POJISTNÉ ROZPRAVY

pojistně teoretický bulletin

28

česká asociace pojišťoven

POJISTNÉ ROZPRAVY

pojistně teoretický bulletin

28

2012

ISSN 0862-6162

Obsah/Contents

Úvodník / Editorial
Priority evropských pojistitelů / Priorities of European insurers
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., předseda redakčního kruhu 3

Změny v postavení odvětví pojišťovnictví jako důsledek finanční a ekonomické krize a následných regulačních schémat / Changes in the position of the insurance industry as a consequence of the financial and economic crisis and subsequent regulatory concepts
prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., Vysoká škola ekonomická v Praze 5

Reforma zdravotnictví – systémové změny / Healthcare reform – system changes
Mgr. et Bc. Jan Alexa, Ministerstvo zdravotnictví 11

Článek k výplatní fázi vládního návrhu zákona o důchodovém spoření (sněmovní tisk 412) / Article on the payout phase of the government draft law on pension saving (Parliamentary Print 412)
JUDr. Jana Čechová, PhDr. Vladimír Přikryl, Ministerstvo financí 17

Mikrosimulační model českého důchodového systému se stochastickými kariérami / Microsimulation model of the Czech pension system with stochastic careers
Ing. Petr Bednařík 28

Solventnost II – aktuální stav a vývoj / Solvency II - update and prospects
Ing. Miroslav Kotaška, KPMG, Mgr. Jan Bouška, ČNB 43

Několik poznámek k nové úpravě outsourcingu v pojišťovnictví / Notes on new rules for outsourcing in the insurance sector
Zdeněk Husták, BBH, advokátní kancelář, v. o. s. 57

Role pojistných matematiků / Role of actuaries
Mgr. Jan Šváb, Ph. D., Kooperativa pojišťovna, a. s., VIG 69

Zahraniční modely pojištění pro případ pracovního úrazu a nemoci z povolání / Foreign models of insurance against occupational injuries and occupational diseases
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Česká asociace pojišťoven 84

Pravidlo 3S – metody zvyšování důvěryhodnosti reportingu v pojišťovnictví / 3S Rule – methods of increasing credibility of reporting in the insurance industry
Ing. Kateřina Lhotská, Ness Czech s.r.o. 95

Informace ve zdravotnictví / Healthcare system information
Ing. Žaneta Boučková, Ph. D., Ing. Jan Öhm, Technická univerzita v Liberci 116

Povinnost unisexového tarifování podle rozhodnutí evropského soudního dvora / Unisex rates in the European Court of Justice ruling
JUDr. Erika Mačáková, LL.M., Ph. D., advokátka 124

Corporate Governance – předmět a nástroj regulace / Corporate Governance – subject and instrument of regulation
Drahomír Kubáň, Allianz pojišťovna, a.s. 129

Priority evropských pojistitelů

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., předseda redakčního kruhu

Dne 15. června 2011 byl na valném shromáždění CEA[1] zvolen prezidentem na tříleté období Sergio Balbinot, generální ředitel italské pojišťovny Generali. Po svém zvolení formuloval jako hlavní prioritu implementaci projektu Solventnost II. Toto vyjádření není samo o sobě překvapující, protože jde o dlouhodobou, koncepční a systémovou záležitost. Při podpoře důkladného propracování vazby mezi výší rizika a odpovídající výší kapitálu však poznamenal, že dodržení tohoto požadavku by nemělo uškodit strategické roli pojištění v moderní ekonomice. K dalším výzvám pro pojišťovnictví zařadil makroekonomickou diskusi o systémovém riziku, otázky rozvoje penzijního systému, dosažení rovných podmínek mezi pojišťovnami a ostatními operátory v oblasti penzí a zmínil rovněž účetní standardy[2].

Při obecnosti těchto priorit je na místě naznačit, co a případně jaká úskalí se v dané oblasti skrývají, čemu musí CEA věnovat zvýšenou pozornost. V oblasti Solventnosti II je možné se opřít o dopis, který CEA zaslal počátkem dubna 2011 na komisaře pro vnitřní trh a služby Michela Barniera[3]. V dopise se upozorňuje na tu skutečnost, že při přípravě implementačních opatření převládá v řadě oblastí konzervativní přístup a že změny jsou tudíž nutné. CEA konkrétně navrhl odpovídající extrapolaci bezrizikové úrokové křivky pro diskontování technických rezerv, zabývat se otázkami spojenými s určením a kalibrací kapitálových požadavků a jejich potenciálními procyklickými efekty, které jsou zesíleny pro „dlouhodobé produkty". Za dořešené nelze podle CEA pokládat ani oceňování aktiv a pasiv apod. V tomto případě není nikterak nadbytečné dodat, že tento dopis byl podepsán i dalšími významnými celoevropskými sdruženími, a to Pan European Insurance Forum, CFO Forum a CRO Forum[4]. Bylo by možné uvést další příklady problémů v oblasti Solventnost II tak, jak o nich CEA informoval veřejnost v následujících měsících tohoto roku. Jedním z nich může být nereálnost některých termínů realizace implementačních opatření, jež jsou navrženy ve směrnici Omnibus II.

Podívejme se však, jak se na evropskou pojišťovací scénu dívají vybrané národní asociace. Celostátní svaz německého pojišťovnictví (GDV) vydal dokonce publikaci, v níž jsou obsažena jeho stanoviska, požadavky a přání ohledně německého pojišťovnictví pro rok 2011 směrem k politické sféře[5]. Značný důraz je také kladen na zvládnutí Solventnosti II, dále na soukromé zdravotní pojištění a penze, resp. zajištění dlouhodobé péče ve stáří. Pokud jde o solventnost, zmiňuje se nezbytnost úprav s ohledem na neadekvátní nastavení určitých parametrů pro výpočty kapitálu. GDV dále varuje, že v průběhu přípravy implementačních prací se v podstatě vytratil princip proporcionality, který je nezbytný pro malé a střední pojišťovny, aby nebyly zahlceny nadbytečnými kapitálovými a jinými požadavky. Článek 29 rámcové směrnice 2009/138/ES byl měl být v implementačních opatřeních na úrovni 2 rozpracován, ale GDV uvádí, že původně uvažované články 2 a 250 implementačních opatření byly nyní dokonce vypuštěny. Poukazuje se též na problémy v oblasti životního pojištění, na nutnost zachovat úspěšný německý systém kalkulace dlouhodobých garancí v souvislosti s návrhem Komise, pokud jde o bezrizikovou úrokovou křivku. Z těchto a jiných důvodů je GDV pro postupný přechod od Solventnosti I k Solventnosti II.

