technických rezerv,
- zabezpečení řádného vedení účetní a ostatní evidencí pojišťovny,
- plnění úkolů zaměstnavatele ve vztahu k zaměstnancům,
- jednání s třetími osobami a zavazování pojišťovny,
- komunikace s orgánem dohledu.

Věcná rozhodnutí nuceného správce prováděná i na základě rozhodnutí orgánu dohledu lze soudně přezkoumávat podle § 183 obchodního zákoníku (srovnej rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR Sb. NS 2004, 9 - 10: 379).

V kompetenci představenstva zůstává i po zavedení nucené správy, mimo jiné, podání opravného prostředku proti rozhodnutí o zavedení nucené správy (§ 30 odst. 5, písm. a) zákona o pojišťovnictví). Toto ustanovení původně v zákoně o pojišťovnictví nebylo. V mezidobí se skutečně stalo, že členové představenstva dotčené pojišťovny podali opravný prostředek proti zavedení nucené správy. Nejvyšší správní soud rozhodl, že „jestliže žaloba směřuje proti rozhodnutí ve věci zavedení nucené správy v pojišťovně, nelze ust. § 30 odst. 5 zákona o pojišťovnictví, v původním znění, interpretovat tak, že by statutární orgán pojišťovny nebyl oprávněn činit procesní úkony k obraně před zavedením nucené správy v řízení soudním. Opačný výklad, tedy že k podání žaloby ve správním soudnictví by byl oprávněn pouze nucený správce, by znamenal, že ústavně zaručené právo na soudní ochranu před nezákonným rozhodnutím orgánu veřejné moci dle čl. 36 odst. 2 Listiny se stalo teoretickým a iluzorním“ (rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, Sb. NSS 2006, 8: 732).

Jelikož se jedná o významné odebrání pravomoci, byl shora uvedenou novelou zákon o pojišťovnictví doplněn o toto předmětné ustanovení a představenstvu ponechána možnost se proti zavedení nucené správy soudně bránit. V opačném případě by neexistoval orgán, který by k tomu byl kompetentní.

Ad 4)

Ve věcech v působnosti valné hromady nucený správce nemá absolutní autonomii. Jeho rozhodnutí musí předcházet souhlas orgánu dohledu (§ 30 odst. 7 zákona o pojišťovnictví). Důvodem pro kumulaci rozhodovacích pravomocí je bezesporu fakt, že valná hromada je nejvyšším orgánem pojišťovny (§ 184 odst. 1 obchodního zákoníku) a rozhoduje o zásadních otázkách fungování společnosti (§ 187 obchodního zákoníku).

V předmětném ustanovení zákona o pojišťovnictví chybí ustanovení, že předchozí souhlas je třeba i u rozhodování nuceného správce v působnosti členské schůze. Jelikož je členská schůze obdobným orgánem jako valná hromada a má i obdobné kompetence, patrně se jedná o legislativní nedoplnění. Bylo by však, z důvodu právní jistoty, v tomto směru potřeba zákon o pojišťovnictví doplnit.

Závěrem je třeba dodat, že nový zákon o pojišťovnictví, který momentálně prochází legislativním procesem, obsahuje obdobnou právní úpravu nucené správy jako platný zákon o pojišťovnictví. Dosavadní rozhodovací praxi soudů tak bude možno i po případném přijetí nové právní úpravy aplikovat.

Forced administration legislation not only in the light of certain court decisions

Forced administration as a measure to removing of deficiencies on the Czech insurance market belongs to rather new legal institution. It was introduced by the Act No. 363/1999 Coll. on insurance and on amendment to some related acts as amended ("the Insurance Act") that came into effect on 1 April 2000. Earlier legislation, on the basis of which it was possible to pursue the insurance activity on the territory of the Czech Republic, such type of sanction did not contain. The present provisions on the forced administration is included in Section 30 of the Insurance Act.

The forced administration has been enacted on the companies only in few cases. Despite it the courts of various level had certain legal institutions under their consideration – regarding forced administration. The brought up court decisions laid down a sort of basis for functional application of forced administration legislation. It is therefore useful to put these court decisions into context with the legislation in question.

Penzijní spoření – nový systém spoření na stáří

JUDr. Jana Čechová, PhDr. Vladimír Přikryl, Ministerstvo financí

Ministerstvo financí předložilo v polovině února t. r. vládě k projednání návrh zákona o penzijním spoření, který zpracovalo v souladu s usnesením vlády České republiky ze dne 20. října 2008 č. 1297. Podkladem pro tuto předlohu byly vládou schválené teze pro přípravu zákona o penzijním spoření. Cílem tohoto článku je přiblížit čtenářům, s využitím důvodové zprávy k tomuto návrhu zákona a k návrhu jeho doprovodného zákona, hlavní principy nově navrhovaného penzijního spoření.

V úvodu považujeme za nutné zaujmout stanovisko k samotné myšlence „důchodové reformy po česku“. Bez ohledu na rozdílné interpretace jednotlivých pilířů sociálního zabezpečení se přidržíme členění, podle něhož I. pilíř představuje státní, průběžně financovaný systém důchodového zabezpečení, II. pilíř systémy založené na odložené mzdě s účastí zaměstnavatele a III. pilíř dobrovolné systémy založené na ukládání odložené spotřeby, většinou státem zvýhodňované. Z tohoto pohledu neexistuje v České republice II. pilíř, resp. je prezentován pouze zákonem č. 340/2006 Sb., o činnosti institucí zaměstnaneckého penzijního pojištění z členských států Evropské unie nebo jiných států, které jsou smluvní stranou Dohody o Evropském hospodářském prostoru, na území České republiky a o změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění zákona č. 248/2008 Sb. Ten však umožňuje pouze působení těchto institucí přicházejících z jiných států EHP na území ČR a produkty tohoto systému nejsou státem zvýhodňovány. Pro úplnost dodejme, že ČR čelí v současnosti žalobě Evropské komise pro neúplnou transpozici předmětné směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/41/ES do vnitrostátního práva.

Tento schizofrenní postoj ČR k zaměstnaneckému penzijnímu spoření vychází, podle našich dosavadních zkušeností, někdy z mylné představy o jeho zranitelnosti, resp. o zneužitelnosti uložených prostředků zaměstnavatelem. Takový názor byl však obhajitelný v době, kdy si mohl zaměstnavatel ve svém účetnictví vytvořit zvláštní fond, na který ukládal prostředky sloužící k úhradě závazků vůči zaměstnancům. Pokud si však pozorně přečteme směrnici 2003/41/ES, zjistíme, že zaměstnanecké penzijní pojištění je podle práva ES svým povolovacím režimem a zejména pak svojí tvorbou technických rezerv a regulací finančního umístění uzpůsobeno obezřetnostním pravidlům prakticky ověřeným u soukromých pojišťoven. Druhou hlavní příčinou odmítání zaměstnaneckého penzijního spoření se zdá být obava ze zvýšení nákladů na zaměstnance. Zaměstnanecké penzijní pojištění je spojeno s odkládáním části mzdy a s příspěvkem zaměstnavatele. Právním předpisem mohou pak být stanoveny minimální částky, které jsou takto odkládány. To sice zdrazuje práci, na druhé straně ale vede k tvorbě kapitálu s významným podílem na důchodových příjmech (na rozdíl od dnešního penzijního spoření se státním příspěvkem). Bez takto vytvořeného, svojí výší významného kapitálu pro období důchodového věku, není žádná důchodová reforma skutečnou reformou a prvním pilíři sotva významně pomůže. Pokud se tzv. „opt out“

tváří jako zavedení II. pilíře, pak se podle našeho názoru nejedná o nic jiného než o rozdělení I. pilíře se dvěma rozdílnými způsoby financování (průběžným a kapitálovým).

Návrh zákona o penzijním spoření tak podle výše uvedeného dělení spadá do III. pilíře. Je reakcí na Programové prohlášení vlády, podle kterého tzv. **druhá etapa důchodové reformy** bude spočívat v *oddělení majetku akcionářů a klientů u systému dobrovolného důchodového připojištění, včetně možnosti poskytovat různě zaměřené penzijní plány, včetně garantovaných. Dále ve zvýšení motivace k vyšším příspěvkům, ve vyšší participaci zaměstnavatelů a v podpoře čerpání doživotních penzí z připojištění.*

Oddělení majetku penzijních fondů od majetku účastníků penzijního připojištění se státním příspěvkem je dlouholetým problémem. Od roku 2000 vzniklo několik verzí návrhů novel stávajícího zákona č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem. Žádná z nich však nebyla nikdy schválena vládou. V roce 2006 se začala scházet pracovní skupina, která dospěla k závěru, že *nejschůdnějším řešením je neoddělovat majetek v rámci stávajících penzijních fondů, ale vytvořit nový systém penzijních společností a uzavřít stávající systém pro nové účastníky.* Materiál „Informace o plnění úkolů II. etapy důchodové reformy“, který schválila vláda svým usnesením č. 737 ze dne 27. června 2008, obsahuje podrobný popis jednotlivých variant řešení.

Tzv. *nulová varianta* (zachování současného stavu) nepřináší žádná řešení, zakonzervovává stávající stav a přenáší nutnost řešení problému do budoucna. V případě *varianty s transformačním fondem* by se majetek současných penzijních fondů rozdělil mezi penzijní společnost (akcionáře) a transformační fond účastníků (stávající účastníky). Transformační fond by se v podstatě choval stejně, jako současné penzijní fondy, zůstaly by zachovány současné garance pro stávající účastníky, noví by sem však již nemohli vstupovat. Transformační fond by musel být zachován, dokud by v něm zůstali účastníci. Penzijní společnosti by se umožnilo otevírat jednotlivé účastnické fondy. Tato varianta řeší problematiku oddělení majetku, ovšem na úkor některé z dotčených stran a do budoucna vytváří riziko právních sporů.

Třetí variantou, která nakonec byla zvolena, je tzv. *paralelní struktura*, tj. souběžné fungování současného a nového modelu, který má stávající systém nahradit. Při tomto řešení poběží stávající systém dále za nezměněných podmínek s tím, že od určitého data nebude možné sjednávat nové smlouvy o penzijním připojištění se státním příspěvkem. Nevzniká tak potřeba tvorby komplikovaných pravidel pro transformační fond a není nutné se zabývat velmi problematickou otázkou dělení majetku. Nový systém je založen na standardizovaných podmínkách, které se osvědčily v sektoru kolektivního investování.

Systém penzijního připojištění tak bude bez časového omezení pokračovat za stávajících podmínek, dojde pouze k jeho uzavření, tj. noví účastníci již nebudou moci do systému vstupovat. Stávajícím účastníkům bude

umožněno přejít do nového systému – do penzijního spoření. Účastníci si tedy budou moci vybrat, zda setrvají u svého penzijního fondu, nebo zda uzavřou novou smlouvu s penzijní společností.

Penzijní spoření představuje zcela nový finanční produkt, který má umožnit občanům spoření na období důchodového věku s tím, že bude možné *investovat prostředky podle individuálně zvolené penzijní strategie*. Návrh počítá s podporou tohoto produktu ze strany státu, a to jak státním příspěvkem, tak i daňovými výhodami. Vedle placení příspěvku účastníkem návrh zákona upravuje možnost, obdobně jako je tomu u penzijního připojištění, aby na osobní penzijní účet účastníka přispíval také jeho zaměstnavatel.

Penzijní společnost bude vyplácet pouze penze na dobu určitou, jednorázové vyrovnání a odbytné, a to odprodejem adekvátní části majetku z portfolia účastnického fondu. Pro umožnění výplaty doživotních penzí nebo penzí s pevně stanovenou dobou výplaty a pevně stanovenou výší (tj. penzí, kde jsou zahrnuta pojistná rizika) budou do systému zapojeny životní pojišťovny, jejichž výběr, v případě zvolení tohoto typu dávký z penzijního spoření, bude záviset na rozhodnutí účastníka. Účastník uzavře pojistnou smlouvu s pojišťovnou a penzijní společnost následně převede veškeré jeho prostředky do dané pojišťovny jako jednorázovou platbu pojistného. Návrh zákona předpokládá, že bude možné některé z dávek kombinovat.

Je otázka, jestli bylo nezbytné pro zavedení tohoto produktu vytvářet nové penzijní společnosti a zda nebylo postačující vytvořit pouze právní rámec produktu, tj. penzijního spoření, a jeho nabídku a spravování svěřit již existujícím finančním institucím. Stávající penzijní fondy stejně po vypořádání všech závazků z penzijního připojištění postupně zaniknou. Vytváření nových institucí je spojeno s řadou jednorázových i opakovaných nákladů, které nakonec bude muset uhradit spotřebitel.

Cílem vytvoření nového systému je *zbavit účastníka rizika spojeného s neodděleným majetkem v penzijních fondech*. Z důvodu efektivní kontroly poskytování a vracení státního příspěvku **nebude možné být současně účastníkem v systému penzijního připojištění i penzijního spoření**, s výjimkou situace, kdy účastníkovi penzijního připojištění je již vyplácena penze. **Účastníkovi bude státní příspěvek náležet pouze na jednu smlouvu o penzijním spoření**. Tak jako je tomu v penzijním připojištění, bude i v penzijním spoření možné přerušit placení příspěvků, a v tomto období, při splnění podmínek zákona, uzavřít další smlouvu o penzijním spoření u jiné penzijní společnosti. Rovněž bude možné odložit placení příspěvků. Také v tomto systému bude možné, aby účastníkovi na penzijní spoření přispíval jeho zaměstnavatel. Na příspěvek zaměstnavatele nebude jako doposud náležet státní příspěvek.

Navrhovaný systém penzijního spoření je **systémově založen na principech kolektivního investování**, jako minimální standard jsou brány principy uplatňované u tzv. standardních fondů, jejichž

investiční politika je restriktivně regulována. Zůstanou ovšem zachována specifika, jež jsou vlastní produktům spoření na stáří, a to dlouhodobost a zvýšená obezřetnost. Prostředky účastníků penzijního spoření budou umístěny do tzv. účastnických fondů obhospodařovaných nově založenými penzijními společnostmi. Penzijní společnost bude prostředky účastníka rozdělovat do účastnických fondů na základě smluvené strategie.

Každý účastník bude mít u penzijní společnosti zřízen osobní penzijní účet, na kterém budou evidovány jím zaplacené příspěvky, příspěvky zaměstnavatele a státní příspěvek, poskytnutý ve prospěch účastníka. Dále zde budou evidovány penzijní jednotky jednotlivých účastnických fondů, které byly za tyto prostředky účastníkovi připsány. Účastníkovi bude připisován v závislosti na hodnotě jeho prostředků odpovídající počet penzijních jednotek jednotlivých účastnických fondů, které si zvolil. **Hodnota prostředků účastníka tedy bude rovna součinu hodnoty penzijní jednotky a počtu penzijních jednotek, přičemž hodnota penzijní jednotky může kolísat podle aktuální situace na finančních trzích.**

Ve výplatní fázi bude penzijní společnost vyplácet pouze **penze na dobu určenou, jednorázové vyrovnání a odbytné**, a to *odprodejem adekvátní části majetku z portfolia účastnického fondu, který odpovídá hodnotě příslušné počtu penzijních jednotek evidovaných na penzijním účtu účastníka.* Výše vyplácené penze by tak mohla v čase kolísat. Penzijní společnost však nebude vystavena žádnému pojistnému riziku, a proto na ni nemusí být kladeny speciální požadavky jako na pojišťovny. **Riziko z investování, tedy přirozené kolísání hodnoty prostředků účastníka, nese účastník.** Výnos nebo ztráta z investic je implicitně vyjádřena v hodnotě penzijní jednotky, jejíž aktuální hodnotu *bude moci účastník sledovat prakticky denně.* I podle této informace bude moci uvážit případnou změnu své investiční strategie.

Pro umožnění výplaty **doživotních penzí nebo penzí s pevně stanovenou dobou výplaty a pevně stanovenou výší** (tj. penzí, do jejichž výpočtu jsou zahrnuty biometrické parametry zohledňované pojistnou matematikou) budou do systému zapojeny **životní pojišťovny**, jejichž výběr, v případě zvolení tohoto typu dávky z penzijního spoření, bude záviset na rozhodnutí účastníka. Účastník uzavře pojistnou smlouvu s pojišťovnou a penzijní společnost *následně převede veškeré jeho prostředky na účet dané pojišťovny jako jednorázovou platbu pojistného.* Penzijní společnost bude mít povinnost informovat účastníky o rizicích spojených s výběrem jednotlivého typu dávky a možnostech výběru pojišťovny, a rovněž bude moci účastníkovi uzavření smlouvy s pojišťovnou zprostředkovat. Návrh zákona předpokládá, že bude možné některé z dávek kombinovat.

Penzijní společnost bude vykonávat činnost, která je velmi podobná činnosti investiční společnosti. Hlavní činností penzijní společnosti bude obhospodařování majetku v účastnických fondech a výplata příslušných dávek. *Penzijní společnost může vytvořit a obhospodařovat více účastnických fondů s různou investiční strategií. Jejich celkový*

počet nebude omezen, je ovšem stanovena povinnost vytvořit **tři povinné účastnické fondy současně** (1 konzervativní fond, 1 smíšený fond a 1 dynamický fond), a to z důvodu zajištění základní úrovně diverzifikace prostředků účastníků, možnosti vytvoření adekvátní investiční strategie pro každého účastníka. Tento systém by také měl umožnit snadnější porovnatelnost a orientaci pro účastníky.

V povinném konzervativním fondu by se měly koncentrovat prostředky účastníků, kterým v *horizontu pěti let vznikne nárok na penzi, kterým již vznikl nárok na penzi a kterým je již vyplácena penze na dobu určenou*. Výplata dávky by probíhala pravidelným odprodejem daného počtu penzijních jednotek nebo pravidelnou výplatou stejné částky do vyčerpání účtu. Cílem povinného konzervativního fondu je tedy dát účastníkům možnost podstupovat co nejnižší investiční riziko ve fázi těsně před výplatou a ve fázi výplatní.

Účastnické fondy budou vytvářeny na základě obdobných pravidel a limitů jako standardní podílové fondy (UCITS) upravené v zákoně o kolektivním investování. Škála aktiv, jež mohou účastnické fondy nakupovat, bude rovněž obdobná jako u standardních podílových fondů. I v dalších aspektech se bude podoba účastnických fondů opírat o právní úpravu standardních podílových fondů. *Nicméně účastnické fondy nebudou požívat výhod tzv. evropského pasu. Pouze připomínáme, že se jedná o princip jediného povolení, podle kterého instituce, která obdrží povolení k činnosti harmonizované komunitárním právem v některém členském státě Společenství, je oprávněna, na základě tohoto povolení provozovat tuto činnost v rámci celého Společenství, a to jak formou usazení (pobočka), tak i formou dočasného poskytování služeb. V některých případech je využití tohoto práva podmíněno splněním informační povinnosti takové instituce vůči dozorovému orgánu země jejího sídla, tzv. notifikační povinnost.*

Návrh zákona obsahuje podrobná pravidla pro nabízení penzijního spoření, pro uzavírání smluv a poskytování penzijního poradenství. *Tyto činnosti budou moci vedle penzijních společností vykonávat také další osoby, které distribuují cenné papíry kolektivního investování – zejména tedy investiční zprostředkovatelé a obchodníci s cennými papíry. Za účelem dosažení co nejvyšší ochrany účastníků zákon ukládá všem osobám nabízejícím a zprostředkujícím penzijní spoření nebo penzijní poradenství výslovnou povinnost jednat se zájemci a s účastníky s odbornou péčí. Návrh zákona rovněž vyžaduje, aby před uzavřením smlouvy o penzijním spoření a před každou její významnější změnou došlo ze strany zprostředkovatelů k získání potřebných informací o osobě účastníka tak, aby mu mohla být doporučena pro něj nejvhodnější strategie penzijního spoření, která bude zohledňovat jeho osobní podmínky, cíle, kterých chce v penzijním spoření dosáhnout a postoj k riziku. Je otázka, zda toto omezení pro distribuci penzijního spoření není na úkor spotřebitele, neboť stejně kvalitní služby mohou nabídnout i jiní registrovaní zprostředkovatelé finančních služeb.*

U penzijního spoření není zaveden záruční systém, jako je tomu u bank a obchodníků s cennými papíry. *Činnost penzijních společností není přijímáním vkladů.* V ČR záruční systémy existují jen tam, kde to ukládá právo ES. Je třeba zdůraznit, že taková úprava vždy prodražuje systém, zvyšuje riziko morálního hazardu na straně poskytovatele finanční služby a náklady s tím spojené v konečném důsledku nese zákazník, resp. v krajních případech daňový poplatník, který danou službu ani nevyužívá.

Činnost penzijních společností bude podléhat dohledu České národní banky s výjimkou výkonu státního dozoru nad poskytováním a vracením státního příspěvku, který bude vykonávat Ministerstvo financí. Obsah dohledu nad činností penzijních společností ze strany ČNB bude podle předlohy zákona obdobný, jako je tomu při dohledu investičních společností a fondů kolektivního investování podle zákona o kolektivním investování. Obdobně obsahem dohledu nad činností distributorů penzijního spoření a poskytovatelů penzijního poradenství bude analogický dohledu nad investičními zprostředkovateli a obchodníky s cennými papíry, kteří poskytují investiční služby přijímání a předávání pokynů a investiční poradenství podle zákona o podnikání na kapitálovém trhu. Státní dozor bude obdobný výkonu dozoru podle zákona o penzijním připojištění. K provedení některých ustanovení tohoto zákona se ČNB a MF zmocňují k vydání prováděcích vyhlášek.

Penzijní spoření

Účastníkem penzijního spoření může být každá fyzická osoba starší 18 let, pokud uzavře smlouvu s penzijní společností. Nárok na státní příspěvek má ovšem pouze účastník, který splní další zákonem stanovené podmínky týkající se zejména trvalého pobytu na území ČR nebo bydliště na území členského státu EU nebo členského státu EHP ve vazbě na účast na důchodovém nebo veřejném zdravotním pojištění v ČR. Pokud účastník přestane splňovat podmínky pro nárok na státní příspěvek v průběhu spoření, je penzijní společnost povinna ho Ministerstvu financí vrátit. Smlouva o penzijním spoření však nezaniká a účastník může dále spořit, popř. může na jeho penzijní spoření dále přispívat zaměstnavatel.

Výše státního příspěvku závisí na výši příspěvku účastníka a náleží účastníkovi za každý měsíc pouze jedenkrát, pokud svůj příspěvek účastník zaplatil včas, tedy byl včas připsán na účet penzijní společnosti u jejího depozitáře. Pokud účastník platí příspěvek za delší než měsíční období, určí se výše státního příspěvku podle průměrné výše příspěvku účastníka za toto období. Konstrukce státního příspěvku je stanovena tak, aby motivovala účastníka k platbě příspěvků účastníka v takové výši, která by mu (i se zhodnocením vložených prostředků penzijní společností) zajistila smysluplnou výši měsíční penze.

Je-li výše měsíčního příspěvku účastníka

- 300 až 399 Kč, činí výše měsíčního státního příspěvku částku 50 Kč a 40 % z částky přesahující 300 Kč,
- 400 až 499 Kč, činí výše měsíčního státního příspěvku částku 90 Kč a 30 % z částky přesahující 400 Kč,
- 500 až 599 Kč, činí výše měsíčního státního příspěvku částku 120 Kč a 20 % z částky přesahující 500 Kč,
- 600 až 699 Kč, činí výše měsíčního státního příspěvku částku 140 Kč a 10 % z částky přesahující 600 Kč,
- 700 a více Kč, činí výše měsíčního státního příspěvku částku 150 Kč.

Pro smlouvy o penzijním spoření je povinně stanovena **písemná forma**, přičemž zákon neumožňuje uzavřít více smluv o penzijním spoření s jednou penzijní společností, kromě situace, kdy účastník již požádá o výplatu dávky. K prvnímu dni následujícího kalendářního měsíce po zahájení výplaty dávky je účastníkovi umožněno uzavřít následnou smlouvu a začít spořicí fází u téže (nebo u jiné) penzijní společnosti opětovně. Návrh zákona neumožňuje souběžné přispívání na více smluv o penzijním spoření. Účastníkovi je ovšem dána možnost **přerušit placení příspěvků** a uzavřít smlouvu s jinou penzijní společností. Podmínkou je placení příspěvků na penzijní spoření před přerušením po dobu nejméně 36 kalendářních měsíců nebo, pokud se jedná o opakované přerušování, placení příspěvků po dobu nejméně 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců od posledního přerušování u téže penzijní společnosti.

Stávající účastníci systému penzijního připojištění se státním příspěvkem budou mít možnost převést prostředky do systému penzijního spoření. Souběžná účast v obou systémech bude možná pouze v případě, že je účastníkovi z penzijního připojištění se státním příspěvkem již vyplácena penze a již neplatí příspěvky na toto připojištění. Při přechodu z penzijního připojištění do penzijního spoření je nutné zabezpečit plynulé navázání, a to z důvodu nároku na státní příspěvek a daňového zvýhodnění. V systému penzijního spoření se účastníkovi započítá doba, po kterou platil příspěvky v systému penzijního připojištění.

Penzijní spoření je závazkovým právním vztahem, kde se na jedné straně penzijní společnost zavazuje obhospodařovat prostředky účastníka v jím zvoleném účastnickém fondu nebo fondech a poskytovat mu dávky za podmínek sjednaných ve smlouvě a na druhé straně se účastník zavazuje platit sjednané příspěvky. Součástí smlouvy o penzijním spoření jsou obchodní podmínky, jejichž základní obsahové požadavky stanoví zákon.

Účastník má možnost pro případ své smrti určit jednu nebo více fyzických osob, kterým vznikne nárok na jednorázové vyrovnání nebo odbytné, a to za předpokladu, že účastník před svou smrtí splnil podmínky pro nárok na tyto dávky, nebo o ně požádal, nebo již byla penzijní společností zahájena výplata penze na dobu určenou. Pokud účastník neurčil žádnou takovou osobu, stává se naspořený kapitál předmětem dědictví. Pokud účastník v poslední vůli určí jinou osobu, má tato osoba přednost před ustanovením určené osoby ve smlouvě, pokud je poslední vůle úkonem pozdějším.

Účastník má možnost smlouvu vypovědět kdykoliv, penzijní společnost může vypovědět smlouvu pouze tehdy, pokud účastník porušuje svůj závazek platit příspěvky nebo pokud účastník porušuje svoje povinnosti ohledně prokazování nároku na státní příspěvek, a to jak při uzavírání smlouvy, tak v průběhu smluvního vztahu. Důvody zániku závazků ze smlouvy o penzijním spoření jsou taxativně vymezeny zákonem.

Minimální výši příspěvku účastníka stanoví zákon ve výši 100 Kč měsíčně, přičemž účastník má právo měnit výši svého příspěvku, stejně jako sjednat placení příspěvku předem na období delší než je jeden měsíc. Zákon umožňuje, aby se souhlasem účastníka **zaměstnavatel platil účastníkovi příspěvek**. Takový příspěvek zákon definuje jako příspěvek zaměstnavatele a nenáleží na něj státní příspěvek. Bohužel, i v návrhu zákona se objevují nelogičnosti zavedené současným penzijním připojištěním, kdy je zvolena formulace „zaměstnavatel může platit příspěvek za účastníka nebo jeho část“. Taková formulace je zcela v rozporu s následným textem, podle kterého na příspěvek zaměstnavatele se neposkytuje státní příspěvek. Pokud je zaměstnavatelem placen příspěvek za účastníka, pak mu nelze odeprít státní příspěvek. Další nelogičnost této formulace spočívá v otevření prostoru zaměstnavateli hradit zaměstnanci část mzdy formou tohoto příspěvku, přičemž se z těchto částek neodvádí platby na sociální a zdravotní pojištění. V neposlední řadě je taková formulace v rozporu se základními principy navrhovaného zákona, neboť nevede účastníka k odkládání jeho dočasně volných finančních prostředků na dobu důchodového věku. Doufáme, že v průběhu legislativního procesu budou tyto formulace upraveny.

Zákon také zakazuje ovlivňování zaměstnance při výběru penzijní společnosti a současně zakazuje zaměstnavateli přijmout v souvislosti s jím poskytovaným příspěvkem jakoukoliv úplatu, odměnu nebo peněžitou výhodu. Tento zákaz má zamezit nežádoucí praxi, kdy je účastník kvůli příspěvku zaměstnavatele nucen měnit penzijní fond a zaměstnavatel je odměňován jako zprostředkovatel, což vede ke zvyšování nákladů penzijních fondů, které se v konečném důsledku přenesou na účastníky.

Zákon dává právo účastníkovi buď odložit placení příspěvku, nebo placení příspěvku přerušit. Pokud účastník příspěvek účastníka následně doplatí, doba odkladu se započítává do spořicí doby. Přerušování placení započítat nelze.

Dávky z penzijního spoření

Z penzijního spoření se poskytují starobní penze na určenou dobu, invalidní penze na určenou dobu, jednorázové vyrovnání, odbytné, úhrada jednorázového pojistného pro doživotní penzi, a úhrada jednorázového pojistného pro penzi na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu podle toho, na kterou dávku vznikne účastníkovi nárok. Doživotní penzi a penzi na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu poskytuje pojišťovna na základě pojistné smlouvy uzavřené s účastníkem.

Účastníkovi je umožněno zvolit kombinaci výplaty jednorázového vyrovnání a penze na dobu určenou, nebo úhrady jednorázového pojistného pro penzi poskytovanou pojišťovnou. Nárok na výše uvedenou dávku, mimo odbytného, vzniká dosažením věku 60 let, a pokud spořicí doba trvala alespoň 60 měsíců, nestanoví-li obchodní podmínky penzijní společnosti spořicí dobu delší (až 120 měsíců). Určené osobě může z penzijního spoření náležet pouze jednorázové vyrovnání nebo odbytné, ostatní dávky náleží pouze účastníkovi. Dávky penzijního spoření se vyplácejí na základě žádosti účastníka nebo určené osoby poté, co jim na ně vznikne nárok. Je ponecháno na dohodě účastníka a penzijní společnosti, v jakých lhůtách mu bude penze na určenou dobu vyplácena a způsob její výplaty. Jiný způsob výplaty než bankovním převodem je penzijní společnost oprávněna zpoplatnit.

Penzi na dobu určenou, kterou vyplácí penzijní společnost, lze vyplácet tak, že se jednotlivé splátky penze budou lišit v závislosti na hodnotě penzijní jednotky, nebo tak, že splátky budou vypláceny do vyčerpání prostředků účastníka, tedy počtu jednotek. Způsob výplaty si zvolí účastník. V obou případech je ovšem nutné dodržet požadavek předpokládané doby výplaty. To znamená, že je nutné u druhého způsobu výplaty (volba neměnné výše splátky), tento odhad doby výplaty provést při stanovení výše splátky s ohledem na aktuální hodnotu prostředků účastníka v době stanovení výše splátky. Pokud poklesne hodnota prostředků účastníka, nastane situace, kdy reálná doba výplaty může být kratší.

Účastník se po vzniku nároku na dávku může rozhodnout převést prostředky, nebo jejich část, **jako úhradu jednorázového pojistného pro doživotní penzi nebo pro penzi na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu** do jím zvolené pojišťovny. Penzijní společnost převede prostředky účastníka na základě předložení pojistné smlouvy, kterou účastník uzavřel s jím zvolenou pojišťovnou. *Pojistná smlouva musí být uzavřena tak, aby byl důchod vyplácen v pravidelných peněžitých dávkách v neklesající výši doživotně alespoň čtyřikrát za kalendářní rok, nebo aby doba výplaty důchodu v dohodnuté přesně stanovené výši byla nejméně 3 roky, jinak penzijní společnost nemůže úhradu provést.*

Při této volbě účastník požádá penzijní společnost o úhradu jednorázového pojistného, a ta ve lhůtě 3 dnů od doručení žádosti sdělí účastníkovi kolik činí hodnota jeho prostředků (určuje se ke dni podání žádosti), aby mohl uzavřít pojistnou smlouvu. Penzijní společnost uhradí jednorázové pojistné na základě předložení pojistné smlouvy, a to nejpozději do konce následujícího kalendářního měsíce. Pokud má účastník nárok na státní příspěvek, který ještě nebyl Ministerstvem financí poskytnut v rámci pravidelných čtvrtletních žádostí, pošle mu tento doplatek penzijní společnost způsobem, který si určí v žádosti o výplatu této dávky.

Jednorázové vyrovnání náleží účastníkovi místo výše uvedených dávek nebo má účastník možnost nechat si vyplácet část prostředků ve formě jednorázového vyrovnání a část si nechat buď vyplácet penzijní společností,

nebo ji použít jako úhradu jednorázového pojistného pro penze vyplácené pojišťovnou. Zákon tak účastníkovi umožňuje volbu kombinace výplaty jednorázového vyrovnání a ostatních dávek s výjimkou odbytného. Jednorázové vyrovnání náleží i určené osobě, pokud účastníkovi na něj vznikl nárok, nebylo mu však vyplaceno a účastník v době po vzniku nároku zemřel. Jednorázovým vyrovnáním se též vyplatí zbylé prostředky účastníka určené osobě v případě, že účastník zemřel v průběhu vyplácení penze na určenou dobu.