---

[1] Comité Européen des Assurance (federace národních asociací pojišťoven z 33 evropských zemí)

[2] Tisková zpráva CEA, 16. 6. 2011

[3] Tisková zpráva CEA, 4. 4. 2011

[4] Pan European Insurance Forum (Celoevropské pojišťovací fórum), CFO Forum (Chief Financial Officer Forum), CRO Forum (Chief Risk Officer Forum)

[5] Versicherungswirtschaft, 1. 7. 2011, str. 915, 940

S tím, jak se blíží zatím platný termín pro implementaci rámcové směrnice, tj. 31. 10. 2012, který je však již nereálný a má být posunut na 31. 3. 2013, a dokončují se implementační opatření, tak se aktivizují rovněž vzájemné pojišťovny a jejich asociace Amice[6]. Obávají se především toho, že Solventnost II v případě jejího přijetí v současné podobě, by v Evropě vyvolala vlnu fúzí[7], neboť malí pojistitelé by byli příslušnými požadavky neúměrně zatíženi. Neproporcionální a nepoměrné organizační požadavky, požadavky na výkaznictví a zveřejňování by způsobily malým pojistitelům obrovské potíže. Amice vyjadřuje názor, že Solventnost II se málo oproti jiným oblastem věnuje straně aktiv. Riziko z umístění investic, které je třeba pokládat za klíčové, není prý adekvátně ošetřeno.

Asi se nenajde v Evropě mezi pojišťovacími asociacemi či sdruženími či svazy ani jeden, u něhož by Solventnost II nebyla mezi prioritami na prvním místě nebo v popředí. Týká se to pochopitelně i České asociace pojišťoven a jejích aktivit, což dokládá výroční zpráva za rok 2010. Z výše uvedeného stručného přehledu o prioritách vybraných asociací zpracovaného ke konci září 2011 jasně plyne, že některé problémy v oblasti přípravy návrhu implementačních opatření k rámcové směrnici Solventnost II vyžadují ještě zásadní přehodnocení a úpravy.

Resumé

Priorities of European insurers

At the beginning, the author provides information about the nomination of Sergio Balbinot, general manager of Generali, for the position of the president of the CEA, and about his and/or CEA priorities. Then the author defines some GDV priorities for 2011. The common No. 1 priority of European insurers including Amice is the proper and proportional implementation of the Solvency II framework directive and ensuring adequate quality and quantity of implementing measures of Level 2 and Level 3. The above stated associations refer to some problems in the Solvency II project that should be settled in the near future. Naturally, the Czech Insurance Association also pays an increased attention to Solvency II.

[6] Amice (Association of European Insurers and Insurance Cooperatives in Europe)

[7] Versicherungswirtschaft, 1. 7. 2011, str. 940

Změny v postavení odvětví pojišťovnictví jako důsledek finanční a ekonomické krize a následných regulačních schémat

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., Vysoká škola ekonomická v Praze

Úvod

Na příčiny vzniku a následnou terapii poslední finanční a ekonomické krize, v současnosti se projevující jako krize dluhová, neexistuje v odborných kruzích názorový konsenzus. Mezi důvody tohoto stavu je často uváděn fakt, že krize vznikla na v mnohém ohledu velmi autonomních a do značné míry virtuálních finančních trzích, a ne jako dosud v reálné ekonomice. V této souvislosti nutno konstatovat, že politické reprezentace, včetně administrativy EU, nejeví o zkoumání příčin krize valný zájem, spíše se soustřeďují na hledání viníků jejího vzniku. Proti těmto hypotetickým viníkům jsou pak konstruována přísná regulační opatření, která by měla další krizové amplitudě zabránit. Vedle již zavedené regulace odměňování bankéřů, regulace ratingových agentur a hedgeových fondů atd. se z Bruselu chystá další „legislativní smršť". V různém stadiu přípravy a implementace jsou k vyšší míře regulace připravovány OTC deriváty, centrální depozitáře, audit atd. Pojišťovacího byznysu se významně dotkne pokračování regulatorního projektu Solvency II, aplikace IFRS 4 a garanční schémata v pojišťovnictví.

Důsledky finanční krize pro finanční trhy, zejména pro pojišťovnictví

Jednotlivé segmenty finančních trhů, snad jen právě s výjimkou pojišťovnictví, byly v prvé etapě krize velmi silně zasaženy Nejvíce bankovní sektor a instituce a instrumenty kapitálového trhu. Současná dluhová krize, jejíž zásadní řešení se v současnosti již vymyká možnostem fiskalizace veřejnými financemi, a tudíž dál vyvolává nejistotu a volatilitu na finančních trzích, si dál vybírá na krizí nejvíce zasaženém bankovním trhu své další oběti. Tou poslední je v době psaní tohoto příspěvku belgická banka Dexia, která ovšem v létě 2011 bez problémů prošla stres testy bank v EU. Bankovní sektor a i ostatní segmenty finančních trhů jsou rozkolísávány volatilitou bonity instrumentů, které před krizí platily z hlediska bezpečnosti investice za bezrizikové. Máme na mysli především státní cenné papíry. Obavy o další vývoj bonity dluhopisů zemí „lehkomyslného jihu" podvazují stabilitu finančních trhů a dál vyvolávají nervozitu investorů.

Pokud se podíváme na důsledky finanční krize pro tradičně konzervativní světové pojišťovnictví, pak můžeme konstatovat oproti bankovnímu sektoru zcela zásadní rozdíl: dopady krize na odvětví nebyly zdaleka tak fatální. Výjimkami potvrzujícími pravidlo byly tzv. monoline pojišťovny a AIG, které si svůj problém způsobily zdánlivě lukrativním pojišťováním inovativních dluhových instrumentů v sekuritizované podobě (CDS). Tedy činností, která nebyla tradičním pojišťovacím „core" byznysem, a hlavně nebyla založena na tradičních konzervativních pojistně-technických principech a zásadách kalkulace pojistných tarifů na principu ekvivalence. Jinak skvělá pojišťovna

AIG, patřící před krizí mezi 10 nejvýznamnějších finančních institucí světa, byla v tomto směru nejvýznamnější kauzou. Před krachem ji nakonec musela zachránit fiskalizace ztrát americkou vládou. Nutno ovšem zdůraznit, že do potíží ji dostaly hlavně aktivity londýnské pobočky, pojišťující dluhové instrumenty na základě bankovní licence.

Významné ztráty hodnoty aktiv, zejména odepsáním hodnoty dluhopisů zkrachovalé banky Lehman Brothers či zkrachovalých islandských bank, hodnocených před krizí nejvyššími možnými ratingy, zaznamenaly pojišťovny Allianz a Aegon. Potíže měla britská skupina Lloyds: banka, ve které měla uloženy své rezervy, byla vážně ohrožena, nakonec však obdržela vládní finanční injekci. Nejvíce byly postiženy pojišťovny, jednak které se angažovaly v investičním bankovnictví a podcenily rizika investičních instrumentů, jednak které své investice nedostatečně diverzifikovaly (japonskou pojišťovnu Yamato Life nedostatečná diverzifikaci portfolia dokonce položila). Ztráty pojišťoven se promítly i do záporných hospodářských výsledků i řady významných zajišťoven, za všechny jmenujme švýcarskou Swiss Re (hospodářský výsledek za rok 2008 – 864 mil. CHF), nebo německou Hannover (-134 mil. EUR). Nicméně světové pojišťovnictví jako celek své postavení výrazně nezhoršilo a se ztrátami se vyrovnalo. Obdobná situace nastala i na českém pojistném trhu: i české pojišťovny utrpěly v době krize ztráty hodnoty aktiv v portfoliu, tyto ztráty nebyly enormní a pojišťovny je již „vyoprávkovaly".