Odbytné vyplatí penzijní společnost účastníkovi, jehož penzijní spoření zaniklo dohodou nebo uplynutím výpovědní doby a účastník spořil alespoň 24 měsíců, ale nevznikl mu nárok na penzi a ani se nerozhodl k převodu prostředků k jiné penzijní společnosti. Odbytné náleží určeným osobám, pokud účastník zemřel před vznikem nároku na dávku. Odbytné náleží účastníkovi i v případě, kdy dojde ke zrušení účastnického fondu s likvidací a účastník nevyužije možnosti bezplatného převodu do jiného účastnického fondu, pokud to lze, nebo do penzijního spoření u jiné penzijní společnosti; v takovém případě neplatí podmínka spořicí doby v trvání 24 měsíců.

Odbytné představuje hodnotu prostředků účastníka ke dni zániku závazků ze smlouvy o penzijním spoření určenému v dohodě účastníka a penzijní společnosti, nebo ke dni doručení výpovědi, *po odečtení nominální hodnoty státních příspěvků*.

○ smrti účastníka informuje penzijní společnost bez zbytečného odkladu určenou osobu a současně jí sdělí, o které dávky je oprávněna požádat.

Účastníkovi se umožňuje převést prostředky k jiné penzijní společnosti, pokud mu již není vyplácena penze na dobu určenou. Účastník se buď s penzijní společností dohodne, ke kterému dni zanikají závazky ze smlouvy o penzijním spoření, nebo podá výpověď. Při převodu prostředků se na nové smlouvě o penzijním spoření zachovává již dosažená spořicí doba ze smlouvy předcházející. Tento převod lze podmínit zaplacením poplatku. Nová smlouva o penzijním spoření může nabýt účinnosti nejdříve ke dni zániku závazků ze smlouvy předchozí.

Nároky z penzijního spoření se obecně nepromlčují. Promlčuje se pouze nárok na převod prostředků účastníka k jiné penzijní společnosti a nárok na splatnou splátku u penze na dobu určenou. V obou případech připadají prostředky účastníka ve prospěch majetku účastnického fondu, tedy ostatních účastníků.

Penzijní společnost

Velmi složitou otázkou je **vztah navrhovaného penzijního spoření k právu ES**. Důvodová zpráva na jedné straně uvádí, že zákon do značné míry přebírá osvědčené a komunitárním právem harmonizované

kolektivní investování, ve výplatní fázi se v případech, kdy se účastníkovi garantuje výplata důchodu a kdy je třeba k těmto závazkům tvořit technickou rezervu a odpovídající finanční umístění, se prostředky účastníka převádějí na soukromé pojišťovny, jejichž činnost je upravena komunitárním právem, ale na druhé straně tvrdí, že penzijní spoření není harmonizováno evropským právem, a proto penzijní společnost nepožívá výhod tzv. jednotného evropského pasu. Zachovává se tak schizofrenní situace z penzijního připojištění. Položme si ale otázku, co brání nabídce tohoto produktu v rámci Společenství? Existence státního příspěvku. Ten toto spoření zvýhodňuje oproti obdobným produktům na finančním trhu, ale současně ho „uzavírá“ na domácím trhu. Přežil by takový produkt bez státního příspěvku pouze s daňovým zvýhodněním? Podle nás ano. Pouze by ubylo těch, kteří zneužívají tohoto systému ke státem zvýhodněnému spoření a své úspory vybírají formou jednorázového vyrovnání namísto penze.

Penzijní společnost může vzniknout pouze v právní formě akciové společnosti, přičemž musí jít o nově založenou společnost. Tím se sleduje vyloučení případného zatížení závazky z předchozí činnosti u již existujících společností. Povolení k činnosti penzijní společnosti uděluje na základě žádosti ČNB, která je orgánem dohledu v penzijním spoření. Bude-li mít penzijní společnost zájem zprostředkovávat uzavírání pojistných smluv týkajících se převodů prostředků účastníka na doživotní důchod nebo na penzi na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu, musí splnit požadavky potřebné pro získání povolení podle zákona č. 38/2004 Sb. Penzijní společnost sice nebude mít zvláštní povolení podle výše uvedeného zákona, požadavky kladené na zprostředkovatele odpovídající jí provozované činnosti bude však muset splňovat a prokázat ČNB. Jinak řečeno, penzijní společnost bude moci tuto zprostředkovatelskou činnost vykonávat jako činnost související s penzijním spořením, a to na základě povolení ČNB po prokázání splnění požadavků stanovených zákonem č. 38/2004 Sb. pro činnost pojišťovacích zprostředkovatelů.

Z důvodu dosažení stability účastnických fondů a jejich efektivní správy se penzijní společnosti stanoví povinnost vytvořit do jednoho roku od udělení povolení k činnosti všechny 3 povinné účastnické fondy a do dvou let dosáhnout 10 000 účastníků. Dále je stanovena povinnost v případě vytvoření jiných než povinných účastnických fondů dosáhnout do dvou let od udělení povolení k jejich vytvoření hodnoty majetku v takovém účastnickém fondu nejméně ve výši 50 000 000 Kč. Konstrukce kapitálového požadavku se vztahuje k výši majetku v obhospodařovaných účastnických fondech a je odlišná od ostatních sektorů finančního trhu ve prospěch vyšší bezpečnosti.

Souhlas s výkonem funkce vedoucí osoby, stejně jako schvalování nabytí kvalifikované účasti v penzijní společnosti, je v návrhu zákona upravena obdobně jako v ostatních právních předpisech finančního trhu, do kterých se promítají harmonizační požadavky práva ES. Žadatel o získání kvalifikované účasti musí získat souhlas ČNB vždy před nabytím nebo zvýšením kvalifikované účasti na penzijní společnosti nebo před jejím

ovládnutím. Nestane-li se tak, právní úkon (např. koupě cenných papírů) zůstává platný, ale výkon nově nabytých hlasovacích práv je možný až po získání takového souhlasu. Žadatel je povinen bez zbytečného odkladu informovat ČNB o nabytí nebo zvýšení kvalifikované účasti, resp. o ovládnutí penzijní společnosti. Pro udělování souhlasu s nabytím kvalifikované účasti v penzijní společnosti byl použit postup upravený směrnicí 2007/44/ES pro finanční služby.

Standardním požadavkem kladeným na subjekty finančního trhu podléhající dohledu ČNB, je zavedení obezřetnostních pravidel, tj. řádných řídicích, účetních a dalších administrativních postupů, včetně účinných postupů k řízení rizik a odpovídající mechanismy vnitřní kontroly. Tato uspořádání, postupy a mechanismy musí být ucelené a přiměřené povaze, rozsahu a složitosti činností spojených s činností penzijní společnosti. Konstrukce požadavků na obezřetný výkon činnosti penzijní společnosti je podobná konstrukci požadavků na obchodníky s cennými papíry upravené v zákoně č. 256/2004 Sb., o podnikání na kapitálovém trhu, ve znění pozdějších předpisů.

Penzijní společnost bude povinna plnit pravidelné informační povinnosti, tj. předkládat ČNB svoji pololetní a výroční zprávu. Současně s tím je povinna tyto dokumenty uveřejňovat způsobem umožňujícím dálkový přístup. Tato povinnost se týká i obhospodařovaných účastnických fondů.

Zavádí se také regulace úplaty penzijní společnosti za obhospodařování majetku v účastnických fondech a dalších poplatků se snahou o maximální jednoduchost a transparentnost. Účastník bude platit za veškeré standardní náklady související s obhospodařováním jeho majetku, včetně úplat za výkon činnosti depozitáře a auditora, poplatků hrazených bance, poplatků za obchody, převody a vypořádání obchodů s investičními nástroji, nákladů na marketing, akvizičních nákladů atp. **jednu úplatu**. Výše úplaty musí být stanovena ve statutu účastnického fondu a nesmí překročit 2 % z průměrné roční hodnoty vlastního kapitálu v účastnickém fondu po odečtení hodnoty majetku účastnického fondu investovaného do cenných papírů kolektivního investování. Formou jednorázového poplatku mohou být zpoplatněny nadstandardní služby penzijní společnosti taxativně uvedené v předloze zákona, vše ostatní postihuje úplata za obhospodařování. Penzijní společnost, resp. účastnický fond, tak nemůže účastníkovi účtovat žádný další poplatek ani úplatu.

Penzijní spoření je cíleno jako dlouhodobé pravidelné spoření na stáří, ne jako krátkodobý spořicí produkt se státním příspěvkem. Neustálé a často bezdůvodné přestupy klientů mezi jednotlivými penzijními společnostmi, obvyklé ve stávajícím penzijním připojištění, by celý systém neúměrně zatěžovaly. Z toho důvodu je vhodné, aby alespoň část nákladů spojených s přestupy nesli i účastníci. Proto byl stanoven poplatek za takový přestup, a to procentem z objemu obhospodařovaného majetku ohraničený minimální a maximální částkou. Pokud však účastník není dlouhodobě spokojen se způsobem, jakým mu penzijní společnost obhospodařuje prostředky,

neměl by být při přestupu k jiné penzijní společnosti sankcionován poplatkem za přestup. Z tohoto důvodu je přestup po více než 60 měsících trvání spořicí doby u téže penzijní společnosti bez poplatku.

Penzijní společnost je povinna o svém i obhospodařovaném majetku účtovat podle stanovených pravidel. Obdobně jako u kolektivního investování je třeba vést **účetnictví** pro každý účastnický fond odděleně od účetnictví penzijní společnosti. Majetek fondu je tak nejen fakticky a právně, ale i účetně, oddělen od majetku penzijní společnosti, což významně posiluje ochranu účastníků.

Pravidla činnosti **depozitáře** byla za dobu fungování kolektivního investování podrobena mnoha změnám právní úpravy reagující na vývoj celého odvětví i evropské legislativy a v současné době již odráží standardní chování depozitáře, jak je běžné ve vyspělých zemích. Proto i pro obhospodařování majetku v účastnických fondech penzijní společnosti byl zvolen téměř shodný model vztahu penzijní společnost – depozitář, který je tak významným prvkem ochrany účastníků penzijního spoření. V zásadě je možno činnost depozitáře rozdělit na dvě základní role. Tou první je „*úschova*“ majetku, tj. správa účtů s peněžními prostředky a dále účtů s investičními nástroji (zejména cennými papíry), které účastnické fondy nabývají do majetku, a dále o činnosti související s pohyby těchto aktiv (např. zajištění vypořádání obchodů). V případě, že úschova u depozitáře není z povahy věci možná (např. nelze aktivum fyzicky umístit u depozitáře), musí zajistit úschovu jinak (např. smlouvou s jinou finanční institucí, u které bude aktivum deponováno). Vypořádání obchodů je třeba zajistit v obvyklé lhůtě pro konkrétní nástroj, typ obchodu a regulovaný trh. Druhou významnou funkcí je *funkce kontrolní*, při které depozitář dohlíží na to, aby při dispozici s majetkem v účastnických fondech dodržovala penzijní společnost zákon a statuty jednotlivých fondů (kontrola oceňování majetku, kontrola pokynů k nakládání s majetkem, kontrola výplaty dávek účastníkům apod.).

Depozitář je povinen jednat výhradně v zájmu účastníků a v zájmu řádného nakládání se státním příspěvkem. Zákon depozitáři stanoví, jak má postupovat zjistí-li, že určitá transakce s majetkem v účastnickém fondu může být v rozporu se zákonem nebo depozitářskou smlouvou. Pak takovou transakci neprovede, upozorní penzijní společnost, upozorní ČNB nebo zabrání přesunům s investičními nástroji na jejich účtech.

Prostředky účastníků penzijního spoření budou umístěny v tzv. **účastnických fondech** obhospodařovaných penzijní společností, a to na obdobném principu jako v sektoru kolektivního investování. Účastnický fond je definován jako soubor majetku vytvořeného z peněžních prostředků od účastníků, včetně státního příspěvku a příspěvku zaměstnavatele, umístěných do účastnického fondu. Tento majetek náleží všem účastníkům účastnického fondu v poměru podle počtu nakoupených penzijních jednotek. Účastnický fond není právnickou osobou a vytváří se pouze na dobu neurčitou na základě povolení ČNB. Majetek v účastnickém fondu je oddělen od majetku penzijní společnosti, která jej obhospodařuje svým jménem

a na účet účastníků. Účastník odpovídá za závazky účastnického fondu pouze do výše svého podílu, který v účastnickém fondu skutečně má.

Hlavní činností penzijní společnosti bude obhospodařování majetku v účastnických fondech, podobně jako u investiční společnosti, a výplata příslušných dávek účastníkům. Penzijní společnost může vytvořit a obhospodařovat více účastnických fondů s různou investiční strategií. Jejich počet nebude omezen, povinně však musejí být vytvořeny tři povinné účastnické fondy 1 povinný konzervativní fond, 1 povinný smíšený fond a 1 povinný dynamický fond. Investiční strategie bude omezena ustanoveními týkajícími se způsobu investování v účastnických fondech.

Penzijní společnost je povinna vypracovat a uveřejnit statut účastnického fondu a způsob jeho uveřejňování. Statut musí obsahovat veškeré informace nezbytné pro účastníka k přesnému a správnému posouzení jeho rozhodnutí o umístění prostředků účastníka do daného účastnického fondu. Neuvedení určitých podstatných informací bude považováno za porušení zákona. Minimální náležitosti statutu stanoví ČNB vyhláškou. Statut je pro penzijní společnost závazný. Změna statutu je většinou přípustná jen s předchozím schválením ČNB, a to pouze tehdy, není-li v rozporu se zájmy účastníků. Změna statutu je spojená s právem účastníka na bezplatný převod prostředků k jiné penzijní společnosti, resp. jiného účastnického fondu, upraveným v části o úplatě a poplatcích tohoto zákona.

Návrh zákona vymezuje nástroje, do nichž je možno investovat prostředky účastníků, a současně stanoví limity pro toto investování. Majetek účastnického fondu však nesmí být použit k nákupu akcií penzijní společnosti, která jej obhospodařuje. Relativně přísně je také regulováno možné použití derivátů a repo operací k řízení rizik v portfoliu. Pro naplnění fondů financemi se stanovuje lhůta 24 měsíců od jejich založení, kdy lze investovat pouze do vysoce likvidních vkladů a nástrojů peněžního trhu.

Fondy v penzijním spoření

Povinný konzervativní fond hraje zásadní roli v celé právní úpravě penzijního spoření. Proto je jeho investování omezeno tak, aby mohl plnit úlohu jako fondu výplatního a jako fondu zaručujícího zachování hodnoty vložených prostředků. Jeho investiční strategie tak musí zajistit maximální likviditu a minimální volatilitu hodnoty jeho majetku. Předpokládá se, že hodnota penzijní jednotky bude ročně kolísat maximálně o 0,5 %. Průměrná vážená splatnost celého portfolia konzervativního fondu nesmí být delší než 2 roky.

Povinný smíšený fond má volnější investiční strategii, může investovat např. do akcií přijatých na regulovaných trzích v EU nebo na regulovaných trzích mimo EU, které jsou uvedeny v seznamu ČNB, do standardních fondů kolektivního investování, přičemž do akcií a podílových listů akciových podílových

fondů lze investovat maximálně 40 % majetku tohoto fondu, zbylých 60 % může investovat do jiných, zákonem určených investičních nástrojů. Fond bude povinen zajistit proti měnovému a úrokovému riziku alespoň 50 % svého majetku.

Ještě volnější regulace byla zvolena u **povinného dynamického fondu**. Techniky a nástroje sloužící k efektivnímu obhospodařování majetku v účastnickém fondu (deriváty a repo operace) lze používat i jinak, než pouze k řízení měnového a úrokového rizika, do akcií a podílových listů akciových podílových fondů lze investovat až 80 %, investovat lze i do cenných papírů speciálních fondů kolektivního investování, které jsou dohlíženy v rámci Evropské unie.

Poněkud **diskutabilní je stanovení povinnosti investovat do dluhových cenných papírů splňujících určitá ratingová hodnocení jejich kvality**. V případě povinného konzervativního fondu by měl dluhový cenný papír mít jeden z 5 nejlepších ratingů (u Standard & Poor's a Fitch je to až po rating A+ včetně, a u Moody's je to až po rating A1 včetně), v případě povinného smíšeného fondu se vyžaduje 7 nejlepších ratingů (až po rating A-, resp. A3) a u povinného dynamického fondu 10 nejlepších ratingů (až po rating BBB-, resp. Baa3). Uvedená kvalitativní hodnocení jsou jistě vodítkem pro investora, ale nejsou zárukou jejich skutečné kvality v takové míře, aby s nimi pracoval přímo zákon. Jejich nespolehlivost se nakonec projevila v době světové finanční a hospodářské krize, kdy instituce s vysokým ratingem se během velmi krátké doby ukázaly jako hluboce podkapitalizované. Jsme toho názoru, že má-li být používán rating pro hodnocení kvality investic, pak pouze na úrovni metodiky.

Zákon upravuje řadu institutů jako převod, sloučení účastnických fondů, zrušení a likvidace penzijní společnosti, přičemž značná pravomoc při rozhodování je dána ČNB, která musí každý jednotlivý případ posoudit **z hlediska ochrany zájmů účastníků**.

Účastníkovi ve výplatní fázi, nebo těsně před ní, je nutno zabezpečit udržení hodnoty naspořených prostředků. Proto zákon zavádí povinné převedení prostředků účastníka do povinného konzervativního fondu, a to nejpozději 5 let před vznikem nároku na dávku.

Penzijní společnost je povinna obhospodařovat majetek účastníka tak, aby dosáhla pro něho nejlepší možný výsledek. Za tím účelem musí rozhodnout, které faktory ovlivňující výsledek provedení transakce s investičním nástrojem upřednostní pro konkrétní účastnický fond, musí provést analýzu dostupných převodních míst tak, aby mohla identifikovat ta převodní místa, jež jí umožní obhospodařovat majetek v účastnickém fondu za nejlepších možných podmínek, a průběžně sledovat účinnosti organizačního uspořádání a pravidel pro obhospodařování majetku v účastnickém fondu.

Zákon ukládá penzijní společnosti při obhospodařování účastnického fondu povinnost průběžně informovat jak účastníky penzijního spoření, tak i orgán dohledu. Informace důležité pro rozhodování účastníka nebo zájemce je penzijní společnost povinna uveřejňovat způsobem umožňujícím dálkový přístup, a zároveň je zpřístupnit ve svém sídle. Úprava informačních povinností vůči ČNB vychází z kolektivního investování s přihlédnutím ke specifickým penzijního spoření.

Osobní penzijní účet je evidenčním účtem vedeným pro každého účastníka a příjemce dávky. Dělí se na peněžní a majetkový podúčet. Na peněžním podúčtu se evidují zejména toky peněz, tj. příspěvky, za které penzijní společnost následně přispívá penzijní jednotky, a platby, v jejichž důsledku penzijní společnost penzijní jednotky odepisuje. Na majetkovém podúčtu se zaznamenává datum, počet a hodnota připsaných nebo odepsaných penzijních jednotek. Penzijní jednotky se připsují a odepisují podle aktuální hodnoty penzijní jednotky. Součet majetkového a peněžního podúčtu, tedy osobní penzijní účet, tvoří hodnotu všech prostředků účastníka.

Penzijní jednotka představuje nejmenší podíl na majetku v účastnickém fondu, tj. nejmenší nedělitelný podíl. Penzijní jednotka je obdobou podílové jednotky podle zákona o kolektivním investování. Není však cenným papírem jako podílový list podílového fondu, se kterým jsou spojená práva a povinnosti účastníků, ale **vyjadřuje podíl na majetku v účastnickém fondu**. Aktuální hodnota penzijní jednotky se stanoví jako hodnota vlastního kapitálu účastnického fondu, ve kterém se zohlední časové rozlišení standardních nákladů ovlivňujících vlastní kapitál fondu, ke dni stanovení aktuální hodnoty penzijní jednotky dělená počtem všech penzijních jednotek evidovaných na osobních penzijních účtech všech účastníků ve vztahu k tomuto účastnickému fondu ke dni stanovení hodnoty penzijní jednotky.

Penzijní společnosti se ukládá povinnost zaslat účastníkovi **výpis z osobního penzijního účtu** minimálně jednou ročně, a to bezplatně. Ten obsahuje přehled o pohybu majetku účastníka v účastnických fondech, a to ke dni vyhotovení předchozího výpisu a ke dni vyhotovení aktuálního výpisu. Dále podrobný rozpis přijatých příspěvků, připsaných a odepsaných penzijních jednotek, vyplacených dávek a prostředků převedených od jiné nebo převáděných k jiné penzijní společnosti za dané období a součtové položky, které uvádějí, kolik za celé období od posledního výpisu činily příspěvky účastníka, zaměstnavatele a státní příspěvek, kolik bylo celkem připsáno nebo odepsáno penzijních jednotek v jednotlivých fondech, nebo jaká částka byla účastníkovi vyplacena za dané období ve formě dávek. Výpis dále obsahuje informace o zhodnocení prostředků účastníka, výnosnosti účastnických fondů a úplatě za obhospodařování účastnických fondů.

Penzijní společnost je povinna získat od účastníka informace v rozsahu nezbytném k tomu, aby porozuměla zásadním skutečnostem o účastníkovi a aby nabyla přesvědčení, že charakter závazkového vztahu plynoucí

ze smlouvy o penzijním spoření, výše prostředků, které budou ukládány do účastnických fondů, a dohodnutá penzijní strategie odpovídají jeho požadavkům a možnostem.

Dohled ČNB a státní dozor MF

Zákon zakládá **ČNB** v oblasti penzijního spoření pravomoci a nástroje nezbytné k řádnému **výkonu dohledu** tak, aby byla schopna zavést vhodná opatření nebo ukládat sankce s cílem zabránit protiprávnímu jednání nebo zmírnit případné následky takového jednání. Výkon dohledu ČNB je postaven na principech upravených zákonem č. 15/1998 Sb., o dohledu v oblasti kapitálového trhu. Současně se upravuje **státní dozor MF**, kterému podléhá činnost penzijní společnosti spočívající v nakládání se státním příspěvkem pro účastníky penzijního spoření. Tento dozor je založen na obdobných principech jako státní dozor MF v penzijním připojištění se státním příspěvkem.

Předmětem dohledu je dodržování povinností stanovených tímto zákonem a jiných zákonů s vazbou na činnosti upravené tímto zákonem ze strany osob podléhajících dohledu ČNB, soulad jimi vykonávaných činností s rozsahem povolení, které jim bylo ČNB uděleno. Předmětem dohledu je současně dodržování povinností stanovených statutem účastnického fondu, smlouvou o penzijním spoření, depozitářskou smlouvou a rozhodnutím vydaným podle tohoto zákona, plnění rozhodnutí vydaných ČNB, zavedení administrativních postupů a dodržování postupů účtování upravených zákonem o účetnictví a způsob řízení penzijní společnosti, včetně funkčnosti a efektivnosti jejího řídicího a kontrolního systému.

Zákon vymezuje soubor opatření jako nástrojů ČNB sloužících k nápravě nedostatků zjištěných v činnosti osob podléhajících dohledu, jejichž pomocí lze zajistit soulad činnosti těchto osob se zákonem, napravit nežádoucí protiprávní stav a ochránit zákonem chráněné zájmy a práva účastníků penzijního spoření. Jejich rozsah a obsah je koncipován tak, aby ČNB umožňoval pružně reagovat na vzniklou situaci.

ČNB odejme penzijní společnosti povolení také v případě, že ve lhůtě do 24 měsíců od udělení povolení k vytvoření povinného účastnického fondu neuzavře smlouvu o penzijním spoření alespoň s 10 000 účastníky nebo jestliže během této lhůty hodnota majetku v nepovinném fondu nedosáhne alespoň 50 mil. Kč. ČNB je oprávněna odejmout penzijní společnosti povolení v případě, že hodnota majetku v účastnickém fondu za období 6 měsíců poklesne pod 50 mil. Kč nebo jestliže dojde k závažné změně ve skutečnostech, na jejichž základě bylo povolení uděleno, pokud tím dojde k ohrožení zájmů účastníků.

Výkon státního dozoru MF při poskytování a vrácení státního příspěvku je založen zejména na informačních tocích mezi penzijní společností a orgánem státního dozoru. Cílem je zajistit, aby byl řádně a včas poskytnut účastníkům státní příspěvek, na který jim vznikl nárok, resp. vrácen poskytnutý státní příspěvek, když tento nárok zanikl. K zabezpečení této činnosti zákon stanoví MF pravomoci a nástroje směřující k odstranění zjištěných nedostatků, resp. k zabránění přetrvávání protiprávního stavu, který ohrožuje nebo může ohrozit zájmy účastníků.

V souladu se zásadami správního trestání se v zákoně upravují přestupky fyzických osob a správní delikty podnikajících fyzických osob a právnických osob v oblasti upravené tímto zákonem. Skutkové podstaty správních deliktů jsou vázány buď na porušení konkrétní povinnosti upravené navrhovaným zákonem, nebo na nesplnění povinnosti stanovené rozhodnutím ČNB při výkonu dohledu, pokud jsou tímto jednáním ohroženy nároky účastníka.

Diskutabilní jsou v této souvislosti dvě skutkové podstaty správních deliktů. První je neoprávněné vykonávání nebo nabízení činnosti upravené navrhovaným zákonem. Jsme toho názoru, že takové jednání naplňuje skutkovou podstatu trestného činu podle § 251 trestního zákoníku. Tím, že se z tohoto protiprávního jednání dělá správní delikt, staví se ČNB do nezáviděníhodné situace, kdy má toto jednání postihovat, aniž by k tomu měla odpovídající pravomoci, kterými jsou vybaveny orgány činné v trestním řízení. Tento postup je, bohužel, převzatý z jiných zákonů z oblasti kapitálového trhu.

Druhou diskutabilní otázkou je správní delikt spočívající v neprovedení ve lhůtě stanovené Českou národní bankou, jí uloženého opatření k nápravě. Domníváme se, že takto koncipovaná skutková podstata je porušením zásady „nullum crimen sine lege“. Znakem objektivní stránky přestupku nebo správního deliktu právnické osoby je porušení povinnosti stanovené zákonem. Povinnosti, zákazy či příkazy, jejichž nedodržení se trestá, by měly být ve skutkových podstatách správních deliktů vyjádřeny **konkrétně**, jako typové znaky objektivní stránky, a to buď přímo výslovně, nebo s použitím odkazu na zákonné ustanovení, v němž je povinnost stanovena. Pokud by znakem skutkové podstaty přestupku nebo správního deliktu právnické osoby byl i následek způsobený zákonem chráněnému zájmu, z hlediska zásady nullum crimen sine lege by byl akceptovatelný i postih za porušení povinnosti stanovené vykonatelným rozhodnutím vydaným na základě zákona. Za přestupek nebo správní delikt právnické osoby **ve smyslu hmotného práva nelze považovat jednání, které spočívá v neuposlechnutí příkazu, pokynu nebo, kterým se ztěžuje výkon kontrolní a dozorové činnosti**, např. přestupkem není jednání toho, kdo neposkytne součinnost při kontrole prováděné orgánem státního dozoru nebo nesplní povinnost uloženou orgánem státního dozoru. V těchto případech se jedná o ztěžování výkonu pravomoci postižitelné **pořádkovou pokutou** (viz Zásady právní úpravy přestupků a jiných správních deliktů v zákonech upravujících výkon veřejné správy – usnesení vlády č. 162 ze dne 20. února 2002).

V úpravě správních deliktů lze namítnout i nelogické zdvojení skutkových podstat v případech, kdy se správního deliktu dopustí fyzická osoba. Ke zdvojení dochází tím, že tyto skutkové podstaty jsou uvedeny jako přestupky a současně jako správní delikty fyzických osob podnikajících. Přitom i zde se ČNB dostává do nepříjemné situace. Zjistí-li porušení, kterého se dopustí fyzická osoba, musí nejprve zjistit (otázkou je v jakém řízení), zda se ho dopustila jako fyzická osoba nebo v souvislosti s jejím podnikáním, aby věděla, kterou skutkovou podstatou se má řídit a zdali se řízení povede podle zákona o přestupcích, nebo podle správního řádu. Tento postup je ale nesmyslný, neboť společná ustanovení obsahují pro tyto případy ustanovení, podle kterého se „na odpovědnost za jednání, k němuž došlo při podnikání fyzické osoby nebo v přímé souvislosti s ním, vztahují ustanovení tohoto zákona o odpovědnosti a postihu právnické osoby“. To umožňuje ČNB věc zahájit a posuzovat podle jedné skutkové podstaty, a to jako přestupek (s řízením podle zákona o přestupcích), nebo jako správní delikt spáchaný v souvislosti s podnikáním (s řízením podle správního řádu).

Společná ustanovení obsahují, mimo jiné, úpravu povinnosti zachovávat mlčenlivost obdobnou jako v jiných sektorech finančního trhu, včetně taxativního vymezení výjimek z porušení povinnosti mlčenlivosti.

Účinnost

Nabytí účinnosti zákona se stanoví na **1. ledna 2010**, nicméně je třeba v této souvislosti vzít v úvahu, že penzijní společnosti mají od získání povolení jeden rok na vytvoření povinných účastnických fondů a další dva roky na jejich dostatečné naplnění stanoveným počtem účastníků.

Změny souvisejících zákonů

Počínaje **1. lednem 2011** dojde k **uzavření systému penzijního připojištění** pro nové účastníky. Stávající účastníci se budou moci rozhodnout, zda chtějí pokračovat v penzijním připojištění nebo využít nového systému a přestoupit na novou smlouvu o penzijním spoření. Účastníkům penzijního připojištění se umožňuje přestoupit do penzijního spoření a to tak, že jejich prostředky z penzijního fondu budou převedeny na smlouvu o penzijním spoření k penzijní společnosti s tím, že jim bude zachována doba, po kterou platili příspěvky na penzijní připojištění. Do spořicí doby podle návrhu doprovodného zákona se tedy započítá dosažená pojištěná doba podle zákona o penzijním připojištění. Penzijní fond bude mít povinnost poskytovat při převádění prostředků účastníka informace o rozdělení těchto prostředků.

Systém penzijního spoření, se má stát plynulým pokračováním systému penzijního připojištění. Navrhovaná úprava deklaruje záměr při přechodu na nový systém omezit nežádoucí bezdůvodné vytváření akvizičních nákladů, které většinou v konečném efektu dopadají na účastníky, a nenarušit průběh reformy doplňkového důchodového zabezpečení možným rozpoutáním „honby na klienty“. Tento záměr má být splněn omezením přestupů z penzijního připojištění na penzijní spoření pouze v rámci podnikatelského seskupení, jehož součástí je penzijní společnost a penzijní fond, mezi kterými dochází k převodu prostředků. Výjimkou je pouze situace, kdy součástí stejného podnikatelského seskupení, do kterého náleží penzijní fond, není žádná penzijní společnost nebo tato nezahájila ke dni převodu prostředků svoji činnost. Tento postup se však nezdá být správný, zejména z pohledu účastníka, kterému je tak bráněno převést svůj majetek k penzijní společnosti podle vlastního výběru. To může být penzijní společností zneužito při stanovení podmínek penzijního spoření. Stejně tak je možno položit otázku, zda je zvolené řešení v souladu se soutěžním právem.

Návrh doprovodného zákona také **sjednocuje výši poskytovaného státního příspěvku** v obou systémech, tj. v penzijním připojištění a penzijním spoření. Cílem této úpravy je zvýšit motivaci účastníků k vyšším příspěvkům. Nároky na státní příspěvky vzniklé do nabytí účinnosti zákona zůstávají zachovány.

Novelou zákona o daních z příjmů se nastavují pravidla a způsob zdanění obdobně jako u investičních společností v případě penzijní společnosti, jako u fondů kolektivního investování v případě účastnických fondů v penzijním spoření a jako u účastníků penzijního připojištění se státním příspěvkem v případě účastníků penzijního spoření. Text je postaven na podobnosti činnosti penzijní společnosti kolektivnímu investování ve fázi spoření a podobnosti penzijní společnosti penzijním fondům ve fázi výplaty dávek.

Nově **nebudou zdaňovány příjmy ze soukromého pojištění, jedná-li se o plnění ve formě doživotních důchodů a u dávky z penzijního spoření se státním příspěvkem ve formě doživotního důchodu (penze)**. Tím se sleduje podpora ze strany státu takového plnění, které doživotně zabezpečuje občana. Se stejným cílem podpory úspor občanů na období stáří se **zvýšuje limit pro osvobození daně z příjmů ze závislé činnosti v případě příspěvků zaměstnavatele ze současných 24 tis. na 36 tis. Kč ročně a snižuje sazba daně na 10 % v případě, že výplata důchodu (penze) bude sjednána na stanovenou dobu, minimálně však na dobu 10 let**, a provádějí daňové úpravy v souvislosti s přechody účastníků ze systému penzijního připojištění do penzijního spoření.