Diskuse účinnosti zaváděných regulačních schémat, zejména Solvency II

Přestože v pojišťovnictví nebyly důsledky krize zdaleka tak závažné jako v sektoru bankovním nebo na kapitálových trzích, bude i v tomto sektoru pokračováno v zextenzivňování regulace, která v období před krizí žádné problémy neidentifikovala, a tedy se neukázala jako příliš preventivně účinná (podobně jako aktuálně červencové – 2011 – stres testy v případě banky Dexia). Politickou reprezentací v jednotlivých vyspělých zemích a i v EU je zextenzivňování regulace vydáváno za lék, který do budoucna zabrání krizovým jevům. Tento předpoklad se však nejeví jako reálný (v EU je jedním z více méně osamocených kritiků současné regulační strategie Česká národní banka).

Pokračování implementace projektu pro pojišťovnictví Solvency II bez potřebných úprav a modernizace dle našeho názoru dále vyostří nevyřešené problémy, signalizované odborníky teoretiky i samotnými pojišťovnami: jde zejména o vyšší požadavky na kapitál ve vztahu pojišťovaným rizikům. Naše výhrada spočívá především v tom, že model Solvency pracuje pouze s minulými pravděpodobnostmi již nastalých jevů a tedy neumí (a ani nemůže) anticipovat budoucí kvalitativní změny v charakteru pojišťovaných rizik, ani zcela nově se objevující nebezpečí. Tyto pojišťovnami obávané tzv. „unknown unknowns" totiž nemohou mít apriorní pravděpodobnost, nejsou ani obsaženy v minulých pravděpodobnostních kvantitách z arzenálu disciplíny počtu pravděpodobností, jsou budoucími stavy světa a žádnému pojistnému matematikovi se zatím nepodařilo minulé podmínky, za kterých

vznikl minulý škodní průběh a jej charakterizující pravděpodobnosti rozhýbat do budoucnosti. Pro kalkulaci těchto dosud neznámých jevů platí jeden ze základních metodologických paradoxů – jak učinit budoucnost (budoucí škodní průběh) předmětem vědeckého zkoumání, když jako předmět ještě neexistuje. Modely pro tarif pojistného v oblasti pojistně technického rizika změn včetně „unknown unknowns" vyžadují od kalkulujícího pojistného technika invenci a subjektivní empatii budoucích podmínek. Z toho plyne, že po matematice nelze požadovat řešení takových ekonomických úloh, které jako nedialektická metoda poznání nemůže zvládnout, a tedy ani implementace matematických modelů z arzenálu Solvency II problém budoucích změn podmínek škodního průběhu nebude moci exaktně anticipovat.

Další výhrada odborníků, se kterou se ztotožňujeme, se týká toho, že matematické modely pro kapitálové požadavky fungují lépe pro homogenní pojistné soubory. Chtějí-li tudíž pojišťovny efektivněji využít tyto přístupy pro stanovení druhým pilířem projektu Solvency zpřísněných kapitálových požadavků, pak musí co nejvíce homogenizovat soubory svých pojistných smluv. Vyšší homogenity pak lze dosáhnou apriorním „ořezáváním" škodního průběhu striktními výlukami v pojistných podmínkách, stanovováním maximálních limitů pojistného plnění atd., což se může ve svém výsledku jevit jako závažné snižování účinnosti pojištění. Za těchto okolností se nám jeví jako do jisté míry problematická iniciativa zajistných brokerů (např. AON Benfield) o vcelku podrobné a co nejexaktnější modelování přírodních rizik, uplatněním limitů pojistného plnění a výluk z pojištění z důvodu vyhovění kapitálovým požadavkům pravděpodobně nejzávažnější část (nadlimitních) škod nebude hrazena pojišťovnami, a tedy ani zajišťovnami.

Problém zpřísnění kapitálových požadavků v synergii s nutným zvýšením nákladů na relativně podrobný transparentní reporting podle třetího pilíře projektu může znamenat ohrožení rentability byznysu u menších pojišťoven. V této souvislosti si nemůžeme odpustit poznámku: Již před léty jsme ve výstupech katedry bankovnictví a pojišťovnictví VŠE upozorňovali na vnitřní nekonzistenci regulatorních projektů pro jednotlivé segmenty finančních trhů v rámci tzv. „risk based approach". Autonomnost tvůrců jednotlivých regulačních oblastí ovšem i nadále pokračuje: příprava implementace druhé fáze IFRS 4, která má významně ovlivnit účtování zejména v životním pojištění (např. důsledné vykazování IŽP zvlášť), sjednotit ocenění pojistných závazků, zrušení časového rozlišování nepřímých pořizovacích nákladů atd., je s požadavky na reporting podle třetího pilíře projektu Solvency II zcela nesouladná, ne-li v některých případech kontraverzní.

Ve stejném směru zvyšování vlastních nákladů pojišťovací činnosti budou zřejmě působit i opatření Evropské komise k vyšší ochraně spotřebitele finančních služeb. Garanční schémata pro pojišťovací služby sice dále zvýší stabilitu pojistných trhů a klientskou bezpečnost, je však otázkou, zda už to není nad rozumnou mez. Se záměrem snížit pravděpodobnost defaultu finančních institucí a zvýšit ochranu spotřebitele finančních služeb jsou tudíž na pojišťovny v rámci aplikace matematických modelů zvyšovány kapitálové a další garanční požadavky,

které znamenají pro pojišťovny zvýšení nákladů, které se nezdají být v adekvaci s předpokládanými přínosy. Dlouholetým praktikům v pojišťovnách se asi jako ne zcela rozumná jeví i diskuse o možnosti vrátit ve zkušební době neživotní pojistku, a zda každoroční automatické prodlužování pojištění není nekalá soutěž atd. Připočteme-li k tomu skutečnost, že v rámci zextenzivňování regulace vznikly v rámci budování nové architektury dohledu nad finančními trhy nové centrální panevropské orgány, které dostaly do vínku velké pravomoci, ale nikoliv odpovědnost (ČNB byla jediná ze všech dohledových orgánů zemí EU proti nové architektuře), a tudíž i pojišťovnictví bude muset tyto změny akceptovat. Všechna tato opatření se mohou ve svém výsledku jevit jako faktory působící proti efektivitě odvětví, což je o to problémovější, že z odborných studií vyplývá, že v pojišťovnictví v posledních dekádách stagnovala, ne-li klesala produktivita.