V souvislosti s přijetím zákona o penzijním spoření se zavádějí další potřebné změny terminologického charakteru a do výčtu finančních institucí v různých zákonech se doplňuje slovo „penzijní společnost“.

I když je osud tohoto návrhu v rukách příští vlády, resp. vlád, jde zejména o snahu vypořádat se s negativy stávajícího penzijního připojištění se státním příspěvkem. S nimi se každopádně bude muset zákonodárce dříve či později zabývat, pokud bude chtít, aby systém dobrovolného důchodového spoření byl skutečným doplňkem příjmů osob v důchodovém věku. To podle nás platí i o zavedení (ve skutečnosti dnes již rozšíření o tuzemské provozovatele) moderního zaměstnaneckého penzijního pojištění.

Pension saving – new system to save for old age

Ministry of Finance presented to the Government a bill on pension saving last February. The bill has been prepared pursuant to the Government resolution No. 1297 of 20 October 2008. Theses for drafting a law on pension saving served a basis for the bill. The objective of this paper is to bring the main principles of proposed pension saving closer to the readers.

The bill responds to Government Program Declaration according to which so-called second leg of pension reform will consist in separation of property of shareholders and clients – within the system of voluntary supplementary pension insurance including possibility to provide various pension plans (inclusive of guaranteed ones).

The working group created to solve this problem in 2006 came to a conclusion that the most suitable way how to proceed will be not to divide property within existing pension funds but to establish a new system of pension companies and to close the existing system for new clients.

The bill on pension saving falls under the third pillar.

Český důchodový systém a jeho reforma

Mgr. Jiří Král, vrchní ředitel sekce sociální a rodinné politiky Ministerstvo práce a sociálních věcí

Ve vyspělých státech světa existuje více důchodových systémů než je těchto států. Už jen z tohoto faktu se dá vyvodit, že neexistuje žádný ideální systém. Důchodové systémy bývají výsledkem historického, politického, ekonomického i sociálního vývoje daného státu. Významný je i rozvoj finančních a kapitálových trhů, úroveň administrativy, státních institucí, zkušeností se soukromými institucemi a mnoho dalších faktorů. Většinou tak s měnícími se podmínkami, zejména ekonomickými a sociálními, se mění i důchodové systémy. V některých okamžicích dosahují změny takové intenzity, že mluvíme o reformách. Změny, ke kterým došlo v bývalém Československu, v letech 1989–1992 byly natolik významné, že vyžadovaly i značné změny v důchodovém systému a myslím, že mluvit o reformě důchodového systému odpovídá skutečnosti. Byť se často o ČR v expertních kruzích mluví jako o zemi nereformní. Myslím, že to ale neodpovídá skutečnosti a že můžeme bez uzardění mluvit o uplynulém období po roce 1989 jako o **české důchodové reformě**. Toto období lze z hlediska podstatných změn důchodového systému rozdělit do 4 období:

1. V **období 1990–1992** byly učiněny první reformní kroky, které znamenaly především sjednocení podmínek pro získání nároků z důchodového pojištění. Byla odstraněna diskriminace osob samostatně výdělečně činných tím, že bylo jejich zabezpečení postaveno na roveň zabezpečení ostatních výdělečně činných osob, a byly zrušeny preference některých pracovních kategorií v důchodovém systému. Dále bylo v tomto období přijato první systémové valorizační opatření, které stanovilo podmínky a způsob pravidelného zvyšování důchodů. Došlo rovněž ke změnám v organizaci sociálního zabezpečení, kdy nemocenské pojištění bylo převedeno z působnosti odborových orgánů, Českého svazu výrobních družstev a okresních národních výborů a organizačně sjednoceno s důchodovým pojištěním v rámci jednoho státního orgánu – nynější České správy sociálního zabezpečení.

2. V **období 1993–1995** byly položeny základy současné podoby českého důchodového systému. V roce 1993 došlo v souvislosti s daňovou reformou k zavedení pojistného na sociální zabezpečení (důchodové pojištění a nemocenské pojištění) a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti jako zvláštní platby mimo daňový systém, které jsou příjmem státního rozpočtu. Sazba na důchodové pojištění byla stanovena na 27,2 % vyměřovacího základu (od roku 1996 byla snížena na 26,0 %). V roce 1994 byl přijat zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem. Penzijní připojištění se státním příspěvkem tvoří spolu se soukromým životním pojištěním doplňkový dobrovolný pilíř českého důchodového systému. Povinný průběžně financovaný pilíř (též označovaný jako první pilíř) představuje základní důchodové pojištění upravené zákonem č. 155/1995 Sb., který byl přijat v roce 1995. Do tohoto zákona byla zakotvena zásadní opatření, jako je postupné zvyšování věkové hranice pro nárok na starobní důchod, sjednocení systému, změna konstrukce výpočtu důchodu, která určitým způsobem reaguje na vývoj vnějších faktorů, nově byla definována plná (i částečná) invalidita s vazbou na procentní pokles schopnosti soustavně výdělečné činnosti v důsledku

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, bylo nově umožněno odejít do trvale kráceného předčasného starobního důchodu, a to až o tři roky dříve před dosažením důchodového věku. Z této základní právní úpravy pak vycházela i reformní opatření přijatá v následujících obdobích v reakci na sociální, ekonomický a demografický vývoj.

3. V **období 2003–2005** byla přijata v rámci reformy veřejných financí úsporná opatření v základním důchodovém pojištění a došlo k posílení politické diskuze o dalším pokračování důchodové reformy. Opatření účinná od 1. ledna 2004 zahrnovala jak změny na straně výdajů důchodového pojištění – mimo jiné další zvyšování důchodového věku, omezení možnosti odchodu do předčasného starobního důchodu a redukci hodnocení doby studia pro účely důchodového pojištění, tak na straně příjmů, kdy došlo ke zvýšení sazby pojistného na důchodové pojištění o 2 procentní body (na 28 % vyměřovacího základu). Na jaře 2004 vznikl na základě politické dohody Tým expertů pro přípravu důchodové reformy složený ze zástupců politických stran zastoupených v Poslanecké sněmovně Parlamentu, zástupce předsedy vlády, ministra práce a sociálních věcí a ministra financí. Byl rovněž vytvořen odborný Výkonný tým vedený koordinátorem Vladimírem Bezděkem, jehož závěrečná zpráva z června 2005 obsahuje podrobnou analýzu návrhů důchodové reformy předložených jednotlivými politickými stranami. Od července 2005 pokračovala politická jednání, která vycházela ze shora uvedené Závěrečné zprávy a z dalších podkladů připravených MPSV a MF. Výsledkem pak byl návrh „Dohody politických stran o dalším pokračování důchodové reformy“, která však v důsledku blížících se voleb do Poslanecké sněmovny v roce 2006 nakonec nebyla podepsána.

4. V **období po roce 2006**, tj. po červnových volbách a ustavení nové vlády, bylo v lednu 2007 přijato Programové prohlášení vlády, které obsahovalo mimo jiné i záměr provést důchodovou reformu ve třech etapách.

I. etapa, schválená zákonem č. 306/2008 Sb., s účinností od 1. 1. 2010, obsahuje soubor opatření, která navazují na závěry obsažené v Závěrečné zprávě a na návrh nepodepsané Dohody politických stran z roku 2005. Schválená opatření přispějí k lepší finanční udržitelnosti a dlouhodobé stabilitě základního důchodového pojištění a k odstranění některých mikroekonomických neefektivností.

II. etapa zahrnuje jak změny týkající se základního důchodového pojištění (vytvoření rezervy pro důchodovou reformu), tak především doplňkového důchodového pilíře.

V rámci III. etapy měla být řešena diverzifikace zdrojů pro příjmy ve stáří s možností přesměrovat malou část z povinných plateb pojistného na základní důchodové pojištění na základě dobrovolné volby pojištěnce do soukromého systému (zavedení možnosti opt – out).

Odbor sociální pojištění MPSV vydává ve dvouleté periodě tzv. **Pojistněmatematickou zprávu o stavu a perspektivách českého důchodového systému**. První zpráva byla vydána v roce 2002 a v pořadí čtvrtá koncem roku 2008. Všechny zprávy jsou k dispozici na webových stránkách MPSV. Poslední zpráva z roku 2008 obsahuje nejen statistické údaje a analýzy vývoje důchodového pojištění za posledních 5 let, ale i dlouhodobé projekce, včetně očekávaného dopadu přijatých úprav. Vývoj základních ukazatelů důchodového pojištění v letech 2003–2007 je zachycen v níže uvedené tabulce. Z ní je patrné, že v roce 2003 (stejně jako v letech 1997–2002) převyšovaly výdaje na důchody příjmy z pojistného na důchodové pojištění. Od roku 2004 pak bylo saldo důchodového pojištění kladné, a to zejména v důsledku výše uvedeného zvýšení sazby pojistného na důchodové pojištění z 26 % na 28 %. Celkové výdaje na důchody se v roce 2004 zvýšily meziročně o 2,2 %, v období 2005–2007, kdy došlo k vyšší valorizaci důchodů, to bylo o 6,2 až 10,4 %. Nejvyšší podíl na výdajích na důchodové pojištění tvoří výdaje na starobní důchody (72 % v roce 2007).

Základní ukazatele důchodového pojištění 2003–2007

Rok	Příjmy ¹⁾ (mld. Kč)	Výdaje ²⁾ (mld. Kč)	Počet pojištěných (tis.)	Počet důchodců (tis.)	Průměrný starobní důchod ³⁾ (Kč)	(% hrubé mzdy)
2003	202,8	220,3	4 666	2 591	7 071	42,2
2004	235,8	225,2	4 767	2 626	7 256	40,6
2005	250,1	241,2	4 826	2 645	7 728	41,1
2006	268,4	266,2	4 876	2 684	8 173	40,8
2007	295,9	282,6	4 968	2 719	8 736	40,6

Poznámky:

¹⁾ Včetně pokut, penále a dobrovolného připojištění.

²⁾ Bez záloh poskytnuté v roce předchozím a včetně záloh poskytnuté za rok následující, bez provozních výdajů.

³⁾ Měsíční průměr sólo vyplácených starobních důchodů v roce.

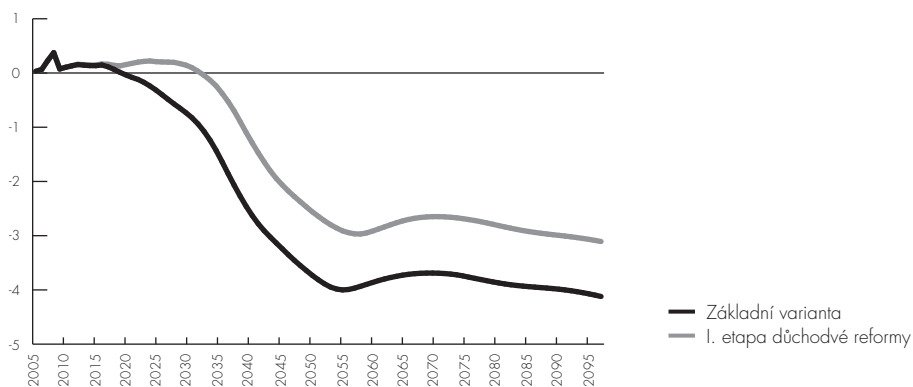
Pramen: MPSV, 2008

Celkový počet důchodců se ve sledovaném období zvýšil o 5 %. Vzhledem k rychlejšímu zvyšování počtu plátců pojistného se však příznivě vyvíjel jeden ze základních ukazatelů rozhodný pro vyrovnanou finanční bilanci důchodového pojištění – míra závislosti, tj. poměr počtu důchodců a počtu plátců pojistného, který klesl v tomto období z 55,5 % na 54,7 %. V roce 2007 pobíralo důchod 2719 tisíc důchodců, z toho 74,6 % důchod starobní či poměrný starobní, 21,6 % důchod invalidní a 3,8 % pouze důchod pozůstalostní. Vzhledem k možnému souběhu přímého důchodu s důchodem pozůstalostním byl celkový počet vyplácených důchodů vyšší než počet důchodců, dosahoval počtu 3347 tisíc. Počet nově přiznaných důchodů byl v roce 2007

v podstatě shodný s počtem důchodů přiznaných v roce 2004 (190 tis.). Každoročně se přitom zvyšoval počet starobních důchodů přiznaných k dosažení věkové hranice a trvale krácených předčasných starobních důchodů. Do jisté míry je příčinou tohoto trendu demografický vývoj, tzn. nárůst počtu osob ve věku možného odchodu do starobního důchodu.

Průměrná výše vyplácených důchodů je ovlivňována především zvyšováním vyplácených důchodů. Důchody jsou od roku 2003 podle zákona valorizovány pravidelně v lednu každého roku, přičemž zákonem je též stanoveno minimální zvýšení, které činí nejméně 100 % růstu cen a 1/3 růstu reálných mezd. Vzhledem k tomuto způsobu valorizace byl růst průměrné výše vyplácených důchodů, s výjimkou roku 2005, pomalejší než růst průměrné mzdy. Průměrný starobní důchod dosáhl v roce 2007 hodnoty 40,6 % hrubé mzdy (52,9 % čisté mzdy). Budoucí vývoj důchodového pojištění ovlivní především očekávané stárnutí populace dané nevyrovnanou věkovou strukturou, poklesem úmrtnosti i nízkou úrovní plodnosti. Vstup dvou populačně silných generací do důchodu – poválečné generace a zejména pak generace narozených v 70. letech – vytvoří výrazný tlak na výdaje důchodového systému. Na tento vývoj reagovaly i parametrické úpravy schválené v roce 2008 v rámci první etapy důchodové reformy. Z projekcí obsažených v Pojistněmatematické zprávě 2008 vyplývá, že opatření schválená v rámci první etapy důchodové reformy přispějí významným způsobem ke zlepšení finanční udržitelnosti důchodového pojištění. Bez realizace těchto opatření by se systém, za předpokladu valorizace důchodů na úrovni zákonem stanoveného minima, již kolem roku 2020 propadl do permanentních deficitů, které by dlouhodobě dosahovaly úrovně 4 % HDP. Schválené změny by měly vést ve středním a dlouhém horizontu k postupnému snížení celkových výdajů na důchody o zhruba 1 % HDP a k vyrovnaní salda důchodového systému až těsně za rok 2030.

Saldo důchodového systému v % HDP



Pramen: MPSV, 2008.

Vývoj bilance českého důchodového systému však bude ovlivněn dopady probíhající ekonomické krize, zejména na příjmové straně systému, v důsledku jejího dopadu na klesající zaměstnanost a zpomalení růstu mezd.

Český důchodový systém je od vstupu České republiky do EU v roce 2004 mnohem častěji porovnáván s důchodovými systémy členských států EU. Vývoj a stav těchto důchodových systémů je pravidelně popisován a analyzován ve **Společných zprávách EU o sociální ochraně** vznikajících na základě Národních zpráv o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování. Poslední taková zpráva byla připravena v roce 2008 a schválena Evropskou radou v březnu 2009. Kromě vlastní Společné zprávy je k dispozici na webové stránce EU i podrobnější dokument „Supporting document“ (http://ec.europa.eu/employment_social).

Významnou kapitolu Společné zprávy tvoří pasáž věnovaná přiměřenosti a udržitelnosti důchodových systémů. Ze srovnání s ostatními členskými státy vyplývá, že český důchodový systém velmi dobře plní úlohu ochrany proti chudobě ve stáří. Míra ohrožení starších osob chudobou na úrovni 5 % je nejnižší v EU. Největší výzvou pro Českou republiku je, stejně jako pro řadu dalších členských států, zajistit dlouhodobou finanční udržitelnost důchodového systému. Během posledních let přistoupilo mnoho členských států k reformám důchodových systémů, a to zejména v reakci na prodlužující se střední délku života. Společná zpráva konstatuje, že udržení a posílení míry zaměstnanosti je jedním ze základních předpokladů zachování finanční stability důchodových systémů. Míra zaměstnanosti starších pracovníků se během posledních deseti let zvyšuje ve většině členských států EU, včetně České republiky, a již jedenáct z nich splňuje lisabonský cíl 50% míry zaměstnanosti starších osob (v České republice dosahoval tento ukazatel 46 % v roce 2007 a mírně tak převyšoval průměr EU 27, který činil 44,7 %). Z Národních zpráv jednoznačně vyplývá, že nezbytností se stává zvyšování důchodového věku a také uzavírání možností předčasného odchodu z trhu práce – např. formou předčasného odchodu do důchodu či mírných podmínek pro invalidní důchod. Je samozřejmé, že pokrok dosažený v průběhu let 2000 až 2008 bude v současnosti podroben zkoušce v kontextu hospodářského poklesu.

Ze Společné zprávy vyplývá, že naprostá většina členských států počítá s růstem významu soukromých fondových systémů, současně však zdůrazňuje nutnost odpovídajícího zabezpečení ochrany před volatilitou a inflací. Riziko dlouhověkosti je přítomno i v těchto systémech, a proto je žádoucí zdokonalovat regulační rámce pro anuity a zároveň zajistit dobře fungující a akceschopné dozorčí a regulační orgány. Za těchto předpokladů bude možné lépe využít potenciál fondových systémů a lépe tak čelit riziku stárnutí obyvatelstva. Jsem přesvědčen, že to platí i v současné době ekonomické a globální finanční krize.

Zkušenosti nejvyspělejších států jsou nejlépe charakterizovány v materiálech OECD. Zejména cenné a zajímavé jsou pro nás právě poznatky o soukromých důchodech, jejichž rozvoj je v ČR stále teprve v počátečním stádiu. V únoru 2009 byla publikována poslední **zpráva OECD o soukromých důchodech**, která poskytuje data

o investování, dávkách, účasti v systémech a struktuře tohoto odvětví na základě posledních dostupných statistik. Navíc vyhodnocuje trendy formující penzijní „průmysl“, které vycházejí z role soukromých důchodů v rámci důchodových systémů.

Zpráva uvádí, že ve 14 ze 30 států OECD existuje nějaká forma povinného nebo kvazi-povinného soukromého důchodového systému. Poměr aktiv soukromých penzijních fondů k HDP lze považovat za míru rozšíření „privatizace“ penzijního systému v zemi. I když z celkových aktiv nashromážděných v soukromých penzijních systémech zemí OECD bylo v roce 2007 ve správě penzijních fondů USA 60 %, největší systém soukromých penzí mělo v roce 2007 Švýcarsko s poměrem aktiv k HDP ve výši 152 %. Další země s poměrem vyšším než 100 % byly Nizozemsko (149 %), Island (147 %), Dánsko (141 %), USA (124 %), Austrálie (120 %) a Kanada (103 %). Zbývajících 23 zemí OECD mělo tento poměr od 2 % (Turecko) do 96 % (Velká Británie) – v ČR dosahovala výše aktiv 4,7 %. Vážený průměr tohoto ukazatele pro země OECD dosáhl v roce 2007 111 %. K financování penzijních dávek přispívají institucionální investoři všech hlavních typů aktivních na globálních finančních trzích. Hlavním účelem celých 60 % celkového objemu aktiv držných institucionálními investory na světě je financování důchodových dávek.

Pokud jde o průměrný roční růst aktiv v období 1995–2007, penzijní fondy (7,3 %) poněkud zaostávají za investičními fondy (10,7 %) a pojišťovnami (7,9 %). V roce 2007 byl nárůst celkových aktiv institucionálních investorů oproti roku 2006 11,3 %, avšak penzijním fondům vzrostla aktiva pouze o 7,5 %, zatímco pojišťovnám i investičním fondům o 12,9 %. Rostoucí roli pojišťoven a zejména vzájemných fondů lze vysvětlit i posunem od dávkově definovaných plánů (DB – defined benefit) k příspěvkově definovaným plánům (DC – defined contribution) v USA, které mají největší sektor institucionálních investorů na světě.

V roce 2007 byl celý soukromý penzijní trh OECD (jak zaměstnanecké, tak individuální plány) odhadnut na 27,8 bilionů USD. Z toho 64,2 % bylo drženo penzijními fondy, 17,7 % představovalo důchodové produkty bank a investičních správců, 16 % smlouvy penzijního pojištění u pojišťoven a 2,1 % připadlo na účetní rezervy. Co se týká typů soukromých penzijních plánů, zůstávají v zemích OECD hlavním typem zaměstnanecké, které jsou tradičně DB. Od 70tých let minulého století je však patrný posun k DC plánům, zejména ve Velké Británii a USA. Relativní rozsah zaměstnaneckých a individuálních penzijních plánů v zemi je dán tím, do jaké míry jsou povinné. I když v současné době DC penzijní fondy rostou co do aktiv rychleji, DB stále hrají významnou roli. V roce 2007 držely DB fondy 61,8 % všech aktiv 19 zemí OECD, pro která byla dostupná data (v roce 2003 to však bylo 64,3 %).

V portfoliích penzijních fondů stále převažovaly dluhopisy a akcie. V roce 2008 však nastal v zemích OECD největší pokles investic do akcií a na druhé straně nárůst investic do dluhopisů a na peněžní účty, což bylo

způsobeno propadem cen akcií a poměrně vysokými výnosy z vládních dluhopisů. V důsledku toho, že je třeba odstranit „díry“ ve financování DB plánů, roste tlak na investice s vyšším výnosem, a tak lze pozorovat v některých zemích nárůst investic do alternativních instrumentů. Penzijní fondy rovněž v poslední době zvyšují svoji diverzifikaci využitím zahraničních trhů. Podíl investic do zahraničních entit a celkových investic v období 2001 – 7 v některých zemích OECD významně vzrostl.

Zkušenosti vyspělých zemí jsou pro ČR neocenitelné, nicméně nejdůležitější pro rozvoj českého důchodového systému jsou naše vlastní expertní i politické aktivity. Myslím, že v posledním volebním období bylo pro rozvoj systému vykonáno v tomto ohledu velmi mnoho. Připravena a schválena byla tzv. **I. etapa důchodové reformy** zahrnující soubor parametrických úprav základního důchodového pojištění. Zákon č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, byl schválen v létě 2008 a nabude účinnosti v zásadě od 1. ledna 2010. Mezi nejvýznamnější schválené změny ve srovnání se současnou právní úpravou patří zejména pokračování v postupném zvyšování důchodového věku na 65 let pro muže, bezdětné ženy a ženy, které vychovaly jedno dítě a na 62–64 let pro ostatní ženy, postupné prodloužení doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků, včetně náhradních dob pojištění nebo na 30 roků bez náhradních dob pojištění, omezení zápočtu náhradních dob pojištění a opatření k podpoře postupného odchodu do důchodu. V návaznosti na další zvyšování důchodového věku bude postupně prodlouženo i období pro předčasný odchod do starobního důchodu, a to až na 5 let při důchodovém věku 65 let. Rozšíření možnosti předčasného odchodu do starobního důchodu bude odpovídat i různá úroveň snížení procentní výměry důchodu, která bude závislá na délce období předčasného odchodu do starobního důchodu. Dále bude mimo jiné sjednocena věková hranice pro „trvalý“ nárok žen na vdovský důchod (nyní 55 let) a mužů na vdovecký důchod (nyní 58 let) na věk o 4 roky nižší, než činí důchodový věk pro muže stejného data narození. I etapa důchodové reformy přináší řadu změn i v úpravě invalidních důchodů. Invalidita bude nově vymezena ve třech stupních a dojde tedy ke zrušení dělení invalidity na plnou a částečnou i dělení invalidních důchodů na plně invalidní a částečně invalidní důchody. Výše důchodu bude nově záviset na zjištěném stupni invalidity. Rovněž bude zavedena „automatická“ změna plného invalidního důchodu na důchod starobní ve stejné výši při dosažení věku 65 let a sjednocena věková hranice, ke které se zjišťuje tzv. dopočetná doba pro výši procentní výměry invalidního důchodu, pro muže a ženy.

V dubnu vláda schválila **nový zákon o penzijním spoření**, který tvoří základ tzv. II. etapy důchodové reformy. Cílem této etapy je modernizace a posílení stability doplňkového dobrovolného důchodového pilíře spočívající zejména v oddělení majetku současných penzijních fondů a účastníků penzijního připojištění se státním příspěvkem a zavedení možnosti poskytovat různé zaměřené penzijní strategie. Jde o změnu zásadního

charakteru, která vyvolala potřebu zpracování nového zákona a vytvoření penzijního spoření jako nového finančního produktu vedle stávajícího systému penzijního připojištění se státním příspěvkem. Tento produkt bude, stejně jako stávající penzijní připojištění, podporován ze strany státu státním příspěvkem a daňovými výhodami. Systém penzijního připojištění se státním příspěvkem bude i po zavedení penzijního spoření bez časového omezení pokračovat za stávajících podmínek. Dojde však k uzavření tohoto systému, tj. noví účastníci již nebudou moci do systému vstupovat. Stávajícím účastníkům bude umožněn dobrovolný přechod do penzijního spoření.

Navrhovaný systém penzijního spoření bude založen na osvědčených principech kolektivního investování. Prostředky účastníků penzijního spoření budou umístěny do tzv. účastnických fondů obhospodařovaných nově založenými penzijními společnostmi. Penzijní společnost bude prostředky účastníka rozdělovat do účastnických fondů na základě smluvené strategie. Každý účastník bude mít u penzijní společnosti zřízen osobní penzijní účet, na kterém budou evidovány jím zaplacené příspěvky, příspěvky zaměstnavatele a státní příspěvek poskytnutý ve prospěch účastníka. Dále zde budou evidovány penzijní jednotky jednotlivých účastnických fondů, které byly za tyto prostředky účastníkovi připsány. Penzijní společnost může vytvořit a obhospodařovat více účastnických fondů s různou investiční strategií. Jejich celkový počet nebude omezen, je ovšem stanovena povinnost vytvořit tři povinné účastnické fondy, a to konzervativní, smíšený a dynamický fond. V povinném konzervativním fondu by se měly koncentrovat prostředky účastníků, kterým v horizontu pěti let vznikne nárok na penzi, kterým již vznikl nárok na penzi a kterým je již vyplácena penze na dobu určenou, s cílem minimalizovat investiční riziko ve fázi těsně před výplatou dávek a ve fázi výplatní. Penzijní společnost bude vyplácet penze na dobu určenou, jednorázové vyrovnání a odbytné. Pro umožnění výplaty doživotních penzí nebo penzí s pevně stanovenou dobou výplaty a pevně stanovenou výší (tj. penzí, kde jsou zahrnuta pojistná rizika) budou do systému zapojeny životní pojišťovny, jejichž výběr, v případě zvolení tohoto typu dávky z penzijního spoření, bude záviset na rozhodnutí účastníka.

Se zavedením nového systému bude spojena změna v poskytování státního příspěvku i ve stávajícím systému penzijního připojištění, spočívající ve zvýšení hranice příspěvku účastníka pro nárok na státní příspěvek a dále změny v zákoně o daních z příjmů směřující k podpoře výplaty doživotních důchodů. Smyslem těchto opatření je posílit význam doplňkového důchodového pilíře pro zajištění příjmů ve stáří zvýšením motivace účastníků penzijního připojištění se státním příspěvkem a budoucích účastníků penzijního spoření k vyšším příspěvkům a k čerpání dávek pokrývajících riziko dlouhověkosti.

Na MPSV v současné době pokračují intenzivní práce na tzv. **III. etapě důchodové reformy** na základě Programového prohlášení vlády, tj. na „případném vytvoření dalšího dobrovolného spořicího pilíře důchodového systému, založeného na možnosti optout“. Na základě řady již vlastních zpracovaných studií a analýz, tak

i na základě závěrečné zprávy Výkonného týmu a projektu „Možnost zavedení „opt out“ – vyvázání se ze základního povinného důchodového pojištění“ (Jahoda et al. 2008), i na základě zahraničních zkušeností připravilo MPSV „Podkladový materiál pro rozhodnutí o zavedení možnosti opt out ze základního důchodového pojištění“, který obsahuje rozbor jednotlivých oblastí významných pro nastavení tzv. druhého (fondového) pilíře v České republice. Materiál představuje jednotlivé varianty řešení těchto oblastí a zahrnuje i doporučení MPSV. Tento materiál, který vzala vláda na vědomí v únoru 2009, se stal podkladem pro probíhající přípravu návrhu detailního věcného řešení.

Zavedení nového pilíře důchodového systému, do kterého by na základě dobrovolného rozhodnutí pojištěnců plynula část jimi povinně placeného pojistného, by znamenalo vytvoření nové vazby mezi průběžnou a kapitálovou formou financování důchodového pojištění, která by vytvořila prostor pro individuální rozhodování pojištěnců o diverzifikaci zdrojů příjmů ve stáří. Podle doporučení MPSV by byl celý druhý pilíř založen na spolupráci státu a soukromého sektoru v tom směru, že stát přizve soukromý sektor do těch oblastí, které je soukromý sektor schopen provádět díky svým zkušenostem lépe. Jednalo by se o investování peněžních prostředků plynoucích z pojistného na důchodové pojištění na finančním trhu (ve fázi spořicí) a výpočet doživotních důchodů (ve fázi výplatní). Samotná administrace systému by zůstala v rukou státu (nositele pojištění základního důchodového pojištění), který by se staral o administrativní správu směrem k účastníkům, tj. vedl záznamy pojištěnců, poskytoval informace atd., prováděl výběr pojistného a výplatu důchodů. Sociální funkce, tzn. ochrana proti ohrožení chudobou a řešení problematiky osob s přerušovanou kariérou, by zůstala plně v základním důchodovém pojištění. Druhý pilíř by částečně nahrazoval důchod ze základního důchodového pojištění pouze pro období výdělečné činnosti, kdy to lze považovat za smysluplné, neboť pouze při výdělečné činnosti a placení pojistného vznikají ve druhém pilíři důchodové nároky.

Spořicí fáze druhého pilíře by měla být založena na existenci správcovských společností spravujících jednotlivé účastnické fondy a na nepřímém vztahu mezi těmito správcovskými společnostmi a účastníky. Roli správcovských společností by měly plnit primárně existující komerční instituce, které získají příslušnou licenci, nebylo by tedy třeba vytvářet instituce nové. Licencované společnosti by měly nabídnout do druhého pilíře účastnické fondy (nemělo by tedy jít nutně o nově vzniklé fondy), které splní definice dané zákonem. Pro druhý pilíř by mělo být, především z důvodu přehlednosti pro účastníka, definováno 3–5 základních druhů účastnických fondů, a to od agresivních až po defenzivní. Jednotlivé druhy budou určeny maximálním podílem rizikových či rizikovějších finančních instrumentů v jejich portfoliu (derivátů, akcií, dluhopisů atd.). Nositel pojištění základního důchodového pojištění by měl vybírat pojistné a na základě smlouvy se správcovskou společností, hromadně posílat příslušné pojistné za všechny účastníky, kteří si příslušný fond vyberou. Další role nositele pojištění by spočívala v poskytování jednotných informací účastníkům (např. o nabídce fondů) a vedení individuálních účtů. Výhodou takto navrženého řešení spořicí fáze by mělo být zejména využití zkušeností existujících finančních institucí

i dohledu nad nimi, zachování anonymity účastníků a úspora především pořizovacích nákladů.

Při splnění podmínek nároku na důchod by byl účastníkům druhého pilíře přiznán důchod ze základního důchodového pojištění (snížený z důvodu účasti ve druhém pilíři) a důchod vypočtený na základě stavu prostředků investovaných ve druhém pilíři. Z druhého pilíře by přitom byly poskytovány pouze důchody starobní, a to ve formě doživotní anuity, ostatní důchody by zůstaly plně v základním důchodovém pojištění. Anuity v rámci druhého pilíře by mohly nabízet všechny instituce, které k tomu získají potřebnou licenci, šlo by v zásadě především o životní pojišťovny. Obdobně jako ve fázi spořicí by měl i ve fázi výplatní významnou úlohu hrát nositel pojištění. Přes něj by byly anuity účastníkům druhého pilíře nabízeny a byl by tím subjektem, který by anuity pro své klienty a na základě jejich volby od komerčních institucí nakupoval. Důchod z druhého pilíře spolu s důchodem ze základního důchodového pojištění by pak byl účastníkům druhého pilíře vyplácen nositelem pojištění v jedné částce.

Nejen s ohledem na současnou politickou situaci však lze předpokládat, že návrh této části důchodové reformy vyvolá velkou odbornou i politickou diskusi. Lze jen doufat, že bude obdobně jako v letech 2004–2005 více odborná než ideologická. **Český důchodový systém má jedinečnou šanci se poučit ze zkušeností ostatních zemí a využít situace, která nastane v příští dekádě na finančních a kapitálových trzích po překonání globální krize.**

Literatura:

- Jahoda R., Křivánek, M. Špalek, J., Wildmannová, M. Možnost zavedení „opt out“ – vyvázání se ze základního povinného důchodového pojištění. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, Brno: 2008
- OECD Private Pensions Outlook 2008. OECD, Paříž: 2009
- Podkladový materiál Podkladový materiál pro rozhodnutí o zavedení možnosti opt out ze základního důchodového pojištění. MPSV, Praha: 2009
- Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění 2008. MPSV, Praha: 2008
- Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začlenění v roce 2009. Rada Evropské unie, Brusel: 2009
- Návrh zákona o penzijním spoření, Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, sněmovní tisk 825, 2009, www.psp.cz

Czech pension system and its reform

In the developed countries in the world there are more pension systems than there is number of these countries. Only from this fact it can be deduced that no ideal pension system exists. Pension systems used to be results of historical, political, economic and social development of a given country. Development of financial and capital markets, level of state administration and state institutions, experience with private institutions and many other factors play also an important role here. But generally hand in hand with changes of economic and social conditions also pension systems are changed. In certain time points these changes are that intensive – then one can speak about reforms. The changes that took place in former Czechoslovakia in 1989–1992 were – according to the author – important and required considerable changes in pension system allowing to call them “a reform”. Nevertheless the Czech Republic is often called a non-reforming country by certain circles of experts. According to the author’s opinion such evaluation is not correct since “the Czech pension reform” has been under way since 1989.

In his paper the author describes four periods in which the reform has been performed.

O některých aspektech nové právní úpravy boje proti praní peněz a financování terorismu

Ing. Pavel Macek, Komerční pojišťovna, a. s.

Nový zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen „nový zákon AML“), ač je v mnoha případech podstatně podrobnější, ponechává některé aspekty úmyslně neřešené, aby jej bylo možné efektivně aplikovat na široký rozsah dotčených produktů a služeb. V tomto článku se pokusím některé tyto aspekty zmínit a nastínit, jak se mají aplikovat, zejména na životním pojištění.

Kdy je účastník pojistného vztahu klientem?

Nový zákon AML již nedefinuje, kdo je klientem v jeho smyslu. Životní pojištění, upravené jako smluvní vztah zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, přitom zná několik různých rolí osob v rámci pojistného smluvního vztahu – pojistník, pojištěný, oprávněný, obmyšlený...

Nový zákon AML definuje „obchod“ jako každé jednání povinné osoby s jinou osobou, pokud takové jednání směřuje k nakládání s majetkem této jiné osoby nebo k poskytnutí služby této jiné osobě. Současně odkládá některé povinnosti spojené s účastníkem pojištění, který má právo na plnění ze životního pojištění, až na dobu vyplacení pojistného plnění.

Právě tyto nově nastavené podmínky jsou základem pro určení, kdy se účastník pojistného vztahu stává z pohledu nového zákona AML klientem.

Pojistnou smlouvu životního pojištění uzavírá povinná osoba (ať už pojišťovna nebo zprostředkovatel) s pojistníkem. V tomto okamžiku tedy vede s pojistníkem jednání o poskytnutí finanční služby (pojistné ochrany) ve smyslu výše uvedené definice, a proto je pojistník klientem již při prvním kontaktu, kdy je ještě v roli zájemce o pojištění.

Přitom pojistník nemusí jednat o uzavření životního pojištění pro svou osobu, ale pro jiného pojištěného. Pokud je podmínkou pro uzavření takového pojištění zodpovězení písemných dotazů pojištěným, nebo jen vyslovení souhlasu se zjišťováním jeho zdravotního stavu, stává se pojištěný klientem v okamžiku, kdy tyto údaje či souhlas pojišťovně poskytuje, neboť tímto úkonem jedná s pojišťovnou o poskytnutí finanční služby své osobě.

Není-li pojišťovnou vyžadován ani souhlas se zjišťováním zdravotního stavu, pak se pojištěný stane klientem v okamžiku, kdy pojistník bude chtít poprvé definovat obmyšleného. K tomuto úkonu je zákonem o pojistné

smlouvě vyžadován souhlas pojištěného, což je opět obchodem pojištěného ve smyslu nového zákona AML, neboť pojistník spolu s pojištěným mění rozsah pojišťovnou poskytovaných finančních služeb.

Obdobně se může takový pojištěný stát klientem, kdy pojistník zemře, a on se stane pojistníkem. Pokud s takovou smlouvou vysloví souhlas a aktivně začne jednat jako pojistník vůči pojistiteli, stává se tímto okamžikem i klientem podle nového zákona AML.

Nejpozději se pojištěný může stát klientem v okamžiku, kdy uplatní své právo na pojistné plnění, například v důsledku dožití se konce pojištění, nebo při úrazu, bude-li součástí pojistné smlouvy i úrazové připojištění. V tomto okamžiku již ale nejedná o poskytování finančních služeb, ale o nakládání se svým majetkovým právem na pojistné plnění.

Může však nastat situace, kdy se pojištěný klientem vůbec nestane, například v případě životního pojištění pro případ smrti nebo dožití, kde je plnění v obou případech odvozeno z aktuální hodnoty rezervy, pojišťovna nevyžaduje souhlas se zjišťováním zdravotního stavu, pojistník nedefinoval obmysleného a pojištěný v průběhu pojistné doby zemře. Taková situace může nastat, a nejčastěji nejspíš i nastane, u skupinového pojištění osob. V pojistném vztahu se však objevuje i osoba, které vzniká v souladu se zákonem o pojistné smlouvě právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného – oprávněný, který v okamžiku, kdy svůj nárok uplatní u pojišťovny, se stává klientem. Obdobně tomu bude v případě, kdy právo na plnění uplatní předem určený obmyslený. Zde jde opět o jednání o nakládání s majetkem „klienta“.

Poslední skupinou osob, které mohou být ve smyslu nového zákona AML pro pojišťovnu klienty, jsou osoby, v jejichž prospěch pojistník práva z pojistné smlouvy zastavil, případně postoupil či jinak „vinkuloval“. Opět, jak bylo již dříve uvedeno, tyto osoby se stávají klienty až v okamžiku, kdy samy zahájí jednání s pojišťovnou. Takovéto osoby (převážně úvěrové nebo finanční instituce) však naštěstí budou vesměs samy povinnou osobou ve smyslu nového zákona AML, a proto se na povinnosti jejich identifikace a kontroly bude moci uplatnit příslušná výjimka podle § 13 odstavce 1 nového zákona AML.

Co je samostatným obchodem a co je již obchodním vztahem?

Opět je třeba vyjít z textu nového zákona AML a posuzovat obsah jednání jednotlivých klientů s pojišťovnou. Zejména, zda obsahuje opakující se plnění, což je znak odlišující obchodní vztah od samostatného obchodu.

Pojistník uzavírající pojistnou smlouvu, který se zavazuje platit pojistné, může s pojišťovnou jednat jak o jednotlivém obchodu při uzavírání jednorázově placené pojistné smlouvy, tak i o obchodním vztahu, pokud bude hradit běžně placené pojistné za jednotlivá pojistná období. Ne zcela jednoznačně se z tohoto pohledu jeví moderní flexibilní pojistné produkty umožňující hradit „mimořádné pojistné“, a to zejména v kombinaci s jednorázovým pojistným. Názor, zda existence takového práva způsobí, že i smlouva s jednorázovým pojistným bude obchodním vztahem od jejího počátku, či má být platba tohoto jednorázového pojistného posuzována jako samostatný obchod, se bude muset mezi pojistiteli a regulátorem teprve vytvořit. Já osobně jsem zastáncem názoru, že platba mimořádného pojistného je vždy samostatným obchodem. Mimořádné pojistné totiž nelze vztáhnout ani k celé pojistné době sjednané v pojistné smlouvě, ani k nějakému konkrétnímu pojistnému období za které se hradí pojistné.

Žádost pojistníka o odkupné opět nelze posoudit jinak, nežli jako realizaci jeho samostatného obchodu spočívajícím v předčasném ukončení pojistné smlouvy. Vzhledem k tomu, že jde o obchod spočívající v nakládání s majetkem (výplata plnění z pojištění), nelze jej tedy zahrnout do obchodního vztahu spočívajícího ve sjednání pojistné smlouvy placené běžně, neboť tento předchozí obchodní vztah spočíval v poskytování finanční služby s opakujícím se plněním. Samozřejmě, že předčasné ukončení pojistné smlouvy výplatou odkupného je samo o sobě signálem pro zvýšenou obezřetnost při posuzování, zda-li nejde o podezřelý obchod. Opět je zde však moderní institut, který tuto oblast komplikuje. Tím je u flexibilních produktů právo většinou pojistníka požádat o snížení aktuální hodnoty rezervy a rozdíl kapitalizovat ve formě „mimořádného výběru“. Podle mého soukromého názoru je třeba takové výběry chápat jako samostatný obchod, ale vyhodnocovat je postupně a zároveň i všechny společně, včetně případné konečné výplaty odkupného, jako platby, které spolu souvisí, v nějakém povinnou osobou definovaném a před regulátorem odůvodnitelném časovém intervalu. Opět právní názor na tuto část pojistného obchodu se bude teprve vytvářet.

O mnoho jednodušší je situace u výplat pojistného plnění. Většina plnění ze životního pojištění je dnes vyplácena jednorázovou platbou. Jelikož jde o právo oprávněné osoby a ne pojistníka, zde by nemělo být sporu o tom, že jde o samostatný obchod „klienta“. Pokud jde o výplatu plnění formou důchodu nebo renty, pak je takové jednání oprávněného nutno klasifikovat jako vznik obchodního vztahu.

Zcela specifickou oblastí pak zůstávají odchody pohyby finančních prostředků na straně pojistného, zejména vyrovnání přeplatků a vydávání bezdůvodného obohacení. Zde si myslím, že jde jednoznačně o samostatné obchody, neboť takové plnění není založeno smluvním vztahem, což je jedna z podmínek obchodního vztahu. Přesto jde o operaci, která si tak jako tak zaslouží zvýšenou obezřetnost při posuzování, zda-li nejde o podezřelý obchod, neboť právě zde je obtížné tyto prostředky dokumentovat jako součást účetních dokladů konkrétní pojistné smlouvy.

Jak na politicky exponované osoby?

Otázky kolem politicky exponovaných osob, takzvaných PEPíků (z anglického Politically exposed persons – PEPs), jsou nečastěji diskutovanou oblastí na všech seminářích, které jsou zaměřeny na nový zákon AML. Ano, otázky, jak zabezpečit rozpoznání takové osoby, případně splnit zvýšené nároky na obchodování s PEPíky jsou jistě zajímavé téma. Ale přístupů, jak splnit zákonné požadavky, je mnohem více, nežli je běžně diskutováno.

Stačí si jen uvědomit, čím se takový PEPík liší od standardních klientů z hlediska dopadů nového zákona AML. Těch odlišností není mnoho. Zásadní odlišností je nutný souhlas nadřízeného před uskutečněním obchodu s PEPíkem. Pak je to ještě povinnost znát před uskutečněním takového obchodu původ PEPíkem použitého majetku. V případě uzavírání životního pojištění to znamená znát původ peněz, které chce PEPík používat k platbě pojistného. Třetí odlišností pak je povinnost kontroly klienta, který je PEPíkem, bez ohledu na stanovený limit 15 000 EUR či další důvody, se kterými nový zákon AML tuto povinnost spojuje.

Jenže z pohledu životního pojištění, jak bylo již dříve zmíněno, vzniká povinnost kontroly u každé pojistné smlouvy s běžně placeným pojistným, ať jde o klienta PEPíka nebo ne, neboť jde o obchodní vztah. Přitom součástí kontroly klienta je přezkoumání zdrojů peněžních prostředků, čímž je tedy pokryta okamžitě i druhá odlišnost. Poté se tedy již zbývá vypořádat jen s udělováním souhlasů nadřízeného.

Ale ani tady nebude ve většině případů problém. Většina pojišťoven využívá následující princip sjednávání pojistné smlouvy. Získatel, který přímo jedná se zájemcem, společně s ním sepíše návrh na uzavření pojistné smlouvy. Tu poté předkládá pojistiteli k akceptaci. Získatel je tedy ten, který vedl jednání o obchodu či obchodním vztahu. Pojistitel tedy svojí akceptací uděluje zároveň souhlas pro uzavření tohoto obchodu danému získateli. Přitom opět nedělá rozdíl mezi tím, zda je klient PEPík nebo ne.

Z výše uvedeného je tedy patrné, že za využití vhodného systému uzavírání pojištění, doplněného samozřejmě o zjišťování původu peněz, lze zabezpečit plnění podmínek pro navazování vztahů s PEPíky, bez toho, aniž by je bylo nutné jakkoliv složitě zjišťovat a odlišovat od ostatních zájemců o pojištění.

Pokud by nějaké pojišťovně toto řešení provozně nevyhovovalo, bude muset přistoupit k jinému způsobu zajištění těchto povinností. Například ještě před navázáním vztahu se zájemcem o pojištění bude muset zjistit, zda je zájemce o pojištění PEPík či nikoliv. Největší úskalí zakomponoval nový zákon AML v tom, že při identifikaci se zjišťuje a ověřuje trvalý nebo jiný pobyt, tedy registrační údaj osoby, který však nikterak nevystihuje, kde osoba skutečně bydlí. Naproti tomu v definici čistokrevných (politicky aktivních) PEPíků je třeba rozlišovat jejich bydliště,

případně místo, kde politicky působí. U PEPíků, kteří jsou v této pozici jen díky svému vztahu, již bydliště ani jejich profesní působíště nehraje žádnou roli a jejich politická expozice je odvozena od bydliště či místa politické působnosti jejich příbuzného, které sami nemusí zcela přesně znát.

Tady má pojišťovna možnost využít pro zjednodušení svojí práce vyhlášku ČNB a politicky exponované osoby a jejich „příbuzné“ bez rozlišení, zda jejich bydliště či politické působíště je či není v ČR, přiřadit rizikový znak. Pro tento rizikový znak poté může pojišťovna nastavit proces shodný, jako je pro PEPíky ve smyslu nového zákona AML. Tím jí odpadne problém se zkoumáním, kde má čistokrevný PEPík skutečné bydliště, případně zda politicky působí mimo území ČR. Zároveň tím pokryje i potencionální zvýšené riziko praní peněz u osob politicky činných v ČR. Pro zjištění, zda je zájemce o pojištění PEPík bez územního rozlišení, bude moci pojišťovna využít mnohem jednoduššího dotazu směřovaného k zájemcům o pojištění, nežli při použití definice uvedené v novém zákonu AML. V Evropě se pro určení bydliště pro potřeby AML/CFT postupů používají různé metody. Za zajímavou osobně považuji metodiku nastavenou přímo regulátorem britského finančního trhu, kdy se bydliště PEPíka posuzuje podle toho, kde je daňovým rezidentem.

Často probírané komerční databáze PEPíků jsou podle mého názoru zbytečně přeceňovány. K pochopení tohoto tvrzení je třeba si uvědomit, jak taková databáze vlastně vzniká. Její tvůrce nesmí porušit obecné zásady pro ochranu osobních údajů. Proto jsou pro tvorbu takovýchto databází používány pouze veřejně dostupné zdroje. Zejména jde o sledování ověřených tiskových zpráv, ze kterých lze získat informace o osobách spadajících pod definici PEPíků, a to včetně těch, které jsou s nimi nějak propojeni. Z toho plyne, že část osob, které nejsou mediálně prezentovány, nemůže v těchto databázích ani být.

To však nestaví tyto databáze mezi „zbytečné“ investice. Jako forma prevence jsou velice dobře použitelné. Nelze na nich však postavit systém vnitřních zásad jako na jediném zdroji informací o PEPících.

Ovlivní životní pojištění kontrola klienta?

Jde o obdobnou otázku, jako je řešena u PEPíků. Je třeba se zamyslet nad tím, co z obsahu kontroly již dělá pojišťovna teď a co je třeba pro splnění této povinnosti nově doplnit. Obsah kontroly klienta je taxativně vymezen v § 9 odstavci 2 nového zákona AML.

Hned první položka pod písmenem a) je svým obsahem velice podobná, ne-li shodná, s obsahem povinnosti, stanovené zákonem o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí v § 21 odstavci 8. Nabízí se tedy přímo využít záznam z jednání s klientem pro sběr informací o účelu a povaze právního úkonu spojeného se životním pojištěním.

Zjišťování skutečného majitele se váže jen ke klientům, kteří jsou právníckými osobami. U životního pojištění nemůže být právnícká osoba pojištěným. Pojistníkem bude jen ve velice málo případech. Právníckou osobou v roli obmyšleného budou většinou nějaké nadace, ale ani tato možnost nebude nijak svým počtem případů významná. Nejčastěji se pojišťovna s právníckou osobou ve spojitosti s životním pojištěním setká, kdy bude plnění z pojištění vinkulováno v její prospěch a jak již bylo uvedeno, v tomto případě půjde velice často použít výjimku z povinnosti identifikace a kontroly klienta.

Třetí součástí kontroly klienta je sběr údajů potřebných k průběžnému sledování obchodů, tzv. KYC (Know Your Customer) údajů, a poté vlastní průběžné sledování obchodního vztahu a přezkouvání obchodů v průběhu tohoto vztahu. KYC údaji budou pro pojišťovnu zejména údaje o běžných zdrojích příjmů a jejich řádové výši, které budou pojišťovně sloužit ke zjištění, zda je klient vůbec schopen hradit takové objemy pojistného, které budou v průběhu trvání pojištění pojišťovně klientem uhrazeny. Dále půjde zejména o mapování jeho rodinných vztahů nebo jiných (třeba ekonomických) vazeb s pojištěným, obmyšleným případně s oprávněnými osobami, či vinkulačním věřitelem. Tyto informace doplňují obraz o účelu obchodu či obchodního vztahu a opět mohou napovědět, zda klient pojistnou smlouvou nezakrývá jiné ekonomické zájmy nežli pojistné.

Průběžné sledování obchodů či obchodních vztahů vesměs pojišťovny provádějí, neboť o daných operacích účtují a zaznamenávají je do svého provozního systému. V této oblasti tedy půjde jen o doplnění těchto systémů o vhodný způsob reportingu případů nestandardního chování v rámci daného portfolia, kterými bude dobré se detailněji zabývat, zda nejsou nositeli znaků podezřelého obchodu. Při tvorbě reportů je vhodné zejména využít některé indikátory podezřelých obchodů publikované v uznávaných standardech, které lze ve zpracovávaných datech vyhledat.

Přezkoumání zdrojů peněžních prostředků jako poslední složka kontroly klienta by měla napomoci hlavně v mapování pohybu finančních prostředků finančním sektorem. Proto by se pojišťovny měli zaměřit převážně na vstup hotovosti do finančního sektoru prostřednictvím jejich produktů. Tím mohou být platby hotovosti ať už do pokladny pojišťovny či inkasujícímu zprostředkovateli, nebo vklady hotovosti na účty pojištěven či inkasujících zprostředkovatelů, případně platby prováděné prostřednictvím poštovních poukázek nebo platby z účtů vedených v zahraničí. U plateb z účtů vedených v bankách na území ČR bude běžné postačující zjištění, že klient provádí

platby ze svého účtu, či z účtu manžela, ke kterému má dispoziční právo. Detailněji se zabírat původem peněz při platbě z účtu vedeného v některé tuzemské bance či české pobočce banky z EU či EHS má smysl pouze v případech, kdy jednání klienta bude zároveň vykazovat známky možného podezřelého obchodu. Ostatně k oblasti kontroly klienta je třeba přistupovat s rozumem. Pokud bude klient hradit 300 Kč běžně placeného pojistného měsíčně, nemá cenu se tímto zbytečně zaobírat. Vždy je třeba přistupovat ke kontrole ve smyslu § 13 odstavce 3 nového zákona AML. Hranice či podmínky, kdy se pojišťovna začne danou operaci zkoumat, by měly být jednoznačně stanoveny v systému vnitřních zásad a pojišťovna by je měla být schopna při kontrole odůvodnit a obhájit z hlediska posouzení možného rizika praní peněz. Ideální pro nastavování limitů se mi zdá vyjít již z vžitého posuzování výše plateb pojistného vztaheného k uplynulému ročnímu období, které má v životním pojištění možnost napovědět o vývoji chování klienta vzhledem k předchozímu období. Kratší časový interval nemá v pojištění vypovídající význam, neboť počet operací nedosahuje té frekvence, aby bylo možné tyto údaje regulérně vyhodnocovat. Právě z tohoto důvodu by měly být pojistné smlouvy v průběhu prvního roku trvání pojištění sledovány se zvýšenou obezřetností a s důrazem na možnosti jejich předčasného ukončení.

Co je efektivní systém vnitřních zásad?

Tuto otázku si klade každá povinná osoba, která se snaží přistupovat k této problematice jako ke každému jinému podnikatelskému riziku, které je třeba řídit. V první řadě bude tedy nutné zodpovědět otázku, co je vlastně efektivitou celého veřejnoprávního systému proti praní peněz a kdy takový systém dosáhne 100% efektivity.

Zcela úspěšný AML systém by musel zajistit, že vymizí kriminalita produkující jakýkoliv majetkový prospěch. K tomu by bylo potřeba zajistit, aby každý nelegálně nabytý výnos byl v rámci globálního systému odčerpán, a tedy se vůbec nevyplatilo jej vytvářet. Je však jasné, že tohoto stavu není možné nikdy dosáhnout. Přesto je z tohoto zřejmé, že efektivita systému bude růst, čím častěji se podaří trestný čin prokázat a zároveň výnos zdokumentovat a odčerpat.

Soukromé subjekty – povinné osoby mají v tomto ohledu významnou roli. Svojí činností mohou významně ovlivnit efektivnost celého systému, neboť jsou zdrojem informací o pohybu výnosů z trestné činnosti, ale mohou být zdrojem informací i pro vlastní odhalování původní trestné činnosti, která by jinak byla skryta před zraky orgánů činných v trestním řízení.

Jak ale správně chápat efektivnost systému v této soukromé části? Zaslých jsem názor, že banky díky zavedení opatření ČNB v roce 2003 výrazně zvýšili počet hlášení zasílaných FAÚ. Je ale pouhé zvýšení počtu hlášení měřítkem nárůstu efektivnosti systému v bankách? Tento údaj lze ověřit na stránkách Ministerstva financí. Současně však lze získat i údaj o počtu podaných trestních oznámení plynoucích z těchto oznámení. Z údajů je patrné, že kromě výkyvu v roce 2004, k nárůstu počtu podaných trestních oznámení, v důsledku nárůstu počtu hlášení podezřelých obchodů, vlastně nedošlo. Je tedy zřejmé, že bankovní systém začal pouze generovat více planých poplachů. Jeho efektivita, stanovená jako poměr podaných trestních oznámení k podaným hlášením o podezřelých obchodech, ve skutečnosti klesla.

Z toho vyplývá, že efektivita soukromého sektoru by se neměla měřit počtem všech podaných hlášení podezřelých obchodů, ale počtem hlášení, které vedou k podání trestního oznámení. Nárůst jejich počtu je tedy tím, co je pro další nadřazené složky systému tím podstatným a v rámci celého systému žádoucím efektem.

Pokud tedy pojišťovna má skutečný zájem realizovat efektivní opatření proti praní peněz, měla by přistupovat při tvorbě systému vnitřních zásad s vědomím, že je třeba se naučit účinně oddělovat plané poplachy od skutečných „podezřelých obchodů“. Výsledkem totiž bude, že FAÚ bude moci těmto skutečným „podezřelým obchodům“ věnovat více času, lepší péči, a tedy bude samo generovat pouze taková trestní oznámení, která povedou ve více případech nejen k podání obžaloby nežli je tomu doposud, ale bude i větší šance, že trestný čin bude pachateli prokázán a jeho nezákonný výnos účinně odčerpán. Současná situace, kdy náklady vynaložené na budování a provoz systému proti praní peněz v soukromém sektoru vygenerují řádově tisíce hlášení podezřelých obchodů, ze kterých dojde jen v pár jednotlivých případech k prokázání trestného činu, není příliš povzbudivá. Ještě horší je pak otázka odčerpání výnosu, kde je úspěšnost ještě mnohem horší.

Je tedy spíše otázkou dialogu mezi soukromým a veřejným sektorem, aby se budoucí vývoj začal ubírat směrem, který bude mnohem efektivnější, nežli je dnes. Z pohledu vrcholového managementu finančních institucí je totiž současný stav jen mrháním prostředků na budování části ve výsledku zatím neefektivního systému. Přitom právě tyto instituce jsou hlavním zdrojem všech informací vstupujících do současného systému proti praní peněz. Proto by měl nejen vrcholový management přistoupit k otázce vytváření systému vnitřních zásad s péčí řádného hospodáře a zvýšit prvotně efektivnost jím vynakládaných prostředků na tuto oblast a zamezit tak zbytečnému zatěžování dalších složek systému generováním planých poplachů za účelem zvýšení statistických údajů o počtu podaných hlášení.

Mýtus neživotního pojištění

Vymezení pojišťovny jako povinné osoby pouze při provozování životního pojištění vede k mylnému závěru, že se na pojišťovnu při provozování neživotního pojištění nový zákon AML vůbec nevztahuje. Opak je ale pravdou.

I čistě neživotní pojišťovna se může stát povinnou osobou, a to v případě, kdy by přijímala hotovost v hodnotě 15 000 EUR nebo vyšší. Pokud by takový případ nastal, musí stejně jako každá jiná povinná osoba provést identifikaci a kontrolu klienta, uchovávat potřebné údaje, vyhodnocovat, zda nejde o podezřelý obchod a případně jej nahlásit. Povinnosti stanovené pro PEPíky se na takovouto transakci také vztahují.

Neživotní pojišťovna, byť není povinnou osobou, se musí stejně jako ostatní pojišťovny umět vypořádat se zákonem č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí. Sice nebude v případě zjištění podávat hlášení o podezřelém obchodu ve smyslu nového zákona AML, ale musí tuto skutečnost nahlásit orgánu státní správy obdobně, jako by šlo o podezřelý obchod ve smyslu nového zákona AML, a to opět FAÚ jako u podezřelého obchodu.

Přitom možnost zneužití neživotní pojišťovny k praní peněz tu určitě existuje. Vždyť takové případy byly již v minulosti zaznamenány, jen jejich počty jsou významně nižší, nežli u životního pojištění. Ten, kdo chce proprout peníze neživotním pojištěním, k tomu potřebuje mít nějaký vhodný majetek pro uzavření majetkového pojištění a pak získat pro spolupráci pár zaměstnanců dané pojišťovny. Přitom osoba, co pojištění za pojišťovnu uzavírá, nemusí být zrovna o zamýšleném praní peněz vůbec informována. Praní peněz totiž probíhá ve spojitosti s pojistným podvodem. Práč peněz financuje pro pojišťovnu standardní neživotní pojištění na straně pojistného a současně poskytuje finanční odměny osobám odpovědným za likvidaci fiktivních pojistných událostí. Přitom jím investované prostředky zhruba odpovídají pojistnému plnění, které nakonec získá z totální škody pojištěné (vesměs již bezcenné) věci. Těmi, co se ve výsledku na úkor pojišťovny obohatí tak jsou jen její nepoctiví zaměstnanci. Práč peněz tak na konci procesu inkasuje jím investované peníze ve formě zdánlivě „legálního pojistného plnění“.

Byť na tyto případy nový zákon AML přímo nemyslí, domnívám se, že případné hlášení takové transakce FAÚ jako podezřelého obchodu pojišťovnou, která v daném okamžiku není ve smyslu nového zákona AML povinnou osobou, by nebylo na škodu. Orgány činné v trestním řízení nemusí mít totiž dostatečná oprávnění ani chuť se původem peněz pojistného podvodníka zaobírat a původní trestný čin by mohl zůstat neodhalen, a tedy nepotrestán.

Závěr

Výše uvedené řádky jsou vzhledem ke krátkému času, co je nový zákon AML platný jen mým soukromým názorem. Mohou být po důkladném posouzení ze strany pojišťoven chápány jako doporučení osoby, která se problematikou praní peněz v pojišťovně již nějaký čas zabývá. V žádném případě však nemohou zodpovědět otázky, jak se k dané problematice postaví ČNB a FAÚ při své kontrolní činnosti, kterou jsou vůči pojišťovnám novým zákonem AML pověřeny. Pouze čas ukáže, nakolik mnou prezentované informace v tomto článku odpovídají té správné praktické interpretaci nového zákona AML.

On certain aspects of new legislation to combat money laundering and financing terrorism

The Act No. 253/2008 Coll. on certain measures against legalization of the proceeds from criminal activity and financing terrorism ("the new AML Act") – although in many cases detailed – leaves some aspects in a form to allow their effective application to a wide range of the respective products and services.

The author in this paper attempts to mention some of these aspects and outlines the way how they should be applied in life insurance.

The paper represents the private view of the author since the time from the adoption of the new AML Act is rather short. After a thorough assessment in insurance companies the above lines can be understood as a recommendation of a person dealing with this issue in insurance company already some time. In any case they can not answer questions as to the approach by the Czech National Bank and Ministry of Finance (Financial Analytical Unit) when executing their supervisory powers entrusted to them by the new AML Act.

Only time will show how the information provided in this paper corresponds to the correct interpretation of the new AML Act.

Moderní nástroje změn ve zdravotnictví v evropských státech

Mgr. Tomáš Roubal, Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR

Zdravotnické systémy se evolučně vyvíjejí spolu se změnami v nemocnosti a technologickým pokrokem. Největším hybatelem změn je nárůst chronických onemocnění na straně jedné a rozšíření možností léčby na straně druhé. Tyto změny pak mají vliv na způsoby poskytování péče a hlavními reakcemi pak v evropských státech jsou – disease management, case management, změny úhradových mechanismů, standardizace péče a hodnocení efektivity technologií. Změny probíhají i v struktuře poskytování péče, kdy dochází k posilování role samotných pacientů a k přesunu kompetencí mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi. Příklady implementovaných změn v evropských zemích pak slouží jako inspirace pro vývoj „reformy“ zdravotnictví v České republice.

Znalosti lidstva o nemocech, fungování lidského těla, možnostech řešení akutních stavů a potenciálních kauzalitách vzniku a průběhu chronických onemocnění v posledních letech velmi pokročily. Jsme však připraveni tyto nové znalosti zahrnout i do našich myšlenkových vzorců a zvyků? Odpovídá nastavení současného systému potřebám pacientů a možnostem péče o ně? Jak dlouho budou pacienti ochotni zůstat v roli podřízených subjektů, kdy plně důvěřují lékařům a nejsou motivováni se aktivně podílet na léčbě?

V tomto článku se budu věnovat nejen změnám, které probíhají v rámci zdravotního stavu populace, ale zejména vybraným opatřením, která mění zdravotní systémy ve státech Evropské unie. Nejprve se pokusím shrnout základní trendy vývoje posledních let (změny v nemocnosti, změny kompetencí poskytovatelů, aktivní role pacientů a vliv nových technologií) a posléze se budu věnovat podrobněji řízení chronických onemocnění, úhradovým mechanismům, standardizaci péče, hodnocení technologií a restrukturalizaci péče a kompetencí. To jsou podle mého názoru ty oblasti, ve kterých máme v České republice velký potenciál možných změn.

Změny ve zdraví a zdravotnictví

Zdravotní systémy se vyvíjí chronologicky a k revolučním změnám nedochází často. V českém zdravotnictví byl takovou významnou změnou přechod od centrálně řízeného systému k systému zdravotního pojištění. Tento krok však provázela živelnost a ve svém důsledku se jeho současná podoba značně liší od původních představ a idejí reformátorů. Od počátku devadesátých let pak systém prochází kontinuálními změnami. Jednotliví aktéři (Ministerstvo zdravotnictví, pojišťovny, pacienti, lékaři, zaměstnavatelé, odbory, novináři atd.) již mají na šachovnici své místo, které jim více či méně vyhovuje, a jakákoli změna je z jejich pohledu a priori vnímána s nedůvěrou. Teoreticky tato situace není na škodu, pokud se nic nemění. Pokud se však celý systém péče o zdraví obyvatel začne oddalovat potřebám samotných pacientů, může docházet k mnoha problémům

a tenzím. Je jen otázka času, kdy si pacienti tento stav uvědomí. Zatím českou diskusi o potřebných změnách zastupují hádky o poplatcích. Z těchto diskusí o tom, kdo zaplatí 30 Kč, je však zřejmé, jakým politikem zdravotnictví je a nakolik ovlivňuje výsledky voleb. V zahraničí k velkým reformám nedochází (pokud odhlédneme od politické argumentace) a systémy se vyvíjí evolučně. Reagují hlavně na změny v preferencích pacientů a na změny technologií.