Možné důsledky zextenzivňování regulace pro efektivnost pojišťovnictví

Pojišťovnictví na straně jedné krizí fatální ztráty neutrpělo a v krizi vcelku obstálo. Nicméně nejbližší budoucnost může být pro toto odvětví v některých ohledech složitá. Nepojištěných potenciálních klientů ubývá, a tak získávání vyššího podílu na trhu budou muset pojišťovny řešit ostrým konkurenčním bojem. Na českém pojistném trhu situaci dobře ilustruje zostření konkurenčního boje v segmentu pojištění odpovědnosti za škody z provozu motorových vozidel, ve kterém byl tarif pojistného historicky dlouhodobě deformován a v současnosti se jeví znovu na hranici postačitelnosti, v některých případech, zejména v pojištění tzv. flotil (vozového parku právnických osob) již pod touto hranicí, což je v přímém rozporu s intencemi regulatorního projektu Solvency II. V tomto ohledu je pak jistým paradoxem, že se české pojišťovny vesměs tváří, že s aplikací požadavku projektu Solvency II nemají vážnější problémy. Určitou hrozbou je i výše zmíněná potenciální možnost střetu pravomocí národní a nadnárodní regulace, čehož jednoznačným dokladem je konečného řešení problematiky diskriminace podle pohlaví v pojistných produktech v rámci EU.

Exemplárním příkladem snahy o byrokratickou přeregulaci ze strany EU, z hlediska pojistné teorie ve svém výsledku budící dojem pojistně-technické nekompetence a zásadního neporozumění základním paradigmatům pojistné vědy a poskytujícího dobrý argument pro euroskeptiky, je rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie (březen 2011), podle něhož je přihlédnutí k pohlaví jako rizikovému faktoru při poskytování pojišťovacích služeb (zejména v rámci životních produktů) diskriminační.

Při úvahách na toto téma je nutno mít vždy na zřeteli, že na rozdíl od sociálního pojištění, vesměs historicky spravovaného státem, jehož příjmy a výdaje jsou integrovány do systému veřejných financí, produkty životního pojištění komerčních pojišťoven musí respektovat ekonomický princip ekvivalence mezi příjmy a výdaji. Zásadním cenovým parametrem je tedy rizikovost do pojištění přijímaných subjektů. S ohledem na to, že pojišťovnictví musí

čelit náhodnému generátoru, který volí škodní průběh, kalkulační modely tudíž používají velmi subtilní exaktní metody, které se snaží anticipovat kvantitativní důsledky realizace nahodilosti (to je i jeden ze základních postulátů projektu Solvency II).

Pro zvýšení úspěšnosti odhadů správného pojistného je soubor pojištěných rozdělován na menší, stejnorodější skupiny. Pojistní matematici tedy nejprve provádějí selekci proměnných ovlivňujících frekvenci a výši pojistných událostí, v druhém kroku pak provádějí určování tarifních tříd a podskupin. Kalkulace tarifu pojistného životního pojištění je založena na úmrtnostních tabulkách, které obsahují kvantitativní popis řádu vymírání populace. Pravděpodobnosti dožití nebo úmrtí pro jednotlivé věkové kategorie jsou podloženy dlouhodobými časovými řadami, jsou velmi stabilní a v čase se mění minimálně a nejvýš pozvolna (např. v souvislosti s trendem prodlužování lidského života).

Rozdílný pojistně-technický přístup k tarifní skupině muži a tarifní skupině ženy je dán objektivní realitou, vycházející z jednoznačně statisticky doložitelné historicky rozdílné průměrné doby dožití obou pohlaví, čemuž pochopitelně i musí při respektování principu ekvivalence odpovídat i z kalkulačních modelů stanovené rozdílné tarifování pojistného pro muže a ženy. Pojišťovny jako jednu z kalkulačních metod používají tzv. shlukovou analýzu, používající instrumentář vícerozměrné statistické analýzy, jejímž základním principem je právě stanovení proměnných, které slouží k rozlišování mezi riziky a vytváření tzv. homogenních tarifních skupin. Pojistně-technické ignorování jednoho z nejvýraznějších třídících znaků je v těchto souvislostech kalkulační nonsens.

Rozhodování soudního dvora se přitom neneslo v duchu myšlenky, že rozlišování pohlaví pří kalkulaci v pojišťovnictví je nespravedlivé, ale že existence podobné legislativy ohrožuje jeden ze základních morálních principů fungování unie. Jde ale opravdu o dilema morálních hodnot a racionálních ekonomických zájmů? Z hlediska pojištění se totiž ani pro muže ani pro ženy situace nezlepší, ale naopak se zhorší pro všechny. Kontraverzní soudní rozhodnutí vyvolalo adekvátní reakce: např. The Economist komentoval rozhodnutí jako z ekonomického hlediska postavené na hlavu, neboť znemožní pojišťovnám odměňovat ženy za jejich bezpečnější návyky při řízení motorových vozidel a naprosto ignoruje demografickou skutečnost, že ženy prostě žijí déle, a tudíž jsou méně rizikové při pojištění pro případ smrti, ale je nákladnější jim vyplácet penze. Rozhodnutí soudního dvora znamená snížení přesnosti kalkulace pojistného, matematické kalkulační modely, které pracují s náhodnou veličinou, jsou už ze své stochastické povahy nepřesné, a zbavovat se možnosti zavést do modelů v čase se prakticky neměnící statisticky prověřené rizikové faktory se jeví jako chování proti zdravému rozumu. Pojišťovny budou muset do konce příštího roku převést soudní verdikt do své tarifní praxe, což bude další faktor zdražování pojišťovacích služeb.

Březnové rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie bude mít ten důsledek, že celý trh přijde o jeden z faktorů pružnosti a konkurenceschopnosti. Pojišťovny se totiž budou muset v tarifu pojistného bránit proti jevu známému

jako antiselekce rizik, tedy proti zvyšující se proporci uzavírání pojistek pohlavím s dosud vyšším pojistným. V důsledku tohoto rozhodnutí může i dojít k sjednávání životního pojištění domácími subjekty v zemích, kde nejsou omezovány pojistně-technické principy, a tudíž je i levnější pojistné, což by mohlo znamenat odliv pojištěných z evropského jednotného pojistného trhu. Ve všech těchto kontextech se pak zdá až neuvěřitelné, že v rámci chystané „legislativní smršti" z EU je připravována další „antidiskriminační" směrnice zakazující zohledňování věku a zdravotního stavu. Takový přístup, který se příčí zdravému rozumu, by znamenal zánik některých tradičních a historicky osvědčených komerčními pojišťovnami nabízených produktů.

Závěr

Magický trojúhelník, jehož všech vrcholů nelze najednou dosáhnout, tvoří efektivita finančních institucí, vysoká klientská bezpečnost a morální hazard a negativní výběr. Ve společnosti s jistou úrovní etiky lze lépe dosáhnout vysoké efektivnosti pojišťoven, naopak při nutnosti v neetické prostředí zvyšovat tlak na klientskou bezpečnost a snižovat výskyt morálního hazardu a negativního výběru státní regulací může znamenat možnost působení regulačních opatření proti samotnému pojišťovacímu byznysu (a bohužel někdy i proti zdravému rozumu) s vysokými náklady této regulace, a tudíž i s negativním dopadem na ekonomiku. Prokazuje se, že dosažení vrcholů magického trojúhelníku v posílení klientské bezpečnosti a zamezení morálního hazardu a adversního výběru, půjde vždy na úkor třetího vrcholu, kterým je efektivnost finančních institucí, v konkrétním případě pojišťoven. Navíc jsme názoru, že zextenzivnění regulace neznamená její vyšší kvalitu a pro budoucnost nemůže zabránit opakování defaultu finančních institucí.