Hlavními momenty, které ovlivňují a mění podmínky a způsob poskytování zdravotní péče, je změna onemocnění obyvatel a technologický pokrok. Poté, co jsme se naučili řešit akutní onemocnění a většinu pacientů umíme zachránit, se objevilo obrovské množství pacientů s chronickými problémy. Spolu se změnou životních návyků a se stárnutím populace dochází k různým „epidemiím“ chronických onemocnění (Frankish 2001). Změna v přístupu k těmto onemocněním (potažmo k pacientům) je zřejmě největší výzvou, která před námi do budoucna stojí, a její řešení do značné míry ovlivní náš úspěch v hospodářské konkurenci. Tato onemocnění totiž vyvolávají velmi vysoké společenské náklady, což podlamuje konkurenceschopnost a snižuje produktivitu celé ekonomiky. Nejen v USA, ale i v ostatních rozvinutých státech probíhají diskuse a snahy tuto výzvu vyřešit.

Zdravotnické systémy v rozvinutých státech v současnosti věnují značnou pozornost problematice využití prevence rizikových faktorů, které jsou spojovány se vznikem nemocí. Zlepšení zdravotního stavu je v mnoha modelech spojeno jednak s nižšími výdaji společnosti na zdravotní služby a na druhé straně s vyšší produktivitou obyvatelstva (DeVol R. et al. 2007), nemluvě o zlepšené kvalitě života, které se velmi těžko přisuzuje hodnota (např. měřená v rámci HDP). V současných úhradových systémech však nejsou poskytovatelé zdravotních služeb placeni za předcházení onemocnění, ale pouze za řešení jednotlivých epizod. Výzvou do budoucna tedy bude finanční **zainteresování poskytovatelů na předcházení vzniku onemocnění**. Některá opatření jsou naznačena v následujícím textu.

Nesprávné nastavení finančních motivací systému však nemusí být jedinou překážkou úspěchu. Další výzvou zdravotnických systémů je jejich organizace. To konkrétně znamená **zajištění koordinace jednotlivých druhů péče** a jejich informační provázanost. Organizačně je model nemocniční péče vhodný pro řešení akutních případů. Pokud však péče o pacienta nemá žádné návaznosti v oblasti rehabilitační a ošetrovatelské, je celý systém služeb neefektivní. V mnoha případech v současnosti může být péče poskytována jinými způsoby (**jednodenní operace**, ambulantní chirurgie, domácí péče apod.), které jsou k pacientům vstřícnější. I ve zdravotnictví by měla platit pravidla subsidiarity, tedy že by se zdravotní problémy měly řešit na co nejnižší úrovni, kde je to efektivní.

To však ve svém důsledku vede k přesouvání **více zodpovědnosti na samotné pacienty**. Rozsah onemocnění, kde je aktivní přístup pacienta podmínkou úspěchu celé léčby, se díky technologickému

pokroku a pokroku v našem vědění stále rozšiřuje. Diabetes či astma jsou očividnými příklady významu péče pacientů o vlastní zdraví. V případech ošetrovatelské péče pak roste role rodiny a nejbližší komunity. Hlavní role zdravotnického systému v tomto kontextu je vzdělávání pacientů a poskytování maximálního množství informací, spolupráce a vstřícnosti. Tyto služby však mohou poskytovat i nelékařské profese. **Posun v kompetencích zdravotnického personálu** je však ve všech státech velmi citlivým tématem, protože se přímo dotýká role a postavení jednotlivých skupin v rámci celého systému. I s těmito výzvami se zahraniční zdravotnické systémy vypořádávají.

V neposlední řadě se ve zdravotnictví objevují zcela nové fenomény, které dříve byly nemyslitelné.

Informační technologie a současná výpočetní technika je schopna zpracovávat a vyhodnocovat takové množství informací v reálném čase, že nevyužití této příležitosti znamená snižování efektivity celého systému. Na jednu stranu dostupnost velkého množství informací vytváří transparentnější prostředí, na druhou stranu vytváří problém vyhodnocení a interpretace těchto informací. Databáze medicínských článků MEDLINE, které mohou sloužit jako podklad pro změny v léčbě a jako podpora implementace medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine), mezi lety 1978 a 2001 indexovala přes 8,1 milionů článků¹. V současnosti tato databáze obsahuje přes 16 milionů článků. Je otázkou, zda takové množství informací dokážou lékaři sami reflektovat ve své praxi. Proto je **hodnocení přínosu jednotlivých technologií** (ať již léčiv, screeningů, samotných technologií či způsobů invazivní chirurgie atd.) v mnoha zahraničních systémech hlavním směrem vývoje. V podmínkách omezených zdrojů a stále rostoucí poptávky je **informace o efektivitě vynaložených prostředků** nezastupitelná při snaze o maximalizaci přínosů zdravotnictví pro naši společnost.

Rízení péče chronických onemocnění

Jednou z největších výzev, kterým budou zdravotnické systémy čelit v budoucnu, bude, jak se vypořádat s rostoucí zátěží chronických onemocnění. Každá chronicky nemocná osoba, zdá se, poskytuje největší část zdravotní péče sama sobě s pomocí různých monitorovacích zařízení, které dříve byly dostupné pouze ve zdravotnických zařízeních. Diabetici již dokázali, že je to možné. Problém spočívá v tom, že v mnoha zemích zůstává zdravotní péče založená na modelu řešení epizody akutní péče, ve kterém pacient navštěvuje různé lékaře. Podle mnoha odborníků je potřeba vytvořit systém, který dává pacientům možnost převzít kontrolu nad svým zdravotním stavem a současně jim poskytne efektivní prostředky a informace pro pohyb v systému zdravotní péče (Maizes, Rakel, Niemiec 2009).

Světová zdravotnická organizace definuje chronické onemocnění jako „nemoci s dlouhodobým trváním a celkově pomalým postupem“. Mezi nejčastější chronické nemoci v evropském regionu patří srdeční choroby, mrtvice, rakovina, respirační choroby, diabetes a duševní onemocnění. Tato onemocnění jsou celkem zodpovědná za 60% úmrtí (WHO 2009).

Prostředky prevence a kontroly většiny chronických onemocnění jsou již dobře známy. Sahají od zásahů u jednotlivců a rodiny (např. poskytování informací, letáků a aktivní telefonické podpory), aktivit zaměřených na odborníky (např. školení a vznik multidisciplinárních týmů) až po změny organizační struktury zdravotnictví a strategie zaměřené na celé obyvatelstvo (jako je podpora zdraví a identifikace rizikových osob). Programy komplexní péče o chronicky nemocné většinou tedy kombinují péči mnoha odborností s aktivním přístupem nemocného (Singh, 2008).

Systém národní zdravotní služby ve Velké Británii umožňuje jednotlivým regionálním celkům vytvářet pilotní projekty, které testují přínos alternativních nových přístupů k řízení léčby chronických onemocnění. Některá opatření jsou akceptována centrální vládou a stávají se pak systémovými opatřeními. V případě péče o chronicky nemocné se prosadily plány péče a role „matron“ (viz dále).

Plány zlepšování individuální péče o chronicky nemocné stanovují systematický přístup, který bere v úvahu úroveň potřeb pacientů s dlouhodobými problémy, zahrnující vlastní řízení nemoci, komplexní hodnocení chronických nemoc (disease management) a řízení případů (case management). Osvědčeným a v rámci celého systému implementovaným opatřením je zavedení role komunitních pracovníků („community matrons“). Podle vládního plánu měly všechny Primary Care Trusts² v Anglii zavést nějakou formu řízení péče do roku 2008. Jedná se o více než 3000 „matron“, jež budou přímo pracovat s pacienty (kolem 250 000 pacientů). Primární péče v těchto reformách hraje klíčovou roli, což je podpořeno novým systémem úhrad za služby primární péče založeným na komplexním hodnocení kvality a výsledků. Účelem tohoto rámce je vytvořit v systému odpovídající finanční motivy pro řízení deseti chronických chorob, včetně diabetu, hypertenze a astmatu (Nolte, McKee, 2005).

Ve Švédsku byl vytvořen systém primární péče o obyvatele, který je založen na týmovém přístupu k léčbě. Součástí primární péče o chronicky nemocné jsou i sestry, které mohou zřizovat vlastní kliniky, doporučovat a kontrolovat samoléčbu pacientů a plánovat s jednotlivými pacienty jejich léčbu (case management). Řízení léčby se týká především následujících nemocí: diabetes, hypertenze, alergie/astma/chronická obstruktivní plicní choroba, psychická onemocnění a srdeční selhání (Sargent et al. 2007). Podobné programy se v současnosti zavádějí i v Nizozemsku.

² Regionální celky zodpovědné za zajištění péče pro definovanou skupinu obyvatel.

Zlepšené výsledky modelů řízení péče o chronicky nemocné lze sledovat i v Itálii. Tam se jedna z farmaceutických firem snažila vytvořit model komplexní péče o chronicky nemocné, který byl řízen speciálně vyškolenými zdravotními sestrami. Jednalo se o model postupného učení pacientů pomocí internetového rozhraní, pravidelného systému kontrol, upomínek a motivací, který byl koordinován s činnostmi primárních lékařů. Po osmnácti měsících 66 % účastníků programu hlásilo zlepšení celkového zdravotního stavu, u 59 % pacientů došlo ke zlepšení schopnosti péče o sebe a 60 % jich uvedlo zlepšený vztah se svým lékařem (Singh, 2008).

V Německu je péče o chronicky nemocné relativně komplexně regulována. Cílem zavedení programů komplexní péče o chronicky nemocné byla snaha o zlepšení spolupráce mezi ambulantními lékaři a nemocnicemi stejně jako s ostatními segmenty péče na základě smluv uzavřených mezi pojišťovnami a poskytovateli. Programy řízení onemocnění byly zavedeny zákonem v roce 2002. Byly definovány minimální standardy pro diabetes typu 2, rakovina prsu, ischemickou chorobu srdeční a astma/chronickou obstrukční plicní chorobu. Tyto minimální požadavky zahrnují směrnice (guidelines) pro poskytovatele služeb, opatření k zajištění kvality, registrační postup pacientů, školení a informace pro poskytovatele a pacienty, způsob zajištění odpovídající dokumentace a její sledování, včetně hodnocení efektivnosti péče a nákladů. S cílem zvýšit zájem zdravotních pojišťoven vytvářet tyto programy, bylo v rámci systému přerozdělení zavedeno zvýhodnění zdravotních pojišťoven, které tyto programy zavedly. Chronicky nemocní pojištěnci se tak pro zdravotní pojišťovny stali finančně atraktivní, a v případě, že jsou programy správně navrženy, jsou zdravotní pojišťovny motivovány ke zvýšení kvality péče, snížení nákladů a zvýšení efektivity vynakládaných prostředků. Od roku 2004 zákon vyžaduje, aby zdravotní pojišťovny vydaly 1 % svých prostředků na programy integrované péče, pro které mají širokou smluvní volnost. Cíle programů integrované péče jsou podobné jako u výše zmíněných opatření. Nejsou v nich tak striktně definovány podmínky, avšak také jejich existence není důvodem dalších příjmů pojišťovny při přerozdělování prostředků (Schreyögg, Busse 2005).

Finanční motivy, kterými jsou poskytovatelé odměňováni ke změně přístupu k pacientům a dodržování předepsaných postupů, případně za sledování pacientů v delším časovém období a v souvislostech péče, se osvědčily v mnoha zemích. Toto financování se orientuje především na segment primární péče. V analýzách zmiňovanou komplikací může být administrativní a technická náročnost těchto programů řízení péče o chronicky nemocné. Finanční motivy však mohou směřovat i na jednotlivé regiony. V Dánsku se zvýšil podíl financování zdravotní péče místních samospráv na 20 %, což je nutí více investovat do prevence a podpory zdraví, za předpokladu, že chtějí ušetřit.

V praxi však je nejzřetelnější opačný efekt úhradových mechanismů, které spíše podporují segmentaci péče. V systémech, kde převažuje platba za výkon a svobodná volba pacienta, pak dochází k úhradě jednotlivých epizod péče. To je předmětem další části textu.

Úhradové mechanismy

Způsob, jakým jsou placeni poskytovatelé zdravotních služeb, má velký dopad na efektivitu poskytování služeb a kvalitu péče. Různé formy úhrad jsou spojeny s různými podněty k péči, což je z ekonomického pohledu přirozené. Prospektivní způsoby úhrad ve formě rozpočtů (včetně mezd) umožňují finanční plánování a poskytují zdravotnickým zařízením pobídky pro kontrolu nákladů. Plátcí zdravotnických služeb mají relativně jasně dané výdaje a jejich hlavním cílem je kontrola kvality péče, případně způsobu vykazování péče. Poskytovatelé zde ale čelí značnému finančnímu riziku. Mají předem daný rozpočet, avšak nelze přesně predikovat kolik pacientů a s jakými komplikacemi budou muset ošetřit. Proto mohou být prospektivní úhrady spojeny s přesunem nákladů na ostatní poskytovatele nebo snižování objemu (kvality) péče. Retrospektivní úhrady motivují poskytovatele ke zvyšování své aktivity. Za předpokladu, že výše platby je dostatečná k pokrytí nákladů, poskytovatelé nečelí žádnému finančnímu riziku. Obecně lze říci, že úhradové systémy v EU se posunují směrem k prospektivním platbám. Je zřejmé, že optimální způsob úhrad vytváří jisté riziko pro obě strany smlouvy o úhradě, tedy jak pro poskytovatele, tak pro plátce. Riziko na straně poskytovatelů v tom smyslu, že musí vnímat náklady poskytované péče, a riziko na straně pojišťoven ve smyslu povinnosti zajištění kvalitních a dostupných služeb a nutnost kontroly poskytovatelů a objemu péče, kterou poskytují.

Většina úhradových mechanismů odměňuje provedené služby a neodměňuje služby, které nebyly poskytnuty ve smyslu, že jim bylo aktivně preventivně předejito. Je velmi obtížné tyto situace identifikovat, ale například úhrady formou kapitační platby tyto komplikace v mnohém řeší. Lze sledovat a vzájemně srovnávat zdravotní stav a objem poskytovaných služeb v rámci definované skupiny pacientů, kteří jsou registrováni například u praktického lékaře. Pokud lékař svou péčí dokáže předcházet onemocnění svých registrovaných pacientů, nemusí svěřený rozpočet celý utratit za péči. V případě, že pacienti nejsou registrováni a motivováni využívat pouze služeb vybraného lékaře nebo zdravotnického zařízení, je úhrada kapitační platbou téměř nemožná, což se projevuje zejména u specializované ambulantní péče.

Relativní novinkou v oblasti úhrad za zdravotní služby je platba za výsledky (Payment for performance, P4P), která finančně motivuje poskytovatele dodržovat závazné postupy a hodnotí dosažení předem stanovených cílů. Konečným cílem je zlepšit kvalitu poskytované zdravotní péče a zlepšení výsledků. V Evropě je P4P zatím stále relativně novým pojmem. Zatím se aplikuje pouze ve Spojeném království v primární péči. V programu Rámce kvality a výsledků (Quality and Outcomes Framework) jsou praktičtí lékaři odměňováni za dodržování postupů při péči o chronicky nemocné. Současně jsou bonifikováni za zavádění dalších postupů založených na důkazech, i za poskytování dalších služeb (například služby spojené se zdravím dětí a službami o těhotné). Samotné nastavení systému bylo příliš vstřícné a většina praktických lékařů splnila stanovené cíle již v prvním roce, což vedlo ke zvýšení úhrad pro všeobecné lékaře až o 30% (White, 2006).

Úhrady nemocniční péče se posunuly od úhrad za pobyt v nemocnici ke globálním rozpočtům a úhradám za skupiny případů (DRG). Jednotlivé systémy úhrad DRG se mezi státy značně liší, a to zejména z toho důvodu, že tyto systémy byly zaváděny z různých motivů. Některé státy chtěly snížit čekací doby, zvýšit aktivitu nemocnic, stimulovat soutěž poskytovatelů a usnadnit výběr pacientů, zatímco jiné země se snažily kontrolovat náklady, zlepšit transparentnost úhrad nemocničních služeb nebo sjednotit úhradové systémy pro veřejné a soukromé poskytovatele (Ettelt et al. 2006).

V poslední době se dospělo k závěru, že mezi hlavní výhody DRG patří generování informací o nákladech a náročnosti zdravotních zákroků a kontrola nákladů jednotlivých poskytovatelů. Na druhou stranu může tento úhradový mechanismus narušit motivy poskytovatelů při nesprávném nastavení systému pro selekci pacientů (sbírání smetany). To se děje například změnami v kódování diagnóz pacientů, či přesouváním nákladů do ostatních segmentů zdravotnictví a snižováním kvality (Busse et al. 2006).

Během osmdesátých let německá vláda zavedla systém pevných rozpočtů pro ambulantní sektor, ve kterém se hodnota každé služby snižuje s rostoucím objemem aktivity poskytovatelů. Reforma posledních let má sloužit k nárůstu činnosti, a to zejména v oblasti diagnostiky. Měla ale malý dopad na náklady a snížila motivy pro inovace (Schwarz, Busse 1996). Od roku 2007 byly úhrady ambulantní péče propojeny s nemocností pacientů (Busse, Riesberg 2004).

Úhradové mechanismy mohou částečně měnit způsob léčby a přístup lékařů a sester k pacientům. Největší výzvou však je různorodost pacientů a komplexita lidského organismu, které z každého případu vytváří unikátní službu. V této situaci se jen těžko identifikuje jednotka produkce, které by následně mohla být přisouzena hodnota, jako je tomu v běžné ekonomické produkci. Novým přístupem při stanovení jednotky produkce a jejího ohodnocení je definování standardů péče a popis průběhu léčby typizovaných pacientů. Těmto nástrojům se budeme věnovat v následující části.

Standardy léčebné a rehabilitační péče

Pro úhradové mechanismy ve zdravotnictví definice produktu představuje jeden z největších problémů. Jak definovat jednotku produkce primárních lékařů, nemocnic či léčen dlohodobě nemocných, je předmětem odborných diskusí (Aizcorbe, Retus a Smith 2008). Relativně novým přístupem je tvorba standardů ve zdravotnictví. Jak již bylo zmíněno, ve zdravotnictví vzniká obrovské množství nových informací, které mají různou vypovídací hodnotu a kvalitu. Proces zavádění standardů směřuje k využití těchto klinických poznatků

do reálné praxe, a to podle nejnovějších poznatků. Standardy také usnadňují měření kvality péče a zvyšují pro pacienty transparentnost poskytovaných služeb. Mohou sloužit jako průvodce pacienta zdravotnickým zařízením nebo průběhem vlastního onemocnění. Implementace aktuálních poznatků (Evidence-based medicine) by měla cyklicky probíhat ve třech krocích. V prvním kroku na základě dostupné literatury sestavit praktická doporučení pro jednotlivé diagnózy (totální endoprotéza kyčelního kloubu, diabetická noha, chronická obstrukční plicní nemoc apod.). Doporučení a popis procesu léčby musí být co nejkonkrétnější a musí obsahovat kontrolní body pro všechny zúčastněné aktéry (např. sledování informací během příjmu pacienta, primárního vyšetření, předoperační přípravy a jejího výsledku, chirurgický zákrok, podávání léčiv, následná péče, hodnocení pacientem). V druhém kroku dojde k posouzení technického a personálního vybavení poskytovatele, včetně případných školení, investic do vybavení a edukace pacientů. Posledním krokem je pilotní testování zvoleného standardu a vyhodnocení výsledků péče. Poté by měl opět následovat první krok cyklu. (Carey, Buchan, Sanson-Fisher 2009)

Po změně režimu v roce 1989 probíhají v Estonsku změny také ve zdravotnictví. Od roku 1993 je opět zaváděn institut rodinného lékaře, který má širší kompetence, než měli původně obvodní lékaři. Vybavenost ordinací tomu však neodpovídala. Ministerstvo zdravotnictví spolu s odbornou společností rodinných lékařů v roce 1997 spolupracovaly na vytvoření standardu vybavení ordinací rodinných lékařů. Od roku 1998 bylo dodržování (a přibližování se) standardu spojeno i s finanční motivací. Tento projekt standardizace vybavení ordinací praktického lékaře je považován za výchozí bod dalšího zvyšování kvality péče pro pacienty. (Kaldaz R., Lember M. 2000)

Pro vznik standardů klinické praxe je potřebné velké množství informací, které musí být odborně zhodnoceny. Jednotlivé studie mohou poskytovat protichůdné výsledky. Řešení nabízí specializovaná pracoviště, která vydávají hodnocení jednotlivých technologií a léčebných postupů. Obecně je tento přístup nazýván hodnocení zdravotnických technologií (Health technology assessment, HTA) a je popsán v následující části.

Health Technology Assessment

Na veřejné rozpočty je kladen stále větší tlak omezených zdrojů a je tedy zásadní vynakládat je pouze na zdravotní služby, které přinášejí nejlepší výsledky pro zdraví obyvatel. V posledních letech některé státy vyvinuly systémy pro identifikaci inovací, které mají nejlepší přínos. HTA pomáhá nastavit systematický a transparentní proces, jak hodnotit jednotlivé technologie a postupy ve zdravotnictví. HTA slouží jako podpůrný nástroj, který vytváří podklady založené na důkazech pro rozhodování v oblasti zdravotní péče, politiky a praxe.

Pro tvorbu zdravotní politiky tak poskytuje jedinečný nástroj propojení odborných klinických a technických informací, řízení nákladů v systému a při zajištění používání aktuálních postupů léčby (*lege artis*).

Zdravotnické technologie jsou nepostradatelnou součástí jakéhokoli moderního zdravotnického systému. Je to často lhostejnost a neochota jednotlivců změnit zavedené způsoby léčby a zastaralá omezení, která brání zavádění nových, nákladově-efektivních postupů. HTA je nástrojem, který by měl odpovědět na otázku, zda jsou využívané postupy efektivní. Většina hodnocení v této oblasti se týká léčiv spíše než hodnocení zdravotnických prostředků a chirurgických postupů (Hutton J et al., 2006).

Obecně vzato subjekty, které HTA vytváří, spadají do dvou kategorií. Na jedné straně jsou to nezávislé orgány, které vytváří hodnotící zprávy a doporučení v celé šíři témat, včetně zdravotnických technologií a zdravotnických zásahů. Na straně druhé jsou to subjekty s vládním mandátem, které se spolupodílí na nastavení systému včetně stanovení a kontrolování priorit systému. Obvykle se to především týká úhrad léčiv a technologií z veřejných prostředků. Tento typ subjektů slouží jako poradní a současně regulační orgán při správě zdravotnického systému.

Při hodnocení technologií a léčiv je zásadní, kdo stanoví, co se bude hodnotit, jaká data budou při hodnocení dostupná, jaký způsob hodnocení technologií bude využit (hodnocení nákladové efektivity, užitkové efektivity, použití QALY a stanovení její hodnoty), co je stanoveno jako cíl, jaké náklady jsou do hodnocení zahrnuty a další aspekty, které determinují výsledky hodnocení. Samotné výsledky pak mohou být reflektovány ve výši úhrad, v nastavení regulací poskytovatelů (např. povinné vybavení přístroji, doporučené postupy), v zavedení lékařských auditů (*peer review*) a klinických pokynů, v povinnostech při akreditaci zdravotnických zařízení, při zavádění standardů nebo v mediálních kampaních a v rámci pořádání konferencí a seminářů pro veřejnost. V praxi se také osvědčilo odborné vzdělávání zdravotníků a zveřejňování informací na webových stránkách a v informačních bulletinech. (Sorenson, 2008)

Rizikem při těchto analýzách jsou finanční motivy jednotlivých hodnotitelů. Případy publikované v USA například uvádí, že v odborném panelu, který posuzoval doporučení ohledně výše hladiny cholesterolu v krvi, bylo 8 z 9 hodnotitelů finančně propojeno s pěti nejvýznamnějšími výrobci statinů (Kassirer, 2004). V mnoha případech je pod vlivem zájmových skupin výrobců a distributorů léčiv či technologií i tzv. veřejný zájem. Zdokumentovaným příkladem je případ, když americký kongres rozšířil rizikové pásmo hematocritů, což zvýšilo finanční náročnost léčby o několik miliard dolarů, ačkoli mnoho studií ukazuje, že toto opatření nevede k zlepšení výsledků péče o dialyzované pacienty (Cotter et. al 2006).

V roce 1999 byl ve Velké Británii vytvořen Národní institut pro zdravotní a klinickou excelenci (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE), jehož cílem je podpora a zajištění kvality v rámci zdravotnického

systému s tím, že časem má docházet ke snižování rozdílů v zavádění nových zdravotnických technologií mezi jednotlivými regiony a poskytovateli. Součástí jeho působnosti je podpora efektivního využívání zdrojů i využití hodnocení nákladové efektivity při rozhodování. NICE vytváří tři typy hodnocení: hodnocení jednotlivých technologií, hodnocení klinických postupů a hodnocení léčebných postupů. Od poloviny roku 2005 převzal NICE odpovědnost za hodnocení programů na podporu veřejného zdraví. Zdravotní poskytovatelé jsou tato doporučení povinni dodržovat (Mason & Smith, 2005). NICE přijímá návrhy na témata z různých zdrojů, které vyhodnocuje na základě kritérií - břemeno nemocí (počet obyvatel, nemocnost, úmrtnost), dopad na náklady, klinický význam a další. Porota složená z odborníků, lékařů a zástupců pacientů přezkoumá dané návrhy a jejich doporučení posuzuje ministr zdravotnictví, který má konečnou odpovědnost za výběr témat. Následuje přesně definovaný proces hodnocení – od registrace zájemce o posouzení, přípravu, systematické hodnocení zkušeností, návrh hodnocení a doporučení, jeho schválení a zveřejnění. NICE zveřejňuje veškeré materiály v zájmu transparentnosti celého procesu.

V rámci Evropské unie existuje také projekt EUnetHTA, který zastřešuje a sjednocuje jednotlivé národní agentury hodnotící nové technologie. Jedním z hlavních cílů tohoto projektu je sjednocení postupu hodnocení technologií a proces implementace doporučení do praxe. V realitě však mezi jednotlivými státy EU převládají velmi odlišné přístupy k HTA.

V Nizozemsku vznikl již v druhé polovině osmdesátých let systém peer review. Společnosti vedené a vlastněné lékaři vzájemně hodnotí a posuzují především kvalitu poskytované lékařské péče specialistů v nemocnicích. Systém je organizován odbornými společnostmi a zahrnuje kontroly poskytovatelů každých 3-5 let. Nálezy jsou dokumentovány v důvěrné zprávě, která obsahuje doporučení pro zlepšení. Odpovědnost za realizaci doporučení leží na samotných odbornících, kteří nemocnice navštívili, a některé odborné společnosti nabízejí svou podporu při implementaci změn (Lombarts, Klazinga and Redekop 2005).

Poznatky z HTA jsou přímo využívány i při definici nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění v Německu. Tam existují dvě na sobě nezávislé organizace – Federální komise (Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA) a Institut pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG). G-BA je složená ze zástupců lékařů, zubařů, nemocnic, pojišťoven a skupin pacientů pod dohledem Ministerstva zdravotnictví (ale není mu podřízena). Tato komise provádí a konkretizuje zákonná rozhodnutí německého parlamentu ohledně rozsahu hrazené péče pomocí definice závazných direktiv a standardů. Ty jsou pak pro plátce i poskytovatele závazné ve všech segmentech péče (ambulantní, lůžkový, léčiva, diagnostika atd.). Hlavním zdrojem pro rozhodování jsou hodnocení aktuálního stavu poznání, efektivity a přínosu jednotlivých procedur, způsobů péče a léčiv, které doporučuje IQWiG. Ten byl také založen v roce 2004 a mezi jeho hlavní úkoly patří hodnocení efektivity léčiv, chirurgických postupů, diagnostických testů

a nástrojů řízení chronických onemocnění podle nejnovějších poznatků vědy. Samotný institut je rozdělen do osmi částí – posuzování léčiv, medicínská biometrie a statistika, kvalita zdravotní péče, intervence, administrativa, zdravotní ekonomie, informace o zdravotní péči pro pacienty³ a komunikace.

Technologický pokrok umožňuje změnu způsobů poskytování zdravotní péče. Nové postupy nejen zlevňují jednotlivé případy, ale na druhou stranu činí léčbu dostupnější pro mnohem širší spektrum pacientů. Celkový důsledek pokroku na náklady je tedy obtížné odhadnout, avšak přínosy rostoucích možností léčby pro pacienty jsou jasně pozitivní. Hlavními příklady tohoto pokroku je rozvoj jednodenních operací, ambulantní chirurgie, nárůst významu domácí péče a rozšiřování kapacit nelékařského personálu včetně samotných nemocných. Na druhou stranu vznikají superspecializovaná pracoviště, která se orientují pouze na vybraná, v mnoha případech velmi nákladná, onemocnění. Tyto aspekty změn zdravotních systémů ve světě jsou popsány v následující části.

Restrukturalizace péče a přesun kompetencí

Jednodenní péči se rozumí způsob poskytování ambulantní zdravotní péče v případech, kdy zdravotní stav nemocného nevyžaduje ústavní péči a provedené zdravotní výkony umožňují propuštění pacienta ve stabilizovaném stavu v době kratší než 24 hodin. Zahrnuje jednorázová neopakovaná, plánovaná i neplánovaná náročnější vyšetření či ošetření pacienta s chronickým či akutním onemocněním nebo ošetření opakovaná v rámci jednodenních navazujících pobytů, především u chronických onemocnění. Impozantní růst tohoto způsobu léčby byl zaznamenán v průběhu posledních dvou desetiletí zejména díky vývoji anesteziologických a chirurgických technik a postupů. Jednodenní chirurgie se stává normou pro téměř všechny typy elektivní chirurgie; v některých zemích (USA, Kanada) představuje téměř 90% všech chirurgických výkonů, její využití je však mezi zeměmi velmi různorodé (Toftgaard, Parmentier 2006). Hlavními důvody těchto odlišností jsou způsoby a výše úhrady za tento způsob léčby, regulace a předpisy pro léčbu a jednotlivé praktiky a zvyky lékařů a anesteziologů.

Řada studií potvrdila pozitivní výsledky jednodenních chirurgie. Především se zmiňují o vysoké spokojenosti pacientů a zároveň snížení nákladů v rozmezí od 25% do 68% relativně vůči běžné hospitalizaci (Fan et al. 1997; Lau, Brooks. 2001). Na druhou stranu, pokud nárůst využití jednodenní chirurgie není kompenzován poklesem hospitalizací, celkové náklady systému stoupají, i když průměrné náklady mohou klesnout. Má-li dojít k úsporám, musí docházet k restrukturalizaci lůžkového fondu. Avšak po zrušení standardního lůžka a přesunu tohoto pacienta do ambulance, dojde k relativnímu zhoršení vážnosti onemocnění pacientů, což může vyžadovat

vyšší poměr zdravotních sester na pacienta. To může vést k tomu, že hospitalizováni budou pouze vážnější případy, což pak vyžaduje vyšší objem péče, a tedy i lékařů a ošetrovatelského personálu na stejný počet lůžek.

Úspěšný výsledek jednodenní chirurgie vyžaduje multidisciplinární přístup všech zainteresovaných – manažerů nemocnic, zdravotních sester, lékařů, anesteziologů, praktických lékařů a pacientů. Je třeba zajistit pružný přístup k pacientům a zajistit takovou úroveň péče, která odráží individuální potřeby pacienta. Navíc pouze informovaný pacient je schopen se lépe přizpůsobit a spolupracovat s touto formou péče, což snižuje nutnost opětovné hospitalizace. Pro akceptaci a využití tohoto způsobu léčby je nezbytné také vytvořit finanční motivy pro poskytovatele (Castoro et al., 2007).

Slovinsko nabízí příklad toho, jak rychle může být jednodenní chirurgie zavedena. Vytvoření speciálních skupin DRG, jejichž cena motivuje poskytovatele (úhrada za stejný výkon spojený s pobytem pacienta na lůžku je nižší než úhrada za jednodenní chirurgii), bylo spojeno s nárůstem všech chirurgických výkonů během třech let o 70% po zavedení (Castoro et al., 2007).

Přesunem péče z nemocnic do ambulancí a z ambulancí do domácího prostředí dochází k přesunu jednotlivých činností mezi pracovníky ve zdravotnictví. S rostoucím vzděláním sester a dalších nelékařských pracovníků se rozšiřují možnosti jejich péče. Dalším rozhraním, kde dochází k přesunům kompetencí, je mezi lékaři a lékárníky. Již od počátku 90. let v Nizozemsku sestry plní roli koordinátorů péče mezi jednotlivými poskytovateli. Jednak se jedná o sestry, které mají specializované vzdělání v péči o některá chronická onemocnění, dále se jedná o sestry, které jsou specializované na koordinaci návaznosti péče po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení (nejčastěji z nemocnice). V některých regionech vznikají kliniky vedené sestrami, které se specializují na vybrané skupiny pacientů.