Resumé

Changes in the position of the insurance industry as a consequence of the economic crisis and subsequent regulatory concepts

The introduction of this article is devoted to the common causes of the economic and financial crisis. In the authors' opinion, state administrations including the EU seek primarily subjects at fault, but not the actual reasons for the crisis. The result is more regulation. In part 2 of the article, the impact of the crisis on the insurance industry is evaluated, including examples of insurance companies under financial pressure or suffering losses. In part 3 of the article, the authors focus their attention on the efficiency of implemented regulatory concepts, especially Solvency II. They demonstrate the pros and cons of the proposed regulation and define its limitations. Part 4 presents possible impacts of the quantity of regulatory interventions on the efficiency of the insurance industry.

Reforma zdravotnictví – systémové změny

Mgr. et Bc. Jan Alexa, Ministerstvo zdravotnictví

V červnu roku 2011 prošel prvním čtením první zákon tzv. zdravotnické reformy. Jednalo se o novelu zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V rychlém sledu za sebou byly v průběhu léta do PSP ČR předloženy zákony o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, o zdravotnické záchranné službě a specifických zdravotních službách. Dále bude předložen nový Zákon o zdravotních pojišťovnách a počítá se i se Zákonem o dlouhodobé péči, který je v současné době ve stádiu věcného záměru. České zdravotnictví tak dostane kompletně nový legislativní rámec, který nahradí již často nevyhovující zákony pocházející z dob dávno minulých. Nové zákony přinesou řadu konkrétních změn, před vyjmenováním parciálních změn však považuji za nutné se zmínit o celkové filozofii reformy, jejích cílech a synergii jednotlivých kroků.

Co se týká srovnání se zahraničím, asi nejvíce se reforma inspirovala v Nizozemsku a v Německu. Nizozemsko v posledním desetiletí podniklo poměrně úspěšnou reformu zejména v oblasti nákupu léků a corporate governance zdravotních pojišťoven. Německo je pak zajímavou inspirací v oblasti úhradových systémů.

Cílem reformy je především jasný institucionální design českého zdravotnictví. Do budoucna musí být pravidla jasně nastavena tak, aby se všichni „hráči" orientovali v tom, jaká jsou jejich práva a povinnosti. S tím také souvisí nastavení podmínek tak, aby opravdu existoval rovnocenný trojúhelník pojišťovny, poskytovatelé a pacienti/pojištěnci. Ministerstvo zdravotnictví a ostatní ústřední orgány státní správy pak mají fungovat pouze jako rozhodčí, kteří dbají na dodržování pravidel a zasahují v případě, že v rámci trojúhelníku jedna skupina ohrožuje práva skupiny jiné.

Vzájemné vztahy v trojúhelníku se v současné době vyznačovaly nepřehledností a zejména pacienti měli jen omezené možnosti domoci se svých práv, pokud vůbec věděli, jaká práva mají. Vztahy mezi poskytovateli a pojišťovnami zase komplikoval poměrně nejasný systém úhrad, který svojí složitostí přímo vybízel k různým pokusům o obcházení pravidel, a zejména plně nereflektoval objem a kvalitu odvedené práce.

Změny, které naše zdravotnictví čekají, lze tedy v zásadě rozdělit do tří pilířů podle toho, koho se ta která změna nejvíce dotkne.

Poskytovatelé

Nový systém úhrad pro poskytovatele založený na DRG (Diagnostic Related Groups) by měl začít platit od 1. 1. 2012. V průběhu posledních let probíhala často v odborných kruzích debata na téma optimalizace zdravotní sítě v ČR, avšak existovaly vždy silné argumenty, proč by optimalizace založená na „administrativním

rozhodnutím od stolu" neměla být provedena. Ministerstvo chápe systém založený na DRG jako přirozenou formu samoregulace systému. Princip úhrad založený na DRG spočívá v tom, že poskytovatelé budou placeni „za diagnózu", tedy za správné (lege artis) léčení určité diagnózy u určitého pacienta. Ve výpočtu jsou pak zohledněny komorbidity apod., aby se předešlo možným negativním jevům jako je tzv. cream-skimming, upcoading atd. V souvislosti se zavedením tohoto systému lze očekávat několik jevů.

Prvním jevem by měl být zvýšený tlak na efektivitu uvnitř zdravotnických zařízení, protože případné plýtvání, či naopak nesprávné ošetření a z něj vyplývající dodatečné náklady na léčení negativních následků nesprávné léčby, by poskytovatele stály finanční prostředky, které mu v rámci úhrad nebudou kompenzovány. Rovněž by mělo vymizet umělé udržování pacientů na lůžcích po delší než nezbytnou dobu, neboť poskytovatelům zmizí incentiv k tomuto chování. Na systémové úrovni pak dojde k postupné racionalizaci sítě, protože zdravotnická zařízení, která nebudou vykazovat dostatečně pacientů, prostě přijdou o peníze. Na tomto místě je ovšem nutné zmínit, že zdravotnictví jako systém si nemůže dovolit nějaké překotné výkyvy, platební neschopnosti velkých nemocnic apod. Klíčové tedy na této změně je, aby probíhala graduálně. Proto je v reformě zakomponováno opatření, že úhrada za diagnózy, které spadají do klasifikace DRG, bude první rok tvořena DRG pouze z 25%. V dalších letech pak bude procentuální podíl postupně narůstat. Potencionálně tak sice může dojít k určitým nespravedlnostem v úhradách, ale nebezpečí deteriorace sítě poskytovatelů je třeba předejít za každou cenu.

S racionalizací péče souvisí i předpokládané zrušení několika tisíců lůžek a jejich převod z lůžek akutní péče na lůžka následné péče. Z pohledu moderního zdravotnictví má náš lůžkový fond nevyhovující strukturu. Stárnutí obyvatelstva, ale i trendy v medicíně jako je například rozmach tzv. jednodenní chirurgie, si vyžadují odpovídající strukturu lůžek. Nelze rovněž opomenout fakt, že lůžko následné péče vyjde pojišťovny v průměru levněji.

Díky zákonu o zdravotnických službách se poskytovatelé rovněž dočkají nového systému registrace. Vzniknou také jasné a transparentní podmínky, které musí subjekt splnit, aby se mohl stát poskytovatelem zdravotnických služeb. Odstranění terminologických nejasností přispěje nejen k větší právní jistotě poskytovatelů, ale rovněž se zamezí různým „nestandardnostem" v procesu získání statutu poskytovatele.

Ukázalo se také, že je třeba vyřešit novou legislativou problematiku záchranné služby, sjednotit podmínky pro poskytování, upravit problematiku dojezdových časů tak, aby bylo jasné, co musí být splněno, ale zároveň aby se zákonná povinnost nerozcházela s realitou díky specifickým geografickým podmínkám v různých okrajových částech republiky.

Nakonec zmiňme i určité změny nelegislativního, exekutivního charakteru, které se dotkly přímo řízených nemocnic Ministerstva zdravotnictví. Z hlediska veřejnosti je zajímavé zejména představení nové protikorupční strategie.

Obecně již panuje k různým takovýmto iniciativám skepse, neboť často se jedná pouze o PR projekty bez valného významu. Ve fakultních nemocnicích však zavedení především internetových aukcí již nese první ovoce a objevují se indicie, že se bude jednat o úspory v řádech desítek až stovek milionů na jednu nemocnici ročně. Plné posouzení vlivu těchto změn ale bude samozřejmě možné až po roce, kdy bude možno srovnávat s předchozí účetní období s obdobím novým.

Pojištěnci/pacienti

Pro pacienty se díky nové reformě mění více, než by se na první pohled mohlo zdát. Každý si bohužel ihned vzpomene na navýšení regulačního poplatku za den hospitalizace na 100 Kč, ovšem změny jsou podstatně obsáhlejší. V oblasti poplatků dojde k určité racionalizaci, neboť poplatek za položku na receptu bude přetransformován na poplatek za recept.

K obrovským změnám ale dochází zejména v oblasti práv pacientů, zejména pak dětí. Zákon například nově zakládá právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce ve zdravotnickém zařízení u nezletilého. Zároveň ale byly více ošetřeny i případy, kdy je naopak přítomnost či poskytování informací zákonným zástupcům vysoce nežádoucí – například u týraných dětí. Pacient také nejenže má právo nahlédnout do zdravotnické dokumentace, ale v případě, že mu bude toto, nebo některé jiné právo upřeno, nebo dojde k hrubému porušení mlčenlivosti, bude možné udělit poskytovateli pokutu značné výše. Konečně tak i do této oblasti přichází určitá forma vymahatelnosti práva, neboť bez sankcí byla mnohá nařízení v minulosti bezzubá a v praxi spíše doporučením než pravidlem.

Z hlediska pojišťovnictví je však potenciálně jednou z nejzajímavějších změn zavedení tzv. nadstandardu, neboť alespoň teoreticky otevírá možnost k určitým druhům připojištění. Zavedením nadstandardu ministerstvo sleduje dva základní cíle – přinést nové prostředky do systému od lidí, kteří si mohou nadstandard dovolit a zvýšení plateb za zdraví tak nebude ohrožovat jejich socioekonomický statut, a zavedení zcela transparentního systému v oblasti poskytování péče, kdy díky zřetelně odlišenému nároku a nadstandardu odpadnou „šedé zóny" nahrávající různým všimným či klientelismu.

Klíčové pro úspěch zavedení nadstandardu je zejména rozumné nastavení procesu jejich určování. Přitom je třeba citlivě balancovat zájmy pacientů, poskytovatelů i pojišťoven tak, aby nikomu nebyla odepřena potřebná péče, ale zároveň aby se systém veřejného zdravotního pojištění nedostal do finančně neúnosné situace. Zásadní roli v tomto procesu budou hrát odborné společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Právě od nich vzejdou prvotní návrhy toho, co by mělo být nadstandardem, které pak budou dále posuzovány Ministerstvem zdravotnictví.

Je otázka, do jaké míry bude oblast nadstandardu vhodná k vytváření pojistných produktů. Existuje několik faktorů, které této alternativě spíše ubírají na atraktivitě. Předně je třeba upozornit, že standardy se postupně budou vyvíjet a to, co dnes bude zařazeno do nadstandardu, může být za pár let standardem. Zároveň se však objeví nové materiály či pomůcky, které se stanou nadstandardem. Z tohoto hlediska bude systém vykazovat poměrně malou predikovatelnost, neboť bude záležet na stanovisku odborných společností a dalších zainteresovaných stran (MZ, zdravotní pojišťovny atd.). Pro komerční pojišťovny by tak mohlo být určování sazeb pojistného poněkud obtížné v případě, že by chtěly pojišťovat na poskytnutí nadstandardu jako celku. Při omezení pojišťovacího produktu na přesně vymezené spektrum nadstandardů bude nejspíš problémem naopak vysoká predikovatelnost čerpání z hlediska potencionálních klientů, snad kromě nadstandardu u neočekávaných traumat a konsekventně lehkých sáder. Ve většině případů se ale nadstandard bude týkat předem relativně předvídatelných položek (čočky, klouby apod.). Je tedy otázkou, zda bude možné nastavit takové smluvní podmínky, aby pojišťovny na případných produktech neprodělávaly vinou negativní selekce a zároveň nastavily pojistné sazby tak, aby byly zajímavé i pro dosud zdravou část populace. Cesta takzvaných „pre-existing conditions", široce aplikovaná ve zdravotním pojištění v USA, je relativně administrativně náročná a vyžadovala by ze strany pojišťoven nejspíše značné investice do zřízení odpovídající infrastruktury k její obsluze. Potencionální trh v ČR v oblasti nadstandardu přitom nejspíše nebude dostatečně velký, aby se mohl projevit efekt „výnosů z rozsahu" v dostatečném měřítku.

Kromě nadstandardu se dá, podle koaliční dohody, očekávat mírný nárůst spoluúčasti jako celku. Z úhrad budou vyřazeny tzv. levné a doplňkové léky. Vláda je k navyšování spoluúčasti nucena přistupovat i proto, aby v nových hospodářských podmínkách hospodářské krize udržela solventnost zdravotních pojišťoven. V posledních letech došlo díky značnému zpomalení růstu výběru pojistného v kombinaci se zaváděním nových technologií, které sice značně zvyšují šance na úspěšnou léčbu závažných onemocnění, ale zároveň představují značnou finanční zátěž, k tomu, že salda zdravotních pojišťoven se dostala do minusu. V současné době tak vlastně většina z nich „spaluje" zásoby z let před krizí.

Na druhou stranu v lékové politice dnes existují určité nesystémovosti, kvůli kterým pacienti platí, i když by nemuseli. V plánu je proto redefinice referenčních skupin tak, aby v každé skupině existoval lék bez doplatku.

Zdravotní pojišťovny

Podstatné změny čekají i zdravotní pojišťovny. V současné době panuje poněkud nesystémový stav, kdy si VZP a zaměstnanecké pojišťovny v určitém smyslu nejsou rovny, jsou zřizovány různými zákony a VZP navíc plní řadu obslužných funkcí pro systém jako celek. Zdravotní pojišťovny mají rovněž řadu ne zcela odůvodnitelných odlišností od normálních obchodních společností – zejména co se týče odpovědnosti správních rad. Ministerstvo

zdravotnictví hodlá podmínky pro pojišťovny v tomto smyslu narovnat a v současné době se připravuje nový Zákon o zdravotních pojišťovnách. Obrysy zákona se teprve rodí, ale již teď jsou jasné přinejmenším dvě změny – právní odpovědnost a ručení majetkem u členů správních rad a zřízení jakési servisní organizace (Kancelář zdravotních pojišťoven). První změna má pomoci vylepšit corporate governance a přispět i ke kultivaci politických vlivů na pojišťovny. Pro řízení zdravotnictví je však klíčovější druhá změna. Nová servisní organizace by měla obstarávat klasifikace a zejména se přičinit o zajišťování spravedlivého přerozdělovacího algoritmu. Potřebným podkladem budou podrobné statistiky. Uvažuje se proto o minimálně funkčním propojení, pokud ne rovnou o sloučení ÚZIS, KSRZIS i dalších organizací, které shromažďují a analyzují data ve zdravotnictví. Poprvé tak vznikne v ČR institucionální zázemí, které by mělo umožnit (co do kvalit lidského kapitálu i co do kvality i objemu dat) provádění například Health Technology Assesment (HTA). Jinými slovy bude možné skutečně profesionálním způsobem oceňovat přínos vstupu jednotlivých technologií do systému, posuzovat efektivitu nákupů velmi drahých zařízení jednotlivými poskytovateli v rámci struktury jimi poskytované péče a potřebám „spádového" regionu apod. Česká republika je přitom jednou z mála zemí OECD, které zatím potřebným institucionálním zázemím k provádění HTA dle zprávy této organizace nedisponuje.