V mnoha zemích funguje systém generické substituce, kdy lékaři pacientům předepisují pouze účinnou látku a samotný výběr léčiva je na domluvě lékárníka a pacienta. S prosazováním této změny však jsou obvykle spojeny odmítavé reakce lékařů, jak tomu bylo například nedávno v Rakousku (Janků 2008).

V zemích, kde sestry a lékárníci historicky hráli ve zdravotnictví a primární péči minimální roli (Německo, Austrálie, Kanada), existuje relativně silný odpor k jakýmkoli změnám v kompetencích, včetně nedůvěry obyvatel k těmto novým způsobům péče. Postavení pacientů a jejich vnímání své role ve zdravotnictví se však také pomalu mění.

Změna role pacienta v systému pojištění

Zatímco na straně poskytovatelů dochází k relativně významným změnám, role pacienta ve zdravotnictví se mění pouze pozvolna. Emancipace spotřebitele v historicky státem regulovaných odvětvích (telekomunikace, bankovníctví, energetika) narůstá a spotřebitelé mají velmi dobrou možnost informovaného výběru.

Ve zdravotnictví jsou však pacienti stále značně pasivní. Aktivní roli „výběrých zákazníků“ v systémech veřejného zdravotního pojištění za ně převzaly zdravotní pojišťovny. Ty jsou však značně regulovány tak, aby jimi hrazené služby splňovaly sociální předpoklady veřejné služby (dostupnost pro všechny, nízká finanční spoluúčast spotřebitelů, efektivita vynakládaných prostředků). Postupné reformy umožňují v současnosti klientům zdravotních pojišťoven v evropských státech vybrat si z různých pojistných produktů ve veřejném systému a ponechávají prostor pro soukromé zdravotní doplňkové pojištění.

Nejznámější reforma posledních let proběhla v Nizozemsku, kde byl celý sektor zdravotního pojištění převeden do rukou soukromých zdravotních pojišťoven vytvářejících zisk. I ve Švýcarsku mají zdravotní pojišťovny možnost vytvářet zisk z doplňkového pojištění. Jelikož většina pojištěnců kombinuje povinné a doplňkové pojištění u jedné zdravotní pojišťovny, je pojišťovna motivována k boji o klienty i na poli veřejného pojištění.

V Nizozemsku si klienti zdravotních pojišťoven mohou zvolit svou výši spoluúčasti prostřednictvím tzv. nominálního pojistného a výše franšízy. Nominální pojistné je jednou ze dvou složek zdravotního pojištění, jejíž výši stanoví v povoleném limitu (maximální výše je regulována) zdravotní pojišťovna. Tato částka také nepodléhá přerozdělení mezi jednotlivé pojišťovny, jak je tomu u standardního pojistného odváděného ze mzdy. Výše nominálního pojistného je v Nizozemsku definována na období jednoho roku a musí mít nediskriminační charakter. Zdravotní pojišťovny mohou nabízet různé zdravotní plány za různé nominální pojistné, nemohou však jeden plán nabídnout dvěma klientům za jinou cenu. V rámci reformy od roku 2006 se nominální pojistné stalo jedním z nejdůležitějších prvků konkurence mezi zdravotními pojišťovnami (Ikkink, 2008).

Německo umožnilo pojištěncům veřejného systému možnost volby mezi zdravotními plány a klientům soukromého zdravotního pojištění byl usnadněn přechod mezi jednotlivými soukromými pojišťovnami. V rámci posílení svobodné volby pojištěnce zákon od 1. 4. 2007 veřejným zdravotním pojišťovnám umožňuje nabízet širší škálu zdravotních plánů s různými atributy (např. věcné plnění, finanční plnění, systém odčitatelných položek a další). Nový zákon rovněž snižuje regulaci zdravotních pojišťoven. Větší svoboda má umožnit pojišťovnám selektivně kontrahovat odpovídající zdravotnická zařízení s cílem zvýšit kvalitu a snížit náklady na poskytovanou péči. Nakolik pacienti využijí tyto možnosti volby, je zatím předčasné hodnotit. Finanční motivy na straně poptávky však jistě také fungují, což je v ČR aktuálně vidět na procesu zavádění a přijímání regulačních poplatků.

Závěr

Ve vyspělých sociálních systémech dochází k pozvolným změnám a nelze očekávat žádné rychlé zásadní změny v systému tak, jak k tomu docházelo v České republice na počátku devadesátých let. Zdraví obyvatel i vnější podmínky určované ve zdravotnictví technologickým pokrokem se však vyvíjí a na to musí reagovat i samotný systém. V tomto článku jsem se pokusil nastínit hlavní vývojové trendy zdravotnictví v okolních státech – v Německu, Nizozemsku, Rakousku, Švédsku, Slovinsku a dalších zemích.

Je zajímavé sledovat vývoj zdravotnictví v zahraničí, zejména jednotlivá opatření a nástroje. Nelze však abstrahovat od složitosti a procesu vzniku, realizace a implementace jednotlivých opatření. Můžeme se pak ptát, zda a nakolik těmto výzvám čelí i český zdravotní systém. Pokud si odpovíme kladně, zcela nepochybně by měly naše další otázky směřovat k tomu, jaké kroky je třeba podniknout, abychom v českém prostředí zachovali i do budoucna efektivní a pro pacienty vstřícný systém péče o nemocné.

Tento článek vznikl v návaznosti na publikaci Zdravotnictví za hranicemi: Přehled reformních opatření v evropských zemích projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, který usiloval o hledání řešení problémů českého zdravotnictví na základě dialogu napříč politickým spektrem. Projekt Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví měl napomoci vzniku kultivované, věcné a pro občany srozumitelné diskuse zaměřené na vymezení dlouhodobých problémů našeho zdravotnictví. Více informací o reformách zdravotních systémů i dalších výstupech tohoto projektu se dozvíte na internetových stránkách – www.kulatystul.cz.

Literatura

- Aizcorbe A.M., Retus B.A., Smith S. (2008) Toward a Health Care Satellite Account. BEA BRIEFING. 2008
- Busse R., Schreyogg J., Smith P. C. (2006) Editorial: hospital case payment systems in Europe. Health Care Management Science 9: 211-213. 2006
- Carey M., Buchan H., Sanson-Fisher R. (2009) The cycle of change: implementing best-evidence clinical practice. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(1):37-43. © 2009 Oxford University Press

- Castoro C., Bertinato L., Baccaglini U., Drace C.A., McKee M. (2007). Day Surgery: Making it Happen. Policy Brief. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2007
- Cotter, D., M. Thamer, K. Narasimhan, Y. Zhang, and K. Bullock. (2006). Translating epoetin research into practice: The role of government and the use of scientific evidence. *Health Affairs* 25(5):1249-1259. 2006
- DeVol R. et al. (2007). An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease. Charting a New Course to Save Lives and Increase. Productivity and Economic Growth. Milken Institute. October 2007
- Ettelt S., Thomson S., Nolte E., Mays N. (2006) Reimbursing highly specialised hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London. 2006
- Fan Y.P., Boldy D., Bowen D. (1997). Comparing patient satisfaction, outcomes and costs between cataract day surgery and inpatient surgery for elderly people. *Aust Health Rev* 20(4): 27-39. 1997
- Frankish H. (2001). Obesity and diabetes epidemics show no sign of abating. *The Lancet*, Volume 358, Issue 9285, Page 896, 15 September 2001
- Ikking G. K. (2008) Reforma zdravotnictví v Nizozemsku: Zkušenosti a první výsledky reformu. Seminář 2.7. 2008. Ministerstvo zdravotnictví. 2008
- Janků M. (2008) Rakousko: Vláda přes protesty reformu přijala. *Zdravotnické noviny*, 9.6.2008
- Kaldaz R., Lember M. (2000). Setting national standards for practice equipment. Presence of equipment in Estonian practices before and after introduction of guidelines with feedback. *International Journal for Quality in Health Care* 12:59-63. 2000
- Kassirer, J. P. (2004). Why should we swallow what these studies say? *The Washington Post*: B03, <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A29456-2004Jul31.html>
- Lau H., Brooks D. C. (2001). Predictive factors for unanticipated admissions after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 136(10): 1150-1153. 2001
- Lombarts, MJ, Klazinga, NS, Redekop, KK (2005). Measuring the perceived impact of facilitation on implementing recommendations from external assessment: lessons from the Dutch visitatie programme for medical specialists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(6):587-597. 2005
- Maizes V., Rakel D., Niemiec C. (2009) Integrative medicine and patient-centered care. IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public. February, 2009
- Nolte E., McKee M. (2005) Responding to the challenge of chronic diseases: lessons from England? *Euro Observer* Volume 7. Number 2. 2005
- Sargent P., Pickard S., Sheaff R., Boaden R. (2007) Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. *Health & Social Care in the Community*. Vol 15, 6: 511 - 519. 2007
- Schreyogg J., Busse R. (2005) Disease Management in Germany. *Euro Observer* 7(2):3-4. 2005

- Sheldon T.A. et al. (2004). What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *BMJ* Volume 329. 30. October 2004
- Singh D. (2008) How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?. World Health Organization 2008 and World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.
- Toftgaard C., Parmentier G. (2006). International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice in Lemos, P., Jarrett P., Philip, B. (eds). *Day surgery – development and practice*. London: International Association for Ambulatory Surgery: 35-60. 2006
- WHO (2009). Chronic disease. Online [http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/]

New-fashioned instruments for changes in health care systems in the European countries

Healthcare systems evolve gradually according to changes in the morbidity and due to the technological advances. The current main drivers of change are increasing prevalence of chronic diseases, and the increasing possibility of treatment options. These changes have direct impact on ways of delivering care and the main tools in the European countries are – disease management, case management, changes of the reimbursement mechanisms, standardization of care and health technology assessment. Changes take place also in the structure of the provision of healthcare. This means enhancing the role of patients and the transfer of competencies between the various health professions. Examples of changes implemented in European healthcare system offer inspiration for the „reform“ of the healthcare system in the Czech Republic.

Regulace pojišťovnictví v Evropské unii – 5. část

Systém finanční regulace

Překlad z publikace Bertrand Labilloy: EUROPEAN INSURANCE REGULATION
(New Opportunities for Insurers and Consumers)

Kapitola 6:

Systém finanční regulace

Systém upravující činnost pojišťovacích podniků je podstatným prvkem obezřetné finanční regulace. Byl podrobně vyčerpávajícím způsobem harmonizován třemi na sebe navazujícími generacemi pojišťovacích směrnic. Tento systém je založen na třech pilířích. Za prvé, ochrana zájmů pojištěných vyžaduje, aby pojišťovací podniky prováděly obezřetné oceňování svých závazků: to je cíl pravidel pro oceňování stanovených ve směrnici pro účetnictví pojišťoven a třetí směrnici o životním pojištění (viz subkapitola 1).¹ V tomto zvláštním případě není garance pro pojištěné ani tak tvořena vykázáním dostatečných technických rezerv na straně závazků v rozvaze pojišťovny, jako spíše jejich krytím investicemi a jinými významnými aktivy. V tomto ohledu je pro účinnost garance důležité, aby tato aktiva vzhledem k jejich povaze vyhovovala určitým standardům, různorodosti a rozložení jejich skladby, jak je to definováno ve směrnicích třetí generace (viz subkapitola 2). A konečně regulace na úrovni Společenství stanovuje dodatečnou garanci ve formě minimální výše kapitálu nebo hybridního kapitálu za účelem vyvažovat nejistoty, které ovlivňují oceňování technických rezerv a rizika, která někdy ovlivňují hodnoty aktiv. Tou jsou požadavky na míru solventnosti stanovené ve směrnicích první generace, které byly nedávno novelizovány směrnicemi 2002/12/EC a 2002/13/EC (viz subkapitola 3). Jelikož tento obezřetnostní třípilířový základ by měl být předmětem celkové revize v následujících letech (v rámci projektu nazývaného v žargonu Společenství jako Solventnost II), budou v závěru každé z těchto tří subkapitol prezentovány navrhované reformy, týkající se jednotlivých pilířů.

1. Oceňování technických rezerv

Význam technických rezerv pro obezřetnost v organizaci pojišťovnictví a otázka ochrany zájmů pojištěných byla zkoumána Evropským soudním dvorem (ESD) v případě ze dne 4. prosince 1986. Oceňování těchto rezerv bylo navíc popsáno v řadě studií zpracovaných na úrovni Společenství buď Evropskou konferencí dohledových orgánů (European Conference of Supervisory Authorities - ve zprávě „Angerer“ z roku 1979 a ve zprávě „Manghetti“ z roku 1999) nebo samotnou Evropskou komisí (zpráva „Delatte and Fussel“ z roku 1971, doc 7711/XIV/71).

V harmonizaci kalkulace technických rezerv byl přesto docílen malý pokrok. Směrnice o účetnictví pojišťoven a směrnice třetí generace v podstatě pouze definovaly obecné principy pro kalkulaci neživotních a životních technických rezerv a stanovily všeobecný požadavek na obezřetnost. V zásadě pouze otázky vztahující se k aktualizaci závazků pojistitele (týkající se definice diskontu pro škodní rezervy v neživotním pojištění nebo omezení technické úrokové míry pro kalkulaci matematických rezerv v životním pojištění) byly skutečně pokryty detailními pravidly a pak též kalkulace specifické vyrovnávací rezervy pro úvěrové pojištění. Stav se ale může změnit v průběhu budoucí reformy solventnostních pravidel, jak se předpokládá ve zprávách pracovní skupiny zřízené Výborem pro pojišťovnictví k analýze této otázky (viz dokumenty Markt/2528/02 a Markt/2529/02, jež jsou dostupné na internetových stránkách Komise).

1.1 Definice a kalkulace technických rezerv

Technické rezervy neživotního pojištění

Rezervy pro nezasloužené pojistné a na rizika hrozící ztráty z pojištění

Rezerva na nezasloužené pojistné obsahuje částku reprezentující část hrubého pojistného, která musí být alokována na následující rok nebo roky. Tato rezerva je podle obecného pravidla kalkulována na bázi prorata temporis s výjimkou těch pojistných odvětví, u nichž rizikový cyklus nedovoluje použití této metody (pak musí být použita kalkulační metoda, která bere zřetel na změny rizika v čase). Pokud je to nezbytné, rezerva na nezasloužené pojistné je doplněna rezervou na rizika hrozící ztráty z pojištění², jejímž cílem je garantovat, že podnik bude schopen uspokojit všechny škody a veškeré budoucí náklady spojené s běžnými pojistnými smlouvami, které přesahují výši nezaslouženého pojistného a pojistného, které má být uhrazeno u uvedených smluv.

Směrnice o účetnictví pojišťoven dále nespecifikuje metody pro kalkulaci těchto rezerv a zejména rezervy na rizika hrozící ztráty z pojištění. Obzvláště se v ní neuvádí, zda kalkulace musí být provedena na bázi podle jednotlivých odvětví, nebo, zda je možné vyrovnání mezi odvětvími, která jsou v přebytku a těmi, jež jsou v deficitu, ani jak posoudit neadekvátnost nezaslouženého pojistného (Založenou na předpokládaných škodách nebo průměrných škodách nastalých v minulosti? Vztít v úvahu budoucí finanční výnosy z aktiv přípustných kryt technické rezervy?). Všechny tyto otázky jsou ponechány na rozhodnutí legislativních orgánů nebo orgánů dohledu členských států nebo dokonce samotných podniků.

Rezerva na pojistná plnění nevýřízených pojistných událostí

Tato rezerva odpovídá celkovým odhadovaným nákladům pojišťovacího podniku na úplné vyřízení pojistných událostí, které nastaly do konce daného roku, po odečtení již vyplacených částek. V tomto ohledu směrnice jednoduše připomíná, že tato rezerva musí vzít v úvahu:

² Poznámka překladatele: překlad dle znění Úředního věstníku ES ze dne 31.12.1991; L 374/7.

- pojistné události nastalé, ale k rozvahovému dni dosud nenahlášené (bere se zřetel na minulou zkušenost),
- náklady na likvidaci pojistných událostí bez ohledu na jejich původ,
- vratky, tj. odhad předpokládané výše vymahatelných částek, na něž má pojišťovna nárok v souvislosti s pojistnými plněními, a zachráněných hodnot.

Nejsou v ní uvedeny žádné doplňující detaily ohledně konceptu odhadovaných celkových nákladů (je zahrnuta očekávaná inflace u nákladů na pojistná plnění?) nebo metody pro kalkulaci nastalých, ale nenahlášených škod (zvláště pro „dlouhodobá“ odvětví, jako jsou odpovědnost ve zdravotnictví nebo odpovědnost ve stavebnictví)³ nebo dokonce metody pro oceňování nákladů na vyřízení škod (může být zahrnut efekt zisků z budoucí produktivity?). Opětne i zde jsou tyto otázky ponechány na rozhodnutí národních orgánů nebo dokonce samotných podniků.

Vyrovňovací rezervy

Jako ostatní technické rezervy nejsou vyrovnávací rezervy pokryty jakoukoli obecnou harmonizací na úrovni Společenství. Existuje tedy značná různorodost v národních pravidlech, pokud jde o:

- jejich povinný charakter: zatímco určité členské státy – například Německo a Rakousko – ukládají tvorbu vyrovnávacích rezerv pro všechna pojistná odvětví neživotního pojištění, jiné – Irsko, Dánsko a Švédsko – omezují tuto povinnost na úvěrové pojištění;
- rizika krytá těmito povinnými rezervami: povinnost vytvořit vyrovnávací rezervy se častěji týká jaderných či krupobitních rizik a stejně tak, a to v závislosti na příslušné zemi, rizika stárnutí populace, odpovědnosti za znečištění (životního prostředí), odpovědnosti za škodu způsobenou terorismem nebo odpovědnosti za výrobek;
- metodu tvorby těchto rezerv, která je specifická pro každý z členských států (v závislosti na tom, zda má být cílem „uhlazit“ výsledky nebo amortizovat špičky).

Na druhé straně směrnice 87/343/EHS ukládá tvorbu „vyrovňovací rezervy“ v úvěrovém pojištění s úmyslem kompenzovat možnou technickou ztrátu nebo dopad na výsledky při vyšší než průměrné škodě tím, že se členským státům umožňuje výběr mezi čtyřmi opcemi, co se týče metod tvorby této rezervy a jejího fungování.

Matematické rezervy (životní pojištění)

Matematické rezervy odpovídají hodnotě závazků pojišťovacího podniku stanovené pojistně matematickým odhadem po odečtení pojistné matematické hodnoty budoucího pojistného. Na základě ustanovení třetí životní směrnice⁴ musejí být tyto rezervy kalkulovány na dostatečně obezřetné prospektivní aktuárské bázi s tím, že se bere zřetel na všechny budoucí závazky pro každou existující pojistnou smlouvu, a to včetně:

³ Poznámka překladatele: slovo „dlouhodobé“ v tomto případě vyjadřuje, že jde o události s dlouhým intervalem mezi vznikem příčiny a projevem škody nebo s dlouhou dobou likvidace danou charakterem události.

⁴ Poznámka překladatele: tato směrnice byla zrušena a nahrazena směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2002/83/ES ze dne 5. listopadu 2002 týkající se životního pojištění.

- všech garantovaných pojistných plnění, včetně garantovaných hodnot odkupného (v tomto ohledu, když je odkupné u určité smlouvy garantováno, tak výše matematických rezerv pro tuto smlouvu je minimálně rovna této garantované hodnotě);
- bonusů, na které již vznikl pojistníkům kolektivní nebo individuální nárok, ať jsou tyto bonusy popsány jakkoliv – udělené, vyhlášené nebo přidělené (budoucí bonusy mohou být také vzaty v úvahu ve shodě s jiným hypotetickým budoucím vývojem);
- všech opcí, které může pojistník využít podle podmínek pojistné smlouvy;
- výdajů, včetně provizí (rezerva na budoucí náklady může být implicitní, například když se vezme v úvahu budoucí pojistné bez nákladů na management);
- budoucího splatného pojistného.

Retrospektivní metoda může být nicméně použita, jestliže lze prokázat, že výsledné technické rezervy nejsou nižší než by vyplývalo z dostatečně obezřetné prospektivní kalkulace nebo jestliže prospektivní metoda nemůže být použita pro daný typ pojistné smlouvy.

Obecná pravidla pro obezřetnost

Ve směrnici o účetnictví pojišťoven⁵ se uvádí, že „výše technických rezerv musí být v libovolném okamžiku dostatečná do té míry, aby byla pojišťovna schopna dostát závazkům vyplývajícím na základě racionálních předpokladů z pojistných smluv“. Z tohoto důvodu je obecný požadavek na obezřetnost založen na oceňování technických rezerv, což je v regulaci pojišťovnictví základem obezřetnosti.

Tento požadavek na obezřetnost zahrnuje nejprve výběr předpokladů pro kalkulaci a oceňování statistických prvků použitých při stanovování technických rezerv. V tomto ohledu se ve třetí životní směrnici uvádí, že „obezřetné ocenění není „nejlepším odhadem“, ale má zahrnout patřičnou přírážku na nepříznivé odchylky důležitých činitelů“.

Požadavek na obezřetnost také znamená, že technické rezervy (životní a neživotní) mohou být počítány odděleně pro každou smlouvu nebo škodu a že použití globálních nebo statistických metod je možné.

Ve skutečnosti směrnice znovu potvrzují nadřazenost kalkulací rezerv po jednotlivých událostech či smlouvách a použití statistických metod podmiňují tím, že „poskytnou přibližně stejné výsledky jako individuální výpočty“. Ve směrnici se navíc předpokládá, že k použití statistických metod pro kalkulaci technických rezerv může být požadováno předchozí povolení (v praxi však naštěstí žádný dozorčí orgán tuto možnost nevyužívá, i když všechny věnují a posteriori (následně) nejvyšší pozornost metodám statistické kalkulace rezerv na pojistná plnění nevyřízených pojistných událostí).

⁵ Poznámka překladatele: směrnice Rady ze dne 19. prosince 1991 o ročních účetních závěrkách a konsolidovaných účetních závěrkách pojišťoven – 91/674/EHS.

1.2 Obezřetnostní pravidla pro technické rezervy neživotního pojištění

Podle platného práva lze říci, že směrnice se zabývá pouze diskontováním škodních rezerv v neživotním pojištění. Větší konvergence v oblasti tvorby rezerv a vyrovnávacích rezerv by mohla být nicméně hledána, jakmile budou reformována solventnostní pravidla.

Rezervy na pojištění plnění nevyřízených pojistných událostí

Diskontování rezerv na pojištění plnění nevyřízených pojistných událostí (neživotní pojištění)

Diskontování rezerv na pojištění plnění nevyřízených pojistných událostí vytváří jednu z hlavních oblastí sváru mezi dohledovými orgány v EU. Pro některé z nich je diskontování z účetního hlediska oprávněné, protože umožňuje, aby technický výsledek více dokumentoval skutečnou provozní výkonnost podniku za příslušný rok. Pro jiné není diskontování dostatečně obezřetné vzhledem k velmi nejisté povaze budoucích výnosů a četnosti pojistných událostí.

Tyto rozdíly vytváří problém rovnosti při aplikaci solventnostních pravidel. Diskontování rezerv na pojištění plnění nevyřízených pojistných událostí má velmi podstatný vliv na ohodnocení úrovně vlastních disponibilních aktiv, jak bylo ukázáno ve výše uvedené zprávě „Manghetti“: rozdíl mezi nediskontovanými rezervami na pojištění plnění nevyřízených pojistných událostí a těmiž diskontovanými rezervami může být tatáž částka jako zákonný požadavek na míru solventnosti!

Počáteční kompromis ohledně této složité otázky byl proto nalezen při přijetí směrnice o účetnictví pojišťoven. V ní se uvádí, že členské státy mohou povolit, aby se provedlo implicitně diskontování technických rezerv na pojištění plnění nevyřízených pojistných událostí za předpokladu, že jsou splněny následující podmínky:

- očekávaná průměrná doba pro vypořádání nároků z pojistných událostí je nejméně čtyři roky (po dni uskutečnění účetního případu);
- podnik má k dispozici odpovídající údaje, aby mohl vytvořit spolehlivý model četnosti vypořádání nároků z pojistných událostí;
- úroková míra použitá pro výpočet současné (časové) hodnoty není vyšší než opatrný odhad investičního výnosu z aktiv podniku⁶;
- hodnota škodních rezerv před diskontováním musí být uvedena v příloze k účetní závěrce.

Narušení soutěže mezi podniky, které mají povolení diskontovat své technické rezervy a těmi, jež je nemají, bylo nakonec úplně eliminováno směrnicí 2002/13/ES, které novelizovala solventnostní pravidla pro neživotní pojištění: disponibilní míra solventnosti pro neživotní pojišťovny je nyní, pokud je to nezbytné, upravena, je-li užito diskontování technických rezerv (viz níže).

Ačkoli určité země (Belgie, Dánsko, Finsko, Irsko, Nizozemsko, Spojené království a Švédsko) povolují diskontování technických rezerv na pojistná plnění nevyřízených pojistných událostí, v praxi je to ve skutečnosti prováděno ve Spojeném království a Irsku a rovněž u několika pojišťoven v Nizozemsku a ve Švédsku. Obezřetnostní pravidla a aktuální praxe by se však mohla pochopitelně změnit v souvislosti s implementací nových účetních standardů IASB, pokud nejsou obezřetnostní účty vedeny paralelně s finančními účty.

Úroveň technických rezerv na pojistná plnění nevyřízených pojistných událostí

Otázka určení výše technických rezerv na pojistná plnění nevyřízených pojistných událostí je stejně komplikovaná jako ta, která se týká diskontování těchto rezerv. Disponibilní solventnost pojišťovny, jak plyne z její rozvahy, je úzce propojena s mírou obezřetnosti, s jakou jsou kalkulovány její škodní rezervy. V důsledku toho jakákoli dodatečná harmonizace solventnostních požadavků vyžaduje předchozí harmonizaci praktických postupů s ohledem na úroveň rezerv.

Proto se touto otázkou zabýval Pojišťovací výbor při přípravě návrhu směrnice Solventnost II. V dané fázi byly uvažovány dva přístupy:

- první je založen na fixaci numerických referencí pro úroveň obezřetnosti pro rezervy na pojistná plnění nevyřízených pojistných událostí tak, jak to bylo zkoušeno v Austrálii;
- druhý se sestává z posílení principu obezřetnosti ve směrnicih stanovením pravidel pro management a tvorbu škodních rezerv, na straně jedné, z přípravy společných statistik, aby byla monitorována úroveň rezerv v celé EU, na straně druhé.

Vyrovňovací rezervy

Pojišťovací výbor se také zaměřil na obezřetnostní úpravu vyrovnávacích rezerv. Jeho činnost prokázala, že detailní dohoda o rozsahu a metodách kalkulace vyrovnávacích rezerv je nerealistická (viz. nynější pravidla Společenství o pojištění úvěru). Na druhé straně se ukázalo, že může být nalezen kompromis, založený na následujících hlavních tezích:

- zachování současné různosti národních pravidel v oblasti vyrovnávacích rezerv, ale zahrnutí těchto rezerv do kalkulace disponibilní míry solventnosti (jestliže tvorba těchto rezerv nevede k poklesu stupně obezřetnosti pro kalkulaci jiných rezerv) a tvorba těchto rezerv jako daňově účinných (ve spojení se zákazem distribuce akcionářům);
- rozšíření působnosti těchto rezerv na úrovni Společenství na všechna „nestálá“ pojistná odvětví a závazek společností, které pojišťují tento typ rizika, tvořit vyrovnávací rezervy, jež odrážejí výkyvy v jejich podnikání a závazek vzít v úvahu zajišťovací program (což by nicméně otevřelo problém úpravy účetnictví těchto společností v rámci systému IASB).

1.3 Obezřetnostní pravidla týkající se matematických rezerv v životním pojištění

Platné směrnice zabývají pouze technickou úrokovou mírou použitou pro diskontování závazků životního pojištění. Jiné parametry, jako je výběr úmrtnostních tabulek, zahrnutí podílu na zisku nebo dokonce ocenění opcí předpokládaných ve smlouvách, bylo ponecháno pro tento moment stranou. Tyto další parametry by mohly být ale pokryty přesnějšími pravidly v průběhu budoucí reformy solventnostních pravidel.

Maximální technická úroková míra (životní pojištění)

Technická úroková míra používaná v životním pojištění podniky ke kalkulaci matematických rezerv musí být zvolena obezřetně. Musí být především nižší než maximální technická úroková míra stanovená národní regulací při aplikaci třetích směrnic pro uvažovaný typ smlouvy. S ohledem na citlivost problému směrnice ponechaly v této věci otevřený výběr ze dvou metod, jež jsou pokládány za ekvivalentní; jednak jde o anglosaskou metodu, která bere zřetel na míru výnosu z aktiv podniku a jednak o kontinentální inspiraci, která je založena na úrokové míře z vládních dluhopisů.

Seznam pravidel a oprávnění

V účetním systému, založeném na historických nákladech, je odpovídající diskontovat matematické rezervy u smluv s garantovanou úrokovou mírou konstantní úrokovou mírou po dobu trvání smluv. Na druhé straně by bylo logické, z čistě ekonomického hlediska, že použitá diskontní míra by měla být rovna míře výnosu, kterou pojistitel může na počátku očekávat ze svých investic po celé trvání smlouvy. Ve skutečnosti pro získání obezřetné kalkulace musí být diskontní sazba zvolena s dostatečnou mírou bezpečnosti, aby byly pokryty jakékoli možné poklesy ve výnosech z aktiv, které mohou ovlivnit investování budoucího pojistného a reinvestování cenných papírů, jejichž splatnost vypršela. To je důvod, proč se ve směrnici uvádí, že maximální technická úroková míra, která může být použita, není vyšší než 60 % úrokové míry platných vládních dluhopisů vydaných v době, kdy je smlouva uzavřena. Navíc pro případy, kdy se zpětně ukazuje, že tato obezřetná míra může být neadekvátní, se ve směrnici uvádí, že matematické rezervy kalkulované tímto způsobem jsou vytvořeny na základě předpokládaného výnosu z budoucích aktiv.

V rámci účetnictví na základě tržní hodnoty není pak takové pravidlo oprávněné; jelikož diskontní míra je upravována pro každý rok, míra obezřetnosti nemusí být tak významná. Na příslušném místě se ve směrnici uvádí, že matematické rezervy pro smlouvy s jednorázovým pojistným (a smlouvy, u nichž bylo již veškeré pojistné uhrazeno) jsou diskontovány diskontní sazbou vzatou z výnosů z odpovídajících aktiv v aktuálním portfoliu po odečtení obezřetnostní marže stanovené kompetentními národními úřady (bere se v úvahu riziko z reinvestování). Pokud jde o matematické rezervy pro smlouvy s běžným pojistným (a smlouvy, u nichž ještě

nebylo zapláceno veškeré pojistné), jsou diskontovány také s přihlédnutím k očekávanému výnosu z budoucích aktiv; v tomto ohledu kompetentní národní úřady stanovují maximální úrokovou sazbu (sazby), která může být přijata jako očekávaná míra výnosu z budoucích aktiv.

Bez ohledu na zvolenou možnost se mohou členské státy rozhodnout neuplatnit tato pravidla na jednorázové pojistné u smluv s dobou trvání maximálně osm let nebo u smluv bez podílu na zisku a smluv důchodového pojištění bez nároku na odkupné. Evropské legislativní orgány usoudily, že nejistota u investičního výnosu pro budoucí pojistné nebo reinvestice držení aktiv je u těchto typů smluv méně významná. Členské státy mají tudíž volnost, co se týká stanovení maximální technické úrokové míry pro tyto smlouvy, nicméně s jedním omezením: použitá úroková míra nesmí být v žádném případě vyšší než výnos z aktiv držení podnikem - po příslušném snížení.

Z tohoto důvodu – bez ohledu na zvolenou možnost a typ uvažované smlouvy – musí podniky vytvořit určitý přesah rezervy s cílem pokrýt možné výpadky ve výnosech z dluhopisů. Ale v praxi „navýšení“ rezervy slouží podnikům také k tomu, aby byly imunní vůči dopadu na hodnotu svých aktiv při zvýšení úrokových sazeb.

Transpozice pravidel a rozsah harmonizace

Při všem výše uvedeném zůstává harmonizace, docílená třetí směrnici o životním pojištění⁷, relativně omezená, což způsobuje problémy v narušení hospodářské soutěže v rámci jednotného trhu, zvláště pro smlouvy prodávané cestou svobody dočasně poskytovat služby (FOS), stejně jako definiční problémy pro nová harmonizovaná pravidla solventnosti.

Nejdříve je třeba říci, že míra obezřetnosti stanovená členskými státy, které zvolily druhou metodu může vést k použitým úrokovým mírám jsoucím v průměru značně vyššími než ty, které byly použity při aplikaci první metody. Členské státy kompenzovaly nicméně tento rozdíl tím, že uložily podnikům „překrýt“ jejich technické rezervy, aby dostály závazkům při jakýchkoli eventuálních výpadech v hodnotě jejich aktiv (pomocí stres testu).