S touto změnou souvisí také rozšíření zdravotnických registrů. Je trochu s podivem, že v rámci mediálních přestřelek se stalo terčem i rozšíření a zkvalitnění registrů a hovoří se o zneužitelnosti dat. Například onkologický registr u nás funguje již přes 40 let a není mi znám případ, kdy by došlo k nějakému zneužití. Pouze kvalitní statistika navíc může zajistit odpovídající data k tomu, aby si i pojišťovny mohly spočítat pravděpodobnosti úmrtí u určitých komorbidit, vědečtí pracovníci mohli zpracovávat analýzy o různých enviromentálních determinantech zdraví či vlivu přijatých politik na zdravotní stav obyvatelstva apod. U registrů poskytovatelů a lékařů pak jde zejména o ucelený obraz o lidském kapitálu ve zdravotnictví a jeho struktuře. Při nedávné akci Děkujeme – Odcházíme se totiž ukázalo, že data jsou sbírána často v natolik nešťastné struktuře, že je obtížné vlastně určit, kolik lékařů jaké odbornosti kde v republice máme. Kvalitní data pak mohou pojišťovnám sloužit jako základ pro evidence-based řízení zdravotnictví.

Další změnou pro pojišťovny bude jednoznačné určení tzv. časové a místní dostupnosti. V současné době pojištěnci nejen že vlastně pořádně nevědí, na co mají nárok (což ovšem částečně vyplývá z faktu, že oblast zdravotnictví je natolik složitá a Seznam výkonů natolik rozsáhlý, že to běžný občan vědět nemůže), v jaké vzdálenosti od bydliště na to mají nárok a v jakém čase musí službu dostat. Přitom zvlášť časová dostupnost může hrát klíčovou roli, speciálně u onkologických onemocnění nebo u zdravotnické záchranné služby. Zdravotní pojišťovny budou na druhou stranu mít jasně určeno, co a kde musejí mít nasmlouváno tak, aby plnily svým klientům.

Závěr

Výše zmíněné pochopitelně není úplným výčtem reformy, existuje mnoho oblastí, které by zasloužily samostatný článek a zde nebyl čas je probrat – dlouhodobá péče, vzdělávání a personální vyhláška apod. Přesto však výše zmíněné snad ukazuje, jakým směrem se reforma ubírá. Transparentnost a synergie prováděných změn je přitom nutno podmínkou úspěchu, a to zejména v případě asi nejdůležitější změny, kterou bude změna úhradových mechanismů na DRG-based systém.

Příklady ze SRN ukazují, že se systém po zavedení DRG může začít chovat výrazně hospodárněji, avšak zároveň se jedná o změnu, která bude klást značné požadavky na kvalitu statistiky a informovanost aktérů systému. Dostatečně dobře připravené klasifikace, spočítané sazby, fungující pojišťovny ale i pojištěnci vědomi si svých práv a nároků jsou tedy nutným komplementem. V současné době připravovaná i schvalovaná legislativa by měla zaručit, že všechny potřebné změny proběhnou tak, aby výsledný celek posunul české zdravotnictví výkonností i cost-benefit efektivitou směrem k úspěšným příkladům ze zahraničí aniž by „po cestě" docházelo ke zbytečným výkyvům a zbytným nákladům.

Resumé

Healthcare reform – system changes

The article gives a basic overview of the content and goals of the healthcare reform. It describes expected synergic effects of particular measures and lists features that might impact various "stakeholders" in the system. Also discussed are possibilities arising for the insurance sector as a result of the introduction of "standard care" and "above-standard care".

Článek k výplatní fázi vládního návrhu zákona o důchodovém spoření (sněmovní tisk 412)

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

Vláda dne 30. června 2011 předložila Poslanecké sněmovně PČR návrh zákona o důchodovém spoření. Cílem tohoto článku je seznámit čtenáře s obsahem návrhu zákona a okomentovat úpravu tzv. výplatní fáze, která se týká soukromého pojištění. Ke dni zpracování tohoto článku byl návrh projednán v Poslanecké sněmovně (sněmovní tisk č. 412) a schválen s úpravami. S tímto návrhem souvisí i návrh vládního zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o důchodovém spoření a zákona o doplňkovém penzijním spoření (sněmovní tisk č. 414).

Přijetí této právní úpravy odůvodňoval v Poslanecké sněmovně PČR ministr financí Ing. Miroslav Kalousek. Jako cíl vládního návrhu zákona o důchodovém spoření označil zavedení tzv. *druhého, fondového, důchodového pilíře*. Na bázi dobrovolnosti má umožnit občanům diverzifikovat podle vlastního rozhodnutí rizika budoucího penzijního zabezpečení mezi státní pilíř a druhý důchodový pilíř, tedy mezi riziko solventnosti státu a mezi rizika kapitálových trhů. Každý občan České republiky starší 18 let se bude moci kdykoliv do svých 35 let rozhodnout, že nebude odvádět celkově 28% z hodnoty své práce do státního, tzv. průběžného pilíře, *ale že bude odvádět pouze 25% a 3% si bude ukládat na své soukromé spoření*. Podmínkou je, že si k těmto 3 procentům *přidá ještě další 2%*. V konečném důsledku by tak v penzijním systému, první i druhý pilíř je vnímán jako součást penzijního systému, mělo dojít k navýšení prostředků.

Důchodové spoření budou ve *spořící fázi* provozovat penzijní společnosti, jejichž činnost se bude řídit podmínkami podnikání na kapitálovém trhu s důrazem na specifika, jež jsou vlastní produktům spoření na stáří, a to dlouhodobost a zvýšená obezřetnost. Proti současnému fungování penzijního připojištění je důsledně oddělen majetek akcionářů společnosti od vkladů klientů. Vklady klientů nesmí být zahrnuty do konkurzní podstaty. V případě finančních potíží penzijní společnosti by vklady jednotlivých klientů přebrala jiná, zdravá penzijní společnost.