Za druhé je nutno uvést, že členské státy, jež zvolily první metodu, ji netransponovaly identicky, a tím se platná maximální technická úroková míra značně liší (tím se tato slabost úrokové míry rozprostírá uvnitř eurozóny). Ačkoli většina členských států zvolila jako referenční úrokovou míru desetiletých dluhopisů, některé vzaly jako průměr tuto míru za posledních šest měsíců (Francie), jiné za několik let (Německo).

Pojišťovací výbor zvažoval k překonání těchto potíží různé následující možnosti:

- zavést povinný stres test;
- periodicky revidovat použitou technickou úrokovou míru ve světle vývoje reálných úrokových sazeb;
- oddělit úroveň obezřetnosti použitou při uzavírání smlouvy od úrovně používané v průběhu trvání smlouvy.

⁷ Poznámka překladače: třetí životní směrnice byla zrušena a nahrazena směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2002/83/ES ze dne 5. listopadu 2002, týkající se životního pojištění.

Aplikace stres testů má za cíl posoudit schopnost pojišřovacího podniku odolat nějakému náhlému a déle trvajícimu propadu na příslušném trhu aktiv: akciovém trhu, trhu úrokových sazeb, burzovním trhu, trhu nemovitostí. Z tohoto důvodu tyto testy mají tentýž cíl jako limity rozprostření/rozložení (limity pro investování do jednotlivých aktiv) stanovené v některých zemích pro investování do nemovitostí nebo akcií v rámci celkového krytí technických rezerv (nicméně s jedním pozoruhodným rozdílem: mohou vzít jako referenční bázi výši kapitálu a nikoli své celkové regulařní závazky, jeř mají být kryty).

Úmrtnostní tabulky

Úmrtnostní tabulky představují druhý podstatný parametr pro oceňování matematických rezerv. Nicméně stávající směrnice neřeší výběr tabulek pro tvorbu technických rezerv na závazky v životním pojištění.

V této oblasti zkoumal Pojišřovací výbor následující návrhy:

- vymezení obeřetnostního principu vztahujícího se k použití tabulek úmrtnosti;
- dodání referenční metody dozorcími orgány pro přípravu úmrtnostních tabulek nebo poskytnutí referenčních tabulek;
- stanovení specifických principů pro interní audit a obeřetný dohled, co se týče monitorování vývoje úmrtnosti.

2. Právní úprava investování

2.1 Obecné principy pro krytí technických rezerv

Krytí regulovaných pasiv

Jak bylo uvedeno v kapitole 4, ve směrnici o likvidaci pojišřoven⁸ se uvádí, že pojišřovací podniky musí neustále kryt⁹ svá regulovaná pasiva (všechny měny). Tento koncept regulovaných pasiv (který není dokonce jmenován v této směrnici) pokrývá v závislosti na systému platné přednostní úhrady dluhů v daných členských státech buď samotné technické rezervy (jestliže existuje absolutní přednostní právo na aktiva představující tyto rezervy) nebo výši technických rezerv a dluhů vůči superprivilegovaným věřitelům (jestliže existuje obecný přednostní nárok na všechna aktiva pojišřovacího podniku).

Cíle

Pravidlo o krytí regulovaných pasiv má za cíl přímo chránit zájmy pojišřěných. To hraje svoji plnou roli, když pojišřovací podnik prochází finančními těžkostmi. Umožňuje to pak dohledovým orgánům preventivně intervenovat za účelem ochrany práv pojišřěných buď automatickým převodem portfolia (teoreticky možné, protože hodnota přijatelných (připustných) aktiv převyšuje hodnotu regulovaných závazků) nebo dáním uvedeného podniku do likvidace.

⁸ Poznámka překladařele: jde o směrnici Evropského parlamentu a Rady 2001/17/ES ze dne 19. března 2001 o restrukturalizaci a likvidaci pojišřoven.

⁹ Poznámka lektora: krytím se zde rozumí požadavek na dostatečné množství aktiv použitelných k úhradě závazků z pojištění.

Pravidlo pro krytí regulovaných pasiv je takto odlišeno od solventnostních pravidel, která mají globálnější cíl (vyhnout se chybě pojišťovacího podniku), a navíc pokrývají všechna aktiva a pasiva.

Metody aplikace

Při aplikaci pravidla pokrývajících regulované závazky musí být dodrženy následující principy:

- zahrnutí zajištění: tento princip se použije na technické rezervy brutto, včetně zajištění, ale jak je uvedeno níže, pohledávky za zajistiteli mohou být připuštěny jako přijatelné za jistých podmínek;
- obezřetné ocenění: přijatelná aktiva a pohledávky musí být oceněny na obezřetné bázi s přihlédnutím k riziku nerealizace takových aktiv a pohledávek;
- vyrovnání: přijatelná aktiva musí být oceněna netto, tj. bez závazků dohodnutých pro jejich nabytí a pohledávek vůči třetím stranám, když jsou uznány jako krytí technických rezerv; a jsou uznány pouze po odpočtu závazků vůči téže třetí straně.

Povaha a struktura přijatelných aktiv

Přijatelná aktiva nesmí být pouze adekvátní s ohledem na regulovaná pasiva, ale musí se také brát v úvahu typ podnikání pojišťovacích podniků tak, aby byla zajištěna bezpečnost, zisk a likvidita investic těchto podniků, což zabezpečí adekvátní diverzifikace a rozložení takových investic. To je důvod, proč tyto kategorie přijatelných aktiv kryjících pasiva jsou definovány směrnicemi Společenství restriktivně a proč jsou v nich stanoveny pravidla kongruence¹⁰, rozložení a specifikace přijatelných aktiv.

V tomto ohledu by mělo být zdůrazněno, že tato pravidla, ve shodě s jejich cílem, se vztahují k výši regulovaných pasiv na rozdíl od bankovních pravidel, která se vztahují k výši kapitálu, protože jejich záměrem je omezit vystavení banky „velkým rizikům“ (v bankovním smyslu toho slova). Nicméně rozšíření těchto pravidel na rozložení a specifikaci investic, které převyšují technické rezervy až do limitu minimální míry solventnosti, by mohlo být zváženo v rámci budoucí reformy obezřetnostních pravidel. Tento návrh je založen na myšlence, že bezpečnost netto tvořená regulatorním kapitálem by neměla být ovlivněna riskantní investiční politikou.

Metody aplikace: princip transparentnosti

Při aplikaci pravidel týkajících se povahy a struktury přijatelných aktiv by měl být využit princip transparentnosti. Úmyslem je zabránit pojišťovacím podnikům v porušování takto definovaných investičních pravidel prostřednictvím jejich dceřiných společností, zejména založením dceřiné společnosti, která spravuje všechny nebo část jejich investic.

Účasti pojišťovacích podniků v dceřiných společnostech pro správu aktiv (nebo v jiných dceřiných společnostech, jestliže to domovský členský stát vyžaduje) nebo půjčky, jimi poskytnuté takovým dceřiným společností, by měly

¹⁰ Poznamka překladatele a lektora: pravidla kongruence - pravidla týkající se odpovídajících aktiv – jde o to, aby aktiva byla v měně, ve které jsou vedeny závazky (rezervy) z pojištění.

být určité nahrazeny pro účely dohledu podkladovými aktivy drženými těmito dceřinými společnostmi (až do výše těchto účastí a půjček).

2.2 Kategorie přijatelných aktiv kryjících technické rezervy

Směrnice definují nejprve ty kategorie aktiv, která smí být povolena jako krytí technických rezerv¹¹. Členské státy mohou být restriktivnější (například požadováním reálných zástav nebo záruk pro použití určitých aktiv nebo zákazem určitých kategorií nebo subkategorií aktiv), ale nesmí povolit použití na obecné a permanentní bázi aktiv, jež nejsou pokryta tímto seznamem přijatelných aktiv. Při nejmenším tak mohou učinit „za výjimečných okolností a na žádost pojišťovacího podniku“ a „na dočasné období a řádně zdůvodněným rozhodnutím“.

Investice a jiná podobná přijatelná aktiva

Není jistě překvapením, že jako krytí technických rezerv mohou být uznány následující investice:

- pozemky, budovy a práva k nemovitému majetku,
- cenné papíry (tj. dluhové cenné papíry, obligace a jiné nástroje peněžního a kapitálového trhu, akcie, jiné účasti, obdobné cenné papíry s proměnlivým výnosem a podílové listy vydávané podniky) obchodované na regulovaném trhu; pokud jde o cenné papíry, které nejsou obchodovány na regulovaném trhu, mohou být přijaty jako krytí technických rezerv pouze tehdy, jestliže mohou být realizovány v krátké lhůtě nebo jestliže se týkají účastí v „Evropském finančním podniku podrobenému obezřetné kontrole“;
- půjčky poskytnuté státům, regionálním orgánům, mezinárodním organizacím, podnikům nebo fyzickým osobám za předpokladu, že nabízejí dostatečné záruky, pokud jde o jejich bezpečnost, ať už jsou založeny na kvalitě vypůjčovatele, na hypotékách, bankovních zárukách nebo zárukách poskytnutých pojišťovacími podniky nebo jiných formách zabezpečení.

Do tohoto seznamu by měla být doplněna následující aktiva, úzce spojená s finančními investicemi:

- hotovost ve formě hotovosti u bank a v pokladně, vklady u úvěrových institucí nebo u obezřetně oceňované jakékoli jiné společnosti s povolením přijímat vklady;
- narostlé úroky a nájemné a jiné narostlé příjmy a zálohové platby.

Pouze výše uvedené investice mohou být povoleny jako krytí technických rezerv. Jeví se proto, že určitý počet kategorií investic nemůže být použit k tomuto účelu. Jsou to především suroviny (např. ropa) nebo zemědělské produkty (např. pšenice), drahé kameny a kovy (například diamanty nebo zlato), starožitnosti (např. nábytek) a umělecká díla (např. obrazy), tedy „hodnoty“, jež nenabízejí dostatečné záruky likvidity a bezpečnosti, aby byly povoleny.

¹¹ Poznámka lektora: spojení „aktiva ke krytí pasív“ není ekonomicky správné, protože naopak pasíva jsou zdrojem krytí aktiv. V terminologii však vedle toho zobecněně překlad anglického slova „cover“ – „krytí“ – ve smyslu aktiv, jež mají být použita k úhradě (krytí) závazků).

K vyloučeným aktivům patří rovněž finanční nástroje, které jsou často používány finančními institucemi, jako jsou akreditivy nebo deriváty. Ve směrnici se nicméně uvádí, že „deriváty, jako jsou opce, termínové obchody, swapy, v souvislosti s aktivy, které kryjí technické rezervy, mohou být použity, pokud přispívají ke snížení investičního rizika nebo usnadní účinnou správu portfolia. Musí být „oceňovány na obezřetném základě a je možno je brát v úvahu při oceňování podkladových aktiv“.

Pohledávky a jiná přijatelná aktiva

Kromě investic a finančních aktiv vztahujících se k nim může být pojišťovacímu podniku povoleno krýt technické rezervy jinými aktivy spojenými s pojišťovací činností, jež jsou vymezena jako „technická aktiva“. Podle povahy nejsou tato aktiva ani tak likvidní, ani výnosná jako investice, ale jejich zákaz, pokud jde o krytí, by představoval finanční zábranu, což je pro podniky podstatné a není to relevantní z obezřetnostního hlediska. Jestliže jsou tudíž povoleny jako krytí technických rezerv, je tomu tak za určitých restriktivních podmínek definovaných ve směrnících třetí generace nebo stanovených samotnými členskými státy.

Jedná se v první řadě o všechny pohledávky z pojišťovací činnosti, které má podnik vůči svým partnerům nebo klientům:

- pohledávky vůči zprostředkovatelům vyplývající z přímých a zajišťovacích operací, ale jen tehdy, pokud nejsou po lhůtě splatnosti déle než tři měsíce;
- pohledávky za zajistiteli, včetně podílů zajistitelů na technických rezervách, za podmínky reálných zástav nebo záruk požadovaných členskými státy a v rámci limitů stanovených v souladu se směrnici;
- pohledávky u cedujících podniků (v rámci zajištění), stejně jako vklady u těchto podniků;
- pohledávky vůči pojistníkům vyplývající z přímých pojišťovacích operací (pokud nejsou po lhůtě splatnosti déle než tři měsíce), stejně jako půjčky u pojistné smlouvy životního pojištění;
- pohledávky vůči garančním fondům.

Do tohoto seznamu by měly být doplněny:

- hmotný investiční majetek kromě pozemků a budov (například materiál použitý podnikem pro jeho aktivitu) za předpokladu, že je obezřetně oceňován amortizovanou pořizovací cenou,
- časově rozlišené ziskatelské náklady za předpokladu, že jsou konzistentní s metodami kalkulace matematických rezerv,
- vratky daní.

2.3 Pravidla týkající se odpovídajících aktiv (pravidla kongruence) a o diverzifikaci aktiv

Aktiva kryjící pasiva musí být nejen dobré kvality, ale také dostatečně rozložená, aby byly ochráněny zájmy pojištěných při jakékoli nepříznivé události na burze, trzích cenných papírů nebo nemovitostí. Tato podmínka je základem pro pravidla o odpovídajících aktivech a diverzifikaci investic, jak jsou definována ve směrnících druhé a třetí generace.

Měnová pravidla o odpovídajících aktivech

Krytí technických rezerv je podřízeno principu měnové shody, podle níž pojišťovací podniky musí krýt závazky vůči pojištěným aktivy splatnými v měně, v níž byly závazky sjednány. Toto pravidlo o měnové shodě mezi regulovanými aktivy a pasivy má za cíl ochránit zájmy pojištěných tím, že rozvaha pojišťovacích podniků se učiní – zjednodušeně řečeno – imunní vůči dočasným výkyvům a trvajícím devalvačním pohybům (nebo symetricky revalvaci) na burzovních trzích.

Toto striktní pravidlo, stanovené ve směrnících první generace, vyvolávalo vždy ostré spory v členských státech s liberální kulturou. Vzniká tudíž vůči němu množství zásadních námitek:

- spočívá v použití speciální úpravy měnového rizika tím, že se podnikům zakazují arbitrážní transakce ve světle vývoje měnových kursů, zatímco mají volnost to učinit s ohledem na vývoj trhu nebo cen nemovitostí;
- není to vždy relevantní, protože se nebere v úvahu měnové riziko obsažené v aktivech, jež jsou významně napojena na danou měnu (například akcie do ropných společností);
- představuje to problém ve správě (aktiv) pro podnik, který upisuje rizika v mezinárodním měřítku, neboť ho to zavazuje držet tolik zahraničních měn kolik je zemí, v nichž působí,
- může to být kontraproduktivní z obezřetnostního hlediska, zejména pokud to vede k držení zahraničních aktiv v množství, které je příliš slabé, aby si zasloužilo pozornou a informovanou správu aktiv nebo k nutnosti investovat významnější částky na „exotických“, relativně nejistých nebo nelikvidních trzích.

To je také důvodem, proč se v pojišťovacích směrnících vždy uvádělo, že toto pravidlo o odpovídajících aktivech by mělo být používáno s určitou mírou pružnosti. Toto pravidlo bylo nejdříve definováno členskými státy, a pak bylo harmonizováno a specifikováno ve druhé generaci směrnic, která založila současný systém pro životní a neživotní pojištění.

Za prvé, pojišťovací podniky mají povoleno nedržet odpovídající aktiva na krytí částky nepřesahující 20 % jejich závazků v jedné konkrétní měně.

Členské státy mohou povolit pojišťovacím podnikům, aby nedostály tomuto pravidlu ve dvou následujících případech:

- pokud by podnik měl za účelem vyhovění principu odpovídajících aktiv vlastnit v určité měně aktiva, jejichž výše by nepřesahovala 7 % aktiv existujících v jiných měnách,
- jestliže závazky jsou splatné v jiné měně než je měna jednoho z členských států, která podléhá omezení v převodech nebo z podobných důvodů není vhodná pro krytí technických rezerv (pokud jsou investice do této měny regulované).

Navíc členské státy mohou povolit odpovídající aktiva technických rezerv v librách šterlingů. Dánská nebo švédská koruna mají být kryty aktivy v eurech spíše, než v těchto měnách.

Mělo by být poznamenáno, že tatáž pravidla se proto použijí u životního a neživotního pojištění v protikladu k principu, který byl uveden v dříve zmíněném článku 17 odstavec 2 první životní směrnice, v němž se uvádí, že „úlevy z pravidla odpovídajících aktiv přihlednou k charakteristice životního pojištění, které je především formou kapitálového a dlouhodobého pojištění.“ V tomto ohledu je existující pravidlo o odpovídajících aktivech relativně laxní k posouzení míry požadavku vztahujícího se k této činnosti. Posledně uvedené je menšího významu než dopad 20 % propadu v měnových kursech dolaru vůči euru na pojišťovací podnik, který měl pouze závazky v eurech a který je kryt až do 20 % aktivy v dolarech.

Pravidla o diverzifikaci aktiv

Dříve zmíněný koncept diverzifikace aktiv znamená, že členské státy definují a aplikují detailní pravidla, týkající se struktury investic pojišťovacích podniků.

V tomto ohledu členské státy musí implementovat principy a transponovat harmonizované limity stanovené ve třetích směrniciích a přitom vymezit restriktivnější zacházení pro určitá „riziková“ aktiva ve srovnání s „méně rizikovými“ aktivy téže povahy.

Obecné principy vztahující se k diverzifikaci aktiv

Stanovená detailní pravidla a kontroly podniknuté členskými státy u pojišťovacích podniků musí směřovat k souladu s těmito principy:

- „aktiva kryjící technické rezervy [musí být] diverzifikována/rozložena takovým způsobem, aby bylo zajištěno, že neexistuje žádné nadměrné spoléhání na jakoukoli jednotlivou kategorii aktiv, trhu investic nebo investic“;
- „investice do jednotlivých druhů aktiv, které ukazují vysoké úrovně rizika, ať kvůli povaze aktiva nebo kvalitě vydavatele (emitenta), musí být omezeny na obezřetnou míru,
- „procento aktiv kryjících technické rezervy, která jsou předmětem nelikvidního investování, [musí být] drženo na obezřetné úrovni“.

Harmonizované kvantitativní limity

Výše zmíněné principy jsou použity nejdříve u harmonizovaných limitů vymezených ve směrnici třetí generace, které ukládají pojišťovacím podnikům povinnost provést minimální diverzifikaci a rozložení investic.

Aby v souladu s prvním principem a s jeho pomocí bylo zabráněno příliš širokému se vystavení riziku znehodnocení investice nebo riziku selhání jednotlivého vydavatele (emitenta), hrubé technické rezervy pojišťovacích podniků mohou být kryty investicí nejvýše:

- 10 % do jednoho pozemku nebo jedné budovy (nebo určitého počtu pozemků nebo budov, které se nacházejí v takové blízkosti, aby mohly být ve skutečnosti považovány za jednu investici);
- 5 % do akcií téhož podniku (bez ohledu na jejich povahu) nebo do půjček poskytnutých stejnému vypůjčovateli, kromě půjček poskytnutých státním, regionálním nebo místním úřadům nebo mezinárodní organizací (členské státy mohou nicméně limitovat tuto výši 10 %, za podmínky stanovení celkového limitu ve výši 40 % pro všechny půjčky nebo cenné papíry převyšující 5 % technických rezerv);
- 1 % pro každou jednotlivou nezajištěnou půjčku; orgány dohledu mohou však tento limit na bázi případ od případu zvýšit na 2 %.

Tato pravidla o diverzifikaci nicméně zahrnují derogace pro vydavatele (emitenty) s omezenějším rizikem selhání. Proto neexistují žádné limity pro investice do dluhopisů vydávaných členskými státy, regionálními nebo místními úřady nebo uznávanými mezinárodními organizacemi, stejně jako pro půjčky poskytované těmto veřejným orgánům, protože je málo pravděpodobné, že by nedostály svým závazkům. Podobně 1 % horní limit se nepoužije na nezajištěné půjčky poskytnuté těmto úvěrovým institucím, pojišťovacím podnikům nebo investičním společnostem v EU, poněvadž tyto podniky jsou podrobeny obezřetnému dohledu, který limituje riziko jejich insolvence.

Tato pravidla o diverzifikaci jsou dále doplněna pravidly o rozložení, jejichž záměrem je limitovat na obezřetnou úroveň podíl investic v kategoriích těch aktiv, která představují vysokou úroveň rizika (zejména z důvodu jejich nízké likvidity nebo jako u hotovosti v pokladně z důvodu nízké bezpečnosti týkající se jejího zadržování). Proto hrubé technické rezervy pojišťovacího podniku nemohou být kryty více než:

- 5 % nezajištěných půjček (kromě půjček poskytnutých regulovaným finančním podnikům EU); orgány dohledu mohou však zvýšit tento limit na bázi případ od případu na 8 %;
- 10 % akcií, jiných cenných papírů, s nimiž se nakládá jako s akciemi, a dlužných cenných papírů, pokud se s těmito akciemi a dlužnými cennými papíry neobchoduje na regulovaném trhu;
- 3 % ve formě hotovosti v pokladně.

Všechny tyto limity musí být pojišťovacími podniky neustále dodržovány. Ve směrnici se ale uvádí, že „za výjimečných okolností a na žádost pojišťovacího podniku může domovský členský stát dočasně a na základě

řádně zdůvodněného rozhodnutí povolit výjimky ze stanovených pravidel [výše] za podmínky dodržení obecných principů uvedených v subkapitole 2.1“.

Speciální úprava pro určitá specifická aktiva

Ve směrnici třetí generace není stanoven žádný harmonizovaný limit, ale uvádí se, že členské státy mohou upravit s „větším omezením“:

- „jakoukoli půjčku, která není kryta bankovní zárukou, zárukou vydanou pojišťovacím podnikem, hypotékou nebo jinou formou zabezpečení ve srovnání s půjčkami, které jsou touto zárukou kryty“;
- „podniky pro kolektivní investování do cenných papírů, které nejsou koordinované ve smyslu směrnice 85/611/EHS, a jiných investičních fondů v porovnání s podniky kolektivního investování do cenných papírů, které jsou koordinované ve smyslu výše uvedené směrnice“;
- „cenné papíry, s nimiž se neobchoduje na regulovaném trhu, ve srovnání s těmi, s nimiž se obchoduje“;
- „obligace, dlužné cenné papíry a jiné nástroje peněžního a kapitálového trhu, které nejsou vystavené státními [místními nebo regionálními] orgány nebo podniky patřícími do zóny A [...] nebo jejichž emitenty jsou mezinárodní organizace [neuznané] ve srovnání s jinými finančními nástroji, které jsou vydané takovými institucemi“.

Krytí závazků u pojistných smluv unit-linked (resp. pojištění spojené s fondem/investiční životní pojištění)

Obecné principy a speciální pravidla pro diverzifikaci a rozložení investic, jak je vymezeno výše, se neuplatňují na krytí rezerv vztahujících se k pojistným smlouvám investičního životního pojištění (které spočívají, a to by mělo být připomenuto, v platbách protihodnoty určeného množství předdefinovaných podílů/jednotek). To je výjimka, která má smysl, protože uplatnění těchto pravidel na takové činnosti by bylo nejen bezdůvodně svazující (skladba jednotek musí být ponechána na volném výběru smluvních stran), ale také irelevantní, protože – s výhradou jejich adekvátního krytí – tyto činnosti neobsahují v teorii žádné tržní nebo úvěrové riziko pro pojistitele.

To je přesně cílem pravidla o odpovídajících aktivech stanoveného třetí životní směrnici¹², tj. garantovat přiměřenost mezi závazky z pojistných smluv investičního životního pojištění a odpovídajícími investicemi. Na základě tohoto pravidla smluvní závazky u investičního životního pojištění musí být kryty, jak je to nejvíce možné, podíly v podnicích kolektivního investování nebo aktivy tvořícími podíly v uvedených smlouvách. Když je jednotka v dané smlouvě reprezentativním indexem koše akcií nebo tržním indexem akcií, závazky z těchto smluv musí být kryty co možná nejvíce podíly nebo aktivy s odpovídajícím zabezpečením a tržní schopností, která odpovídá co možná nejvíce té, na niž je jednotlivá referenční hodnota založena. Proto podniky činí svoji rozvahu imunní vůči výkyvům v hodnotě uvažovaných podílů a mohou kdykoli dostát svým závazkům.

¹² Poznámka autora: byla zrušena a nahrazena směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2002/83/ES ze dne 5. listopadu 2002 týkající se životního pojištění.

Přesto pojistné smlouvy investičního životního pojištění nejsou vyňaty ze všech finančních rizik. Mohou zejména vykázat riziko likvidity záviselící na skladbě daných podílů. Toto skutečné riziko, jak může být viděno na majetkové krizi v 90. letech minulého století (při této události pojišťovací podniky, které prodaly pojistné smlouvy investičního životního pojištění založené na majetku a které řelily masivní poptávce po zpětném nákupu, byly chyceny do pasti mezi povinností splnit své závazky a neschopností prodat současně podkladová majetková aktiva), nebylo vymezeno jako takové třetí směrnici životního pojištění, ale bylo určeno nepřímó pravidly o diverzifikaci, týkajícími se podniků kolektivního investování, s ohledem na smlouvy, jejichž podíly jsou založeny na koši podniků kolektivního investování.

2.4 Analýza investičních pravidel Spoleřenství

Transpozice investičních pravidel řlenskými státy

Jelikož pravidla implementovaná v řáždém řlenském státě aplikují spíše než detaily obecné principy stanovené ve směrniciř, řeví se relevantnější zdůraznit podstatné rozdíly v právních řředpisech řlenských států a jejich implikace na povahu platného obezřetnostního systému v Evropě. Tyto podstatné rozdíly se týkají dvou bodů: krytí hrubých technických rezerv nebo rezerv očiřřtených od zajiřřění (netto) a oceňování přijatelných aktiv v jejich historické nebo tržní hodnotě¹³ za účelem krytí závazků z pojiřřění. U řtěchto dvou bodů nebyla ve směrniciř provedena řádná harmonizace; restrikce byla provedena jednoduše řřipomenutím požadavku obezřetnosti.

Tímto byla podpořena chybná linie mezi zeměmi, které stanovily krytí hrubých technických rezerv na bázi finančních aktiv oceněných za historické náklady (tj. země kontinentální), na jedné straně a na druhé straně zeměmi, které zvolily krytí technických rezerv očiřřtených od zajiřřění (netto) finančními aktivy oceněnými za jejich tržní hodnotu (tj. anglosaské země). Pravidla o krytí regulovaných závazků nemají proto řtutéž působnost, ale závisí to na úpravě v dané zemi.

V kontinentálních zemích krytí hrubých technických rezerv obvykle zavazuje pojistitele buď získat podporu od svých zajiřřitelů ve řormě vkladů, kaucí nebo záruk, nebo řržet dodatečný kapitál řředstavující podíl zajiřřitele na technických rezervách. Navíc celkové skryté hodnoty nejsou vzaty v úvahu, když se zkoumá krytí pasiv. Závěrem lze říci, ře pravidlo o krytí regulovaných pasiv je víc řřavazné v řtěchto zemích než regulatorní solventnostní požadavek.

Naopak v anglosaských zemích je krytí pasiv spojeno se solventnostním požadavkem (který bere řřetel na účinek zajiřřění a skryté hodnoty u finančních aktiv) a je zkrátka limitováno na pravidla o diverzifikaci a řřozložení, nehledě na řřysadu ohledně přijatelných aktiv, která existuje ve řřospěř pojiřřených.

¹³ Poznámka lektora: Nařřízením ES ř. 1606/2002 o aplikaci mezinárodních řřčetních standardů se do řtěto oblasti vnářří nový řřvek, který řřakticky znamená řřozřřření principu oceňování řřeálnou řřhodnotou (není vždy řřatěžná s řřížní cenou) na všechny subjekty, které jsou emitenty cenných papírů řřijíatých k obřřchodování na regulovaných tržích v EU.

Vývoj a vyhlídky

Kritika harmonizovaných investičních pravidel

Ustanovení směrnic týkající se finančních investic pojišťovacích podniků vytvářejí sérii principů a minimálních pravidel, která musí být odpovídajícím způsobem implementována a transponována členskými státy. Analýza těchto ustanovení by měla proto vzít v úvahu výsledné převedení do národního práva. Nicméně existují dvě hlavní charakteristiky, které jsou podstatou diskuse o vývoji obezřetnostního rámce.

Za prvé, kvantitativní pravidla vymezená ve směrnicih nereflktují vždy vhodným způsobem rizika, u nichž je záměrem udržet je v mezích vzhledem k vysoké úrovni jejich standardizace. K tomu lze uvést dva příklady:

- místní orgány nebo veřejné orgány jsou považovány za rovnocenné státům s ohledem na půjčky a dluhové cenné papíry, které byly vydány (tj. nezabývají se limity rozložení podle dlužníka nebo emitenta), a to dokonce ani tehdy, když v určitých případech je úvěrové riziko mnohem vyšší, než u většiny solventních soukromých podniků;
- nezajištěné půjčky poskytnuté finančním podnikům mimo EU mají výhodu z derogace vůči nezajištěným půjčkám vydaným jinými podniky (tj. nejsou brány v úvahu v celkovém limitu ve výši 5 % stanoveném pro celkové nezajištěné půjčky), a to dokonce, i když nemají větší likviditu.

Podobně lze uvést, že investiční principy a standardizovaná kvantitativní pravidla definovaná ve směrnicih neberou zřetel na specifika každého pojišťovacího podniku, ať jde o povahu pasiv nebo struktury managementu:

- aplikují se rovnocenně na pasiva neživotního i životního pojištění, ačkoli riziko likvidity není téhož stupně pro obě formy činnosti; *a fortiori*¹⁴ jsou identická pro krátkodobá pasiva neživotního pojištění (ustanovení pro úvěrové pojištění nebo neživotní pojištění) a pro dlouhodobá pasiva neživotního pojištění (ustanovení pro pojištění odpovědnosti);
- nepředpokládají jakoukoli odlišnost mezi podniky v závislosti na jejich existujících strukturách managementu; například celkový limit 10 % stanovený pro nekótované akcie je stejný pro malé podniky, kde investování je řízeno samotným managementem a pro velké pojišťovací skupiny s dceřinou společností, která se věnuje soukromému investování a která profesionálně spravuje (včetně jednání jménem třetích stran) investice v nekótovaných podnicích;
- neberou zřetel na povahu pojistných závazků upsaných podniky; například stejná úroveň požadavku s ohledem na investování není vyžadována; závisí to na tom, zda jde o německou životní pojišťovnu, která musí zajistit minimální míru zisku pro pojištěné, nebo o britskou životní pojišťovnu s vysokým stupněm pružnosti, co se týká stanovení bonusů vyplácených pojištěným.

¹⁴ Poznámka překladatele: Encyclopedia Britannica: „arguing from an accepted conclusion to an even more evident one“ = „vycházej z přijatého závěru a dojit k ještě jasnějšímu“.

Vyhlídky rozvoje

Nedostatky zmíněné výše a tlak vyvíjený pojišťovnictvím a některými členskými státy by měl vést v blízké budoucnosti ke změně v pravidlech Společenství pro krytí technických rezerv.

V této fázi je ještě obtížné předpovídat, k jaké změně dojde. Jsou možné dvě opce. Evropské legislativní orgány by mohly zvolit revizi stávajících kvantitativních pravidel (revize stávajících prahů/ limitů, zavedení nových prahů, aby bylo zabráněno příliš velké koncentraci pohledávek vůči těmž zajistitelům, investování uvnitř skupiny, které je příliš významné, nebo akumulaci nelikvidních investic v rámci investičního životního pojištění) nebo dokonce větší harmonizaci kvantitativních pravidel (zejména s ohledem na bázi přijatou pro aplikaci těchto pravidel). Ale mohl by být také zvolen návrat k principu obezřetné osoby, který nahradí seznamy přijatelných aktiv a kvantitativní limity investování sérií obecných pravidel ovlivňujících podniky při správě jejich finančních investic (bude pak na nich definovat, na základě jejich vlastní situace, interní pravidla a limity pro implementaci těchto obecných regulačních principů).

Ať už je to kterýkoli případ, pojišťovací podniky by byly povinny používat metody řízení aktiv a pasiv, které by jim umožnily měřit stupeň přiměřenosti (postačitelnosti) mezi aktivy a pasivy, stejně jako finanční rizika spojená s jakýmkoli mezerami mezi charakteristikou pasiv a těmi aktivy, která je kryjí (doba trvání, výnos, likvidita, nestálost, citlivost na vývoj v úrokových sazbách a na trzích...).

3. Kapitálové požadavky

3.1 Základy požadavku na míru solventnosti

Cíle požadavku na míru solventnosti

Solventnost pojišťovacího podniku je dána jeho schopností dostát kdykoli svým závazkům vůči pojištěným (a obecněji vůči tomu, k němuž má závazek). Solventnost je garantována nejprve vytvořením adekvátních technických rezerv a jejich krytím aktivy postačitelnými v kvantitě i kvalitě.

Ale to není dostatečné. Ačkoli jsou technické rezervy kalkulovány na aktuárské a statistické bázi mohou se později ukázat jako nepostačitelé ke krytí všech příslušných nároků a dávek. Je tomu tak obzvláště, když se mění rizika nebo se objevují nová rizika krytá pojišťnými smlouvami, nebo dokonce, když likvidita pohledávek se vyvíjí nepříznivě. Podobně se dá konstatovat, že krytí technických rezerv kvalitními aktivy, která jsou diverzifikovaná, neuchrání pojistitele při celkovém propadu na trzích (viz preambule ve směrnici první generace).

Celkově lze uvést, že obezřetnostní pravidla, jimž jsou pojistitelé podrobeni, je nečiní zcela imunními vůči všem rizikům, a je proto nutné uložit pojišťovacím podnikům povinnost držet určitý počet dodatečných zdrojů ke krytí nároků a nepředvídaných nákladů spojených s takovými zbytkovými riziky. Výše dodatečných zdrojů dostupná podniku je známa jako disponibilní míra solventnosti a minimální částka, kterou musí mít, je nazývána požadavek na míru solventnosti.

Míra solventnosti má jinou funkci: umožnit managementu a orgánům dohledu identifikovat problémy a intervenovat za účelem jejich vyřešení a napravit situaci, jakmile rizika nastala. V nejhorším, jestliže se pojišťovací podnik stane zranitelným, existence rezervního kapitálu musí činit předem možným zcela vyplatit pojištěné, a to dokonce, když ostatní věřitelé nemohou být vyplaceni a akcionáři nemohou získat zpět své finanční prostředky.

Proto míra solventnosti hraje duální roli v ochraně pojištěných: když je podnik provozuschopný a když je oslaben.

Určení minimální míry solventnosti

Podle definice minimální míra solventnosti musí být dostatečná k eliminaci účinků zbytkových rizik nekrytých nebo částečně krytých jinými obezřetnostními pravidly. Musí být proto proporcionální k potencionálnímu dopadu těchto rizik na účetnictví daných pojišťovacích podniků. Aby byl dosažen tento výsledek, tak je ve světě používáno orgány dohledu a podniky několik metod.

První metoda: požadavek na míru solventnosti je určován více nebo méně arbitrážně. Jedno nebo více hlavních rizik, jimž jsou podniky vystaveny, jsou upřednostněny, příslušná základna pro ocenění významu každého z těchto rizik je fixována jako určitý výsledek, stejně jako poměr, který má být použit k této základně pro odpovídající kalkulaci (například za základnu je vzato pojistné, jestliže je upřednostněno riziko nízké tarifikace).

Dále existují tzv. metody rizikově založeného kapitálu, které jsou pouze sofistikovanější verzí arbitrážních metod, které zahrnují značný rozsah různých rizik a teoreticky i různé korelace mezi každým z těchto rizik.

A nakonec lze říci, že podniky vyvinuly za posledních několik let metody hodnotící výkyvy ve výsledcích, které jsou založeny na jemném modelování statistických výkyvů u nároků a finančních výkyvů v úrokových sazbách a tržních cenách akcií.

Solventnostní systém Společenství patří do první kategorie. Pokrývá v zásadě rizika z nedostatečné výše tarifů a výkyv v nárocích u neživotního pojištění a rizika podhodnocení matematických rezerv a propadů na trzích, stejně jako riziko odchylek v mírách úmrtnosti, u životního pojištění.

3.2 Souřasný systém Spoleřenství

Pravidla o míře solventnosti pojiřřovacích podniků byla původně definována v letech 1974 a 1979 ve směrnících první generace a na konci roku 2001 byla novelizována přijetím směrnice 2002/12/ES a 2002/13/ES¹⁵. V tomto zmíněném případě revize sestávala především z aktualizace a upravení pravidel, aniř bylo rozhodnuto o fundamentálnější reformě. Nicméně bylo provedeno několik dobře známých modifikací jako například diferenciacce požadavku na míru solventnosti ve světle upsaných rizik nebo možnost aktualizace určitých aspektů pravidel bez použití legislativních prostředků.

Tato pravidla se použijí na evropské podniky pro všechny jejich řinnosti, stejně jako na pobočky neevropských podniků, řízené v řlenských státech, pro všechny jejich řinnosti v daném státě.

Polořky míry solventnosti

Při analýze solventnosti pojiřřovacího podniku, první prvek, který má být vzat v úvahu, je jeho řistá účetní pozice, tj. řást jeho aktiv oproštěných od všech (známých) pasiv. Tento koncept má však dva nedostatky:

- první je spojen s vymezením konceptu kapitálu: v tomto uvedeném případě určité dlouhodobé dluhy musí mít schopnost být považovány za hybridní kapitál daný jejich splatností a pořadím určených věřitelů v případě likvidace;
- druhý bere v potaz tu skutečnost, ře určitá rozhodnutí akcionářů nebo partnerů ve společnosti mohou následně zvýřit nebo snířit reálnou hodnotu společnosti v případě potří (například stažené příspěvky nebo nezaplacení nesplaceného kapitálu).

Disponibilní míra solventnosti, jak je definovaná ve směrnících Spoleřenství, není proto omezena na ekonomický kapitál, ale také bere v úvahu, za správně definovaných podmínek a omezení, ty položky pasiv, které mohou být téměř považovány za kapitál, stejně jako budoucí zdroje nebo asimilační položky. Harmonizace v této oblasti není úplná: některé z řtěchto položek jsou pouze řpřpuřřeny na řádost nebo určité oprávnění orgány dohledu, jiné pak de iure, když to národní legislativa zabezpečí, jiné jsou konečně řpřpuřřeny na základě směrníc. Navíc orgány dohledu mohou od konce lořského roku (tj. 2003) revidovat všechny položky povolené tvořit míru solventnosti, zejména jestliže řtržní hodnota řtěchto položek byla značně modifikována (modifikace zavedené směrnice 2002/12/ES a 2002/13/ES).

Polořky kapitálu (ekonomické)

Míra solventnosti pojiřřovny je tvořena v první řadě jejími řistými aktivy (tj. řásti jejích aktiv, které neodpovídají jakýmkoli řředvídatelným řávazkům), uvažujeme-li striktně z hlediska likvidity. Míra solventnosti je tedy tvořena následujícími položkami:

- splacený akciový kapitál nebo v řpřpadě vzájemných pojiřřovacích spolků skutečný počáteční fond,

¹⁵ Poznámka překladatele: jde o směrnici Evropského parlamentu a Rady 2002/12/ES ze dne 5. března 2002, kterou se mění směrnice Rady 79/267/EHS, pokud jde o požadavky na míru solventnosti u řivních pojiřřoven a o směrnici Evropského parlamentu a Rady 2002/13/ES ze dne 5. března 2002, kterou se mění směrnice Rady 73/239/EHS, pokud jde o požadavky na míru solventnosti u neřivních pojiřřoven.

- zákonné a volné rezervy, které neodpovídají pojistným závazkům,
- veškerý nerozdělený zisk nebo ztráta minus dividendy, jež mají být vyplaceny,
- skryté rezervy k aktivům, jestliže takové rezervy nemají výjimečnou povahu (a kde jejich zahrnutí do míry solventnosti je povoleno orgánem dohledu),

minus, pokud je to přiměřené, následující:

- nehmotná aktiva (například akviziční náklady ke smlouvám nebo rozdíly z akvizice, jež musí být teprve amortizovány),
- kapitál držený přímo podnikem,
- diskont na škodní rezervy, jestliže jsou tyto rezervy diskontovány.

Pro úplnost je třeba dodat, že účty členů vzájemných pojišťovacích spolků jsou asimilovány do skutečného počátečního fondu za předpokladu, že zakladatelská smlouva a stanovy omezují distribuci odpovídajících finančních prostředků členům. Podobně mohou členské státy zajistit, že disponibilní míra solventnosti zahrnuje ziskové rezervy uvedené v bilanci, jestliže nejsou dosud alokovány do podílu na přebytku pro pojištěné a mohou být využity ke krytí jakýchkoli ztrát.

Naopak kumulativní prioritní akcie, které mohou být vydány akciovou společností a které jsou součástí kapitálu, jsou z hlediska pravidel solventnosti pokládány jako podřízený dluh téměř za kapitál.

Hybridní kapitál

Ačkoli evropské legislativní orgány zcela logicky vyloučily u pojišťoven možnost krýt jejich regulované pojistné závazky investicemi financovanými půjčkami, tak nicméně stanovily, že by mohly financovat – zčásti – jejich minimální solventnostní požadavek dluhy za jistých podmínek vztahujících se k pořadí výplat v případě likvidace a k obnovení nebo jiným metodám úhrady.

Přesněji řečeno, směrnice uznávají jako položky míry solventnosti na jedné straně kumulativní prioritní (preferenční) akciový kapitál a podřízený dlužný kapitál, a na druhé straně akcie a jiné nástroje bez stanoveného data splatnosti za následujících podmínek:

Podmínky	Kumulativní prioritní akcie a podřízený dluh	Akcie bez stanoveného data splatnosti a jiné nástroje
Pořadí výplat v případě likvidace	Nízký rating ve srovnání s veškerými nároky a jinými dluhy	Nízký rating ve srovnání s nároky od všech jiných žadatelů
Splatnost	Pevná lhůta (alespoň 5 let) nebo bez stanoveného data	Neurčitá (není stanovena)
Úhrada	Úhrada může být učiněna pouze s předchozím souhlasem orgánů dohledu nebo při pětileté výpovědní lhůtě. V posledním případě podnik musí předložit orgánům dohledu (ke schválení) nejpozději rok před datem splatnosti finanční plán	Tyto akcie nebo jiné nástroje nemohou být splaceny na základě iniciativy nositele nebo bez předchozího souhlasu kompetentního orgánu
Platba úroků		Pojišťovna musí být schopna odložit platbu úroků

Celkově lze říci, že půjčky a cenné papíry, splňující jednu nebo více z řady podmínek zmíněných výše, jsou tudíž povoleny jako položky tvořící disponibilní míru solventnosti až do výše prostředků skutečně splacených pouze při následujících limitech:

- až do výše 50 % požadavku na míru solventnosti (nebo 50 % disponibilní míry solventnosti, pokud je tato nižší než minimální míra solventnosti) pro všechny takové půjčky a cenné papíry;
- až do výše 25 % požadavku na míru solventnosti (nebo 50 % disponibilní míry solventnosti, pokud je tato nižší než minimální míra solventnosti, resp. minimální požadavek) pro půjčky a cenné papíry s pevnou dobou splatnosti.

Budoucí zdroje

Ve směrnici se konečně uvádí, že disponibilní míra solventnosti může vzít v úvahu, „při aplikaci s podpůrným důkazem podniku orgánů dohledu [...] a se souhlasem tohoto orgánu“, určité zdroje, které podnik dosud nemá, ale s nimiž by mohl počítat v budoucnu. Mezi ně patří:

- pro všechny pojišťovací podniky nesplacená část akciového kapitálu nebo skutečného počátečního fondu (jakmile splacená část dosáhne 25 % tohoto kapitálu nebo fondu);
- pro neživotní vzájemné pojišťovací spolky nebo společnosti tohoto typu s variabilními příspěvky předepsané příspěvky, které společnosti mohou požadovat od svých členů, do výše jedné poloviny rozdílu mezi maximálními příspěvky a příspěvky skutečně předepsanými;
- pro pojišťovací podniky provozující životní pojištění (až do 31. prosince 2009) polovinu jejich budoucích zisků za podmínky předložení orgánům dohledu aktuáské zprávy „potvrzující [pravděpodobnost] těchto budoucích přínosů“.

Podobně jako hybridní kapitál všechny tyto položky jsou povoleny jako složky disponibilní míry solventnosti, ale pouze do výše následujících limitů:

- 50 % požadavku na míru solventnosti (nebo 50 % disponibilní míry solventnosti, pokud je tato nižší) pro nesplacenou část akciového kapitálu nebo fondu nebo předepsaných příspěvků;
- 25 % požadavku na míru solventnosti (nebo 25 % disponibilní míry solventnosti, pokud je tato nižší než požadavek na míru solventnosti) pro budoucí zisky pojišťovacích podniků provozujících životní pojištění.

K těmto položkám by mělo být doplněno, je-li to případné, že v případě pojišťovacích podniků provozujících životní pojištění rozdíl mezi matematickými rezervami (nezillmerizovanými nebo částečně zillmerizovanými) zahrnutými do rozvahy a zillmerizovanými matematickými rezervami je zhruba roven akviziční přírážce zahrnuté do pojistného, minus, jestliže je to nutné, částce neamortizovaných akvizičních nákladů vložených do aktiv. Tento rozdíl odpovídá běžné hodnotě akvizičních nákladů, které společnost obdrží v budoucnu ze svého budoucího pojistného a které nejsou ani zahrnuty do rozvahy, ani dotčeny amortizací odložených akvizičních nákladů.

Mělo by být poznamenáno, že tento diskont technických rezerv, který odpovídá aktuální hodnotě budoucích finančních výnosů generovaných aktivy, která kryjí technické rezervy, není uznán jako položka míry solventnosti. Evropské legislativní orgány to fakticky vyloučily, a to za účelem docílení rovného zacházení mezi pojišťovacími podniky, které diskontují své škodní rezervy a těmi, které je nediskontují (legitimní záměr daný faktem, že diskontovaná částka může být u určitých podniků násobek jejich požadavku na míru solventnosti).

Zákonná minima

Celková struktura systému

Právní předpisy Společenství stanovují v oblasti solventnosti duální požadavek:

- za prvé, disponibilní míra solventnosti musí být vyšší než požadavek na míru solventnosti kalkulovaný metodou popsanou níže;
- dále disponibilní míra solventnosti, která nezahrnuje nesplacenou část akciového kapitálu nebo počátečního fondu, předepsané příspěvky (pro neživotní vzájemné pojišťovací spolky), budoucí zisky a rozdíly v zillmerizaci (pro pojišťovací podniky provozující životní pojištění) musí být o jednu třetinu větší než požadavek na výše zmíněnou míru solventnosti (práh stanovený v právu Společenství jako „garanční fond“) a přinejmenším vyšší než minimální garanční fond definovaný právními předpisy s ohledem na krytá rizika (viz kapitola 4).

Z praktického hlediska požadavek na míru solventnosti a garanční fond tvoří požadavek o dvou vrstvách (položky míry solventnosti, které nebyly vztahy v úvahu pro druhý práh, jsou přinejmenším rovny polovině požadavku na míru solventnosti tak, že podnik, který uspokojuje první požadavek, je de facto v souladu s druhým). Zájemem systému je povolit orgánům dohledu modulovat jejich intervenování v závislosti na vážnosti situace.

Mělo by být v tomto ohledu připomenuto, že směrnice 2002/12/ES a 2002/13/ES zmocňují orgány dohledu požadovat vyšší míru solventnosti od podniků, jejichž finanční situace se zhoršuje za účelem ochránit práva pojištěných.

Požadavek na míru solventnosti týkající se neživotního pojištění

Pro zjednodušení věci lze začít analýzou souhrnné podoby požadavku na míru solventnosti pro neživotní pojištění. Je to kalkulováno následovně (zjednodušený vzorec):

$$\text{Minimální míra solventnosti} = \text{Sup} \{16 \% \times \text{pojistné}; 23 \% \times \text{škody}\} \times \text{míra vlastního vrubu u rizika}$$

Tento vzorec lze snadno vyloučit. Na první pohled lze předpokládat, že množství rizik nesených neživotní pojišťovnou je proporční k jejím aktivitám a k podílu rizik, která si ponechává na vlastní vrub. Pokud jde o rozsah činnosti, může být měřen buď ve srovnání s výší pojistného nebo vůči nákladům na pojistná plnění. V tomto případě byla zachována dvě kritéria za účelem omezení nevýhody obou metod použitých izolovaně (podhodnocení požadavku na míru solventnosti z důvodu vyšší tarifikace nebo podhodnocení škodních rezerv) a stanovení vyššího požadavku na míru solventnosti pro podniky s vysokým škodným průběhem (přes 70 %).

Nyní se lze na požadavek na míru solventnosti podívat podrobněji. Minimální míra solventnosti u neživotního pojištění je kalkulována tak, že se berou v úvahu následující položky:

- akceptovaná výše pojistného je ta vyšší z částky pojistného předepsaného a částky pojistného přijatého (logicky by měla být použita výše přijatého pojistného, ale požadavek na míru solventnosti pro podniky v silné růstové pozici by pak byl redukován, protože jsou vystaveny vyšším rizikům);
- akceptované náklady na pojistná plnění jsou průměrem nákladů na pojistná plnění za poslední tři roky – za posledních sedm let pro podniky provozující hlavně pojištění úvěru, rizika vichřice, krupobití ... (za účelem omezení dopadů výkyvů ve škodách na požadavek míry solventnosti);
- akceptovaná výše pojistného a škod pro příslušné kalkulace je zvýšena o 50 %, když se jedná o pojistné nebo pojistná plnění týkající se pojištění odpovědnosti, jiné než pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (za účelem vzít v úvahu nebezpečnější povahu těchto daných rizik);
- poměr 16 % (resp. 23 %) se použije efektivně od částky pojistného rovné 50 milionům EUR (35 milionům EUR); pod těmito prahy poměry, které se použijí na částky pojistného a pojistných plnění, jsou v příslušném pořadí rovny 18 % a 26 % (podle teorie pravděpodobnosti, malé společnosti jsou více vystaveny deficitním rozdílným mezi jejich odhady a jejich výsledky než velké společnosti);
- každý z těchto rozdílných poměrů je snížen o třetinu pro zdravotní pojištění za předpokladu, že je spravováno na podobné technické bázi jako životní pojištění (zejména, jestliže přijaté pojistné je kalkulováno na bázi matematických metod životního pojištění na základě tabulek nemocnosti, jestliže je vytvářena rezerva na stárnutí a jestliže je inkasováno dodatečné pojistné s cílem vytvořit bezpečnostní rozpětí v průměrené výši);

- míra vlastního vrubu použitá pro kalkulace je rovna poměru, za poslední tři roky, mezi výší pojistných plnění, kterou je třeba podnikem ještě pokrýt, a to po odečtení převodů do zajištění a škod brutto; jestliže je tento poměr menší než 50 %, tak použitá míra vlastního vrubu pro kalkulace je 50 % (silně zajištěná společnost není méně vystavena rizikům, zejména riziku selhání svých zajistitelů);
- orgány dohledu jsou zmocněny ponížít redukci míry solventnosti, založenou na zajištění (tj. zvýšit míru vlastního vrubu použitou při kalkulaci), když „obsah nebo kvalita zajišťovacích smluv doznala ve srovnání s předchozím rokem pozoruhodných modifikací“, nebo, když „zajišťovací smlouvy nepředpokládají žádný převod rizika nebo nevýznamný převod“;
- jestliže požadavek na míru solventnosti kalkulovaný tímto způsobem je nižší než požadavek na míru solventnosti za předchozí rok, požadavek stanovený je alespoň roven poslední uvedenému násobeno mírou variací škodních rezerv očištěno od zajištění na konci roku a nejvýše roven požadavku na míru solventnosti pro předchozí rok (cílem tohoto ustanovení je krýt podniky v likvidaci, které již déle nepředepisují pojistné a jejichž škody nejsou významné k rizikům, jež nesou).

Požadovaná míra solventnosti pro životní pojištění (resp. požadavek na míru solventnosti)

Požadovaná míra solventnosti pro pojišťovací podniky provozující životní pojištění je souhrnem požadavků specifických pro každou z jejich činností.

Obecně řečeno, tyto specifické požadavky jsou vyjádřeny jako součet určité části matematických rezerv a určité části rizikového kapitálu (rizikový kapitál představuje u smluv, u nichž pojistitel přebírá riziko smrti, rozdíl mezi nominální výší pojistných částek splatných v případě smrti a matematických rezerv vztahujících se k těmto zárukám). Tyto požadavky jsou odůvodněny následovně:

- objem rizik, jimž je vystaven pojišťovací podnik provozující životní pojištění, není měřitelný z hlediska výše předepsaného pojistného, ale spíše celkovou výší závazků v průběhu doby akumulovaných a zahrnutých do rozvahy v matematických rezervách; většina rizik, jimž jsou vystaveny, jsou investiční rizika, jejichž přirozeným oceněním je celková výše rezerv, které mají tyto investice krýt;
- pojišťovací podniky provozující životní pojištění jsou dále vystaveny riziku úmrtnosti, přesněji riziku ostrých variací v průměrné úmrtnosti jejich pojištěných; jsou dokonce více vystaveny tomuto riziku tam, kde je rizikový kapitál podstatný.

Požadovaná míra solventnosti týkající se životního pojištění je při všem uvedeném určena přesně v závislosti na následujících pravidlech:

- s ohledem na kapitálové činnosti a životní pojištění, jež není spojeno s investičním fondem (smlouvy v „EUR“), stejně jako životní pojištění spojené s investičním fondem (smlouvy unit-linked) a provozování skupinového důchodového pojištění a správu penzijních fondů, kde pojistitel přebírá investiční riziko, odpovídající

požadovaná míra solventnosti je kalkulována následovně (zjednodušený vzorec):

Minimální míra = $4 \% \times \text{matematické rezervy} + 0,3 \% \times \text{rizikový kapitál}$

Výše matematických rezerv akceptovaná pro kalkulaci je výše rezerv netto, očištěných od zajištění (pokud nejsou nižší než 85 % hrubých rezerv).

Výše rizikového kapitálu akceptovaného pro kalkulaci je výše rizikového kapitálu netto, očištěného od zajištění (pokud není nižší než 50 % hrubého rizikového kapitálu). Pro rizikové životní pojištění (tj. pojištění pro případ smrti), jehož trvání nepřevyší 3 roky, poměr, který je použit je 0,1 % (místo 0,3 %); pro ta pojištění, kde trvání je mezi 3 a 5 lety, poměr, který se použije je 0,15 %.

- Požadovaná míra solventnosti, týkající se podnikání v životním pojištění spojeném s investičními fondy (smlouvy unit-linked) a skupinovým důchodovým pojištěním nebo správou penzijních fondů, kde pojistitel nepřebírá žádné investiční riziko, je kalkulována následovně (zjednodušený vzorec):

Minimální míra = $1 \% \times \text{matematické rezervy} + 0,3 \% \times \text{rizikový kapitál}$

- Kalkulace je prováděna na bázi metod popsanych výše. Jestliže částka určená ke krytí nákladů na správu není pevně určena pro období delší než 5 let, požadavek se rovná:

Minimální míra = $25 \% \times \text{výdaje na správu netto} + 0,3 \% \times \text{rizikový kapitál}$

- Požadovaná míra solventnosti pro trvalé zdravotní pojištění (permanent health insurance) upisované ve Spojeném království a Irsku je kalkulována při doplnění požadované míry solventnosti kalkulované na bázi pravidel životního pojištění a požadované míry solventnosti kalkulované na bázi pravidel neživotního pojištění (zjednodušený vzorec):

Minimální míra = $4 \% \times \text{matematické rezervy} + \text{Sup} \{16 \% \times \text{pojistné}; 23 \% \times \text{škody}\} \times (1 - \text{míra cese})$

Minimální garanční fond

Mělo by být připomenuto, že „garanční fond“ je roven jedné třetině požadované míry solventnosti definované výše. Tento garanční fond je roven nejméně minimálnímu garančnímu fondu, jehož hodnota byla stanovena k 31.12.2001 na:

- 2 miliony EUR pro neživotní pojištění s výjimkou pojištění odpovědnosti (všechny druhy) a pojištění úvěru a záruky;
- 3 miliony EUR pro pojištění odpovědnosti (všechny druhy) a pojištění úvěru a záruky, stejně jako pro životní pojištění.

S účinností od 31. prosince 2007 budou tyto částky každoročně prověřovány, aby byl vyrovnán 100 000 EUR vývoj evropského indexu spotřebitelských cen (a když je vyšší než 5 %).

Na závěr by mělo být připomenuto, že minima kalkulovaná tímto způsobem mohou být snížena o 25 % vlastním uvážením členských států pro vzájemné pojišťovací spolky.

3.3 Prospektivní rozvoj evropských solventnostních pravidel

Faktory zapojené do vývoje současných solventnostních pravidel

Na základě žádosti Komise Konference dohledových orgánů EU zveřejnila v roce 1997 analytickou zprávu o solventnostních pravidlech Společenství (tzv. Müllerova zpráva). Tato zpráva končila v první řadě se závěrem: „v zásadě platný solventnostní systém prokázal do současné doby svoji cenu“. Přesto není systém na úrovni Společenství bez kritiky a všechny problémy nebyly vyřešeny nedávnými novelami, které byly provedeny směrnicemi 2002/12/ES a 2002/13/ES.

Podstatou této výtky je, že systém nepřesně odráží skutečné vystavení pojišťovacích podniků různým technickým a finančním rizikům. Požadovaná míra solventnosti nebere tudíž v úvahu efekt rozložení (mutualizace) rizika spojený s velikostí a diverzifikací pojišťovacích skupin, což je obzvlášť penalizující pro velké skupiny, jež působí ve všech pojistných odvětvích i v několika zemích. Obdobně kalkulace požadované míry solventnosti nezahrnuje následky skutečného vystavení technickým a finančním rizikům zajišťovacích a investičních politik. V důsledku toho podniky nebo skupiny, které implementují obezřetné řízení v oblasti postoupení rizik nebo investování, nejsou za jejich úsilí odměněny nižší požadovanou mírou solventnosti. Naopak jsou podněcovány vzít dodatečná rizika, aby ukázaly vyšší výsledky, které při identické požadované míře solventnosti zvýší kapitálový výnos.

Druhá výtku, jež může být učiněna oproti současnému solventnostnímu systému, je v tom, že není přizpůsoben současným tržním podmínkám. To se týká především zahrnutí nových technických a finančních rizik. Systém byl navržen v určité době, kdy na jedné straně pojistné trhy byly mnohem méně otevřené konkurenci než dnes a kdy úrokové sazby byly kontrolovány v určitém počtu zemí a na druhé straně, kdy se nekonala žádná revoluce na finančních trzích a následná exploze výkyvů cen a sazeb. Navíc pod tlakem svých akcionářů podniky vytvořily modely, které jim umožňovaly kalkulovat adekvátní částku kapitálu nutnou k pojištění daného typu rizika, a na základě toho odvodit skutečnou ziskovost odpovídajících operací. V důsledku toho se udržování systému požadované míry solventnosti stalo anachronickým.

Nakonec je nutno říci, že změna v požadované míře solventnosti bude absolutně nezbytná k vykompenzování účinků budoucí reformy účetnictví, která předpokládá kalkulaci technických rezerv na bázi reálné hodnoty, tj. aniž se bere v úvahu buď obezřetné rozpětí nebo specifická povaha uvažovaných rizik. Do solventnostního systému bude proto nutné zahrnout určitý stupeň obezřetnosti a vzít v úvahu specifické charakteristiky rizik.

Budoucí reforma

V tomto stádiu úvah není dosud navrženo modifikovat současný systém garančního fondu a minimální míry solventnosti. Tento systém je dokonale adekvátní, pokud jde o pravidla, z nichž se skládá, a záměry. Minimální míra solventnosti vytváří absolutní minimální práh, který, jestliže je narušen směrem dolů, vyvolá automatickou

intervenci dohledových orgánů; pak logicky určení požadované míry solventnosti by se mělo podřídit jednoduchému (ale robustnímu) vzorci za účelem garantovat rovné zacházení pro podniky a vysoký stupeň reakce dohledových orgánů.

Orgány Komise by mohly také navrhnout doplnit tento minimální požadavek druhým požadavkem založeným na cílové úrovni kapitálu. Specificky určitá kalkulace by byla učiněna na úrovni kapitálu nezbytného k zachování pravděpodobnosti selhání každého podniku na nízké úrovni ve světle jejich vlastní charakteristiky a zejména jejího portfolia podnikání a investic. Tato kapitálová úroveň nevytvoří absolutní minimum, ale cíl, který má být dosažen pod dohledem orgánů: v případě potřeby by jim podniky sdělily, jakými prostředky a během jaké doby zamýšlejí dosáhnout tento cíl.

Taková reforma by měla dvě rozhodující výhody. Za prvé by povzbudila podniky, aby připravovaly modely a oceňovaly jejich skutečné vystavení technickým a finančním rizikům. Za druhé by mohla urychlit konvergenci praktických postupů v oblasti obezřetné kontroly stanovením základny pro reálné ocenění solventnosti podniku.

Současná pravidla Společenství týkající se technických rezerv, přijatelných aktiv a míry solventnosti se za posledních 25 let z valné části osvědčila. Umožnila udržet počet selhání pojišťovacích podniků na velmi nízké úrovni, aniž by byla jakkoli ovlivněna konkurenceschopnost evropského pojišťovacího průmyslu.

Avšak kontext se hluboce změnil přijetím pojišťovacích směrnic první generace v letech 1973 a 1979; sazby byly deregulovány a konkurence zintenzívnila, úrokové sazby se staly více nestálými a tržní ceny akcií prudce vzrostly, tlak ze strany akcionářů a jejich naděje na relace výnosnosti vzrůstá a účetní standardy budou brzy drasticky změněny.

To vše vytváří pro pojišťovací podniky nová rizika a pro obezřetnostní orgány dohledu nové výzvy, což musí být řešeno v projektu „Solventnost II“.

Budoucí reformy musí ale také cílově zajistit větší harmonizaci pravidel týkajících se kalkulace technických rezerv a jejich krytí, stejně jako sladění solventnostních pravidel a podnikových manažerských politik týkajících se kapitálové přiměřenosti. Jedině pak poskytnou opravdovou přidanou hodnotu pro evropský pojišťovací průmysl.

Poznámka překladatele:

Děkuji za cenné podněty a některá zpřesnění textu lektorovi Ing. Ladislavu Korobczukovi, předsedovi ekonomické sekce ČAP. V některých případech jeho stanoviska – výkladového charakteru – byla doplněna do textu překladu jako poznámky lektora, protože přispívají k lepšímu pochopení náročné ekonomické problematiky.

Ing. Jaroslav Mesřmíd, CSc.

European Insurance Regulation – New Opportunities for Insurers and Consumers

„Pojistné rozpravy“ No. 20 - 23 contained selected chapters of the book „European Insurance Regulation – New Opportunities for Insurers and Consumers“ which was prepared by Bertrand Labilloy for the Comité Européen des Assurances (CEA, the European insurance and reinsurance federation) in 2004. The mentioned chapters were translated into Czech by experts of the Czech Insurance Association.

This paper represents translation of the chapter 6 of the publication and consists of the following interesting and important topics:

- valuation of technical provisions,
- investment regulation,
- capital requirements.

The chapter is not just on regulation by relevant EU directives only. Where it is necessary or useful the respective national regulation is mentioned and pros and cons of the European or national regulation are described.

24/2009

Pojistné rozpravy vycházejí zpravidla jednou až dvakrát ročně (bez nároku na periodicitu) v nákladu 500 výtisků. Redakce přijímá statě a pojednání vědeckého a teoretického charakteru se vztahem k pojištění, zajištění, zábraně škod, případně i k dalším navazujícím disciplínám.

Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

Odpovědná osoba: Marcela Kotyrová

Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4

Tel: +420 222 350 164, fax: +420 261 142 409

e-mail: pojistne.rozpravy@cap.cz

Internet: www.cap.cz

Redakční kruh:

doc. Ing. Arnošt Böhm, CSc., prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., Ing. Filip Holý, Ph.D., Ing. František Kalouda, CSc., MBA, prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc., Ing. Václav Krivohlávek, CSc., RNDr. Lucie Mazurová, Ph.D., Ing. Jaroslav Mesřmíd, CSc., (předseda), JUDr. Věra Škopová, Mgr. Jan Šváb, Ph.D., prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Redakční práce:

Mgr. Eva Trojanová

Grafická úprava, sazba, litografie: ENTRE s.r.o, Chodovecké náměstí 8, 141 00 Praha 4

Tisk: Východočeská tiskárna, s.r.o, Sezemice

© **Přetisk a rozmnožování povoleno jen se souhlasem redakce.**

Cena: 250 Kč

Do výroby předáno: červen 2009

Názory a hypotézy obsažené v jednotlivých autorských příspěvcích je třeba považovat za osobní postoje a přístupy autora, nikoliv za stanovisko instituce, kterou zastupuje nebo u které je zaměstnán, ani za stanovisko vydavatele ČAP, pokud není uvedeno jinak.

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