Každá penzijní společnost bude muset mít povinně licencovány *čtyři fondy pro různé investiční strategie*.
Pro strategii konzervativní, vyváženou a dynamickou. Čtvrtým fondem bude fond státních dluhopisů, kde se investor může rozhodnout, že chce spořit na stáří pouze prostřednictvím nákupu českých státních dluhopisů, dluhopisů zemí Evropské unie, OECD a některých dalších mezinárodních organizací, jejichž rating patří mezi 5 nejlepších ratingových kategorií od renomované ratingové agentury. Úplata za správu majetku v těchto fondech bude odstupňována podle stupně náročnosti investičních strategií. Fondu státních dluhopisů bude náležet 0,3%, fondu konzervativnímu 0,4%, fondu vyváženému 0,5% a dynamickému 0,6% z objemu spravovaných prostředků. Účastník systému bude moci přecházet z jedné investiční strategie do druhé podle toho, zda bude ochoten nést větší míru investičního rizika s vidinou větší míry zisku, či naopak, upřednostní větší jistotou, tedy menší míru rizika s nižším výnosem. Umožněna bude i změna penzijní společnosti.

Výplatu důchodů, tedy *výplatní fázi*, budou zabezpečovat soukromé pojišťovny. Účastník důchodového spoření se po dosažení nároku na důchod z prvního pilíře může rozhodnout pro doživotní starobní důchod, doživotní starobní důchod se sjednanou výplatou pozůstalostního důchodu po dobu 3 let nebo starobní důchod na dobu 20 let. V případě předčasné smrti účastníka bude z části jeho naspořených prostředků, která připadne na nezletilého, pojišťovna vyplácet sirotčí důchod po dobu 5 let. Podrobnější popis této fáze uvádíme níže.

Součástí vládní důchodové reformy je i *návrh zákona o doplňkovém penzijním spoření* (sněmovní tisk č. 413), který představuje zásadní reformu takzvaného třetího pilíře, to znamená stávajícího penzijního připojištění se státním příspěvkem. I zde by mělo dojít k důslednému oddělení majetku akcionářů penzijních fondů a majetku účastníků a zajištění, že vklady účastníků nebudou předmětem konkurzní podstaty. Pozměňuje se i motivace k ukládání prostředků do tohoto spoření tím, že posunuje hranice pro státní příspěvek tak, aby účastníci byli více motivováni k vyšším úložkám a k vyšším úsporám na stáří.

Zpravodaj tisku č. 412, pan poslanec Vladislav Vilímec, zdůraznil, že cílem této důchodové vládní reformy je *vytvořit a umožnit vícesložkový systém důchodového zabezpečení*. Je zcela evidentní, že v důsledku demografického vývoje roste podíl seniorů. Klesá podíl plátců a stoupá podíl důchodců. Na jednoho důchodce v současnosti připadají zhruba dva ekonomicky aktivní lidé, plátci sociálního pojištění. Pokud by nedošlo ke změně systému, v roce 2050 by podle některých analýz byl poměr 1 : 1. Postupné prodlužování věku odchodu do důchodu jen zčásti upravuje počet přispěvatelů a příjemců dávek. Pouze tato parametrická změna nemůže v budoucnu zajistit financování důchodů, které by odpovídalo současné životní úrovni důchodců. Další zvyšování odvodů na důchodové zabezpečení by mělo negativní dopad na cenu práce, zaměstnanost a ekonomický růst.

Z důvodové zprávy k návrhu zákona vyplývá, že v důsledku nárůstu počtu důchodců (o 80 tisíc za poslední 3 roky), poklesu zaměstnanosti a zaostávání růstu nominálních mezd za valorizací důchodů se průběžný důchodový systém dostal z rovnováhy mezi příjmy a výdaji v roce 2008 do deficitu 35 mld. Kč v roce 2010. Bez podstatných změn v důchodovém systému by sice v nejbližších 20 letech deficity důchodového účtu nepřekročily hranici 1 % HDP, později by však bez reformních opatření dosáhly úrovně okolo 4 % HDP. Návrh zákona o důchodovém spoření předpokládá, že vytvoření adekvátního systému penzijního spoření by mělo přinést pozitivní dopady na účastníky tohoto systému a přispět k posílení stability a dlouhodobému fungování tohoto sektoru finančního trhu. Vytvoření moderního, dostatečně robustního a přitom flexibilního II. pilíře důchodového sytému je klíčovým prvkem pro jakékoliv další kroky v oblasti důchodového zabezpečení.

Návrh zákona definuje *důchodové spoření* jako shromažďování a umisťování prostředků účastníka důchodového spoření do důchodových fondů obhospodařovaných penzijní společností a převod prostředků účastníka.

Účastníkem může být fyzická osoba, která dosáhla věku 18 let, pokud uzavře s penzijní společností smlouvu o důchodovém spoření nejpozději do konce kalendářního roku, ve kterém dosáhne věku 35 let, nebo do 6 měsíců od 1. ledna 2013, anebo ode dne, od kterého byla poprvé od 1. ledna 2013 poplatníkem pojistného na důchodové pojištění. Účastníkem se nemůže stát fyzická osoba, které již byl přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění.

Účast na důchodovém spoření vzniká registrací první smlouvy o důchodovém spoření mezi fyzickou osobou a penzijní společností v *Centrálním registru smluv*, a to k prvnímu dni druhého kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém byla smlouva doručena Centrálnímu registru smluv. Centrální registr smluv je informačním systémem veřejné správy, jehož správcem a provozovatelem je Generální finanční ředitelství.

Smlouvou o důchodovém spoření se penzijní společnost zavazuje shromažďovat a obhospodařovat prostředky účastníka v důchodovém fondu nebo více fondech podle zákona o důchodovém spoření a sjednané strategie spoření a převádět prostředky účastníka za podmínek a způsobem stanoveným tímto zákonem. Penzijní společnost je povinna uzavřít smlouvu o důchodovém spoření s fyzickou osobou, která splňuje zákonem stanovené podmínky.

Od smlouvy o důchodovém spoření, která byla zaregistrována v Centrálním registru smluv, nemůže penzijní společnost ani účastník odstoupit, vypovědět ji ani uzavřít dohodu o jejím skončení, s výjimkou výpovědi účastníka nebo dohody o skončení smlouvy za účelem převodu prostředků účastníka k jiné penzijní společnosti. Smlouvu o důchodovém spoření lze uzavřít pouze s jednou penzijní společností, s výjimkou převodu prostředků účastníka k jiné penzijní společnosti. Zaměstnavatel nesmí ovlivňovat zaměstnance při výběru penzijní společnosti, ani nesmí přijmout úplatu, odměnu nebo nepeněžitou výhodu v souvislosti s uzavřením smlouvy o důchodovém spoření zaměstnancem. Účast na důchodovém spoření zaniká dnem úmrtí účastníka nebo ke dni právní moci rozhodnutí soudu o prohlášení účastníka za mrtvého, nebo dnem *registrace jiné pojistné smlouvy o pojištění důchodu uzavřené mezi účastníkem a pojišťovnou v Centrálním registru smluv*.

Dnem, od kterého je účastníkovi přiznán starobní důchod ze základního důchodového pojištění (státní systém, tj. I. pilíř), mu vzniká *nárok na převedení jeho prostředků z důchodového pojištění jako úhrady jednorázového pojistného na pojištění důchodu* na základě pojistné smlouvy o pojištění důchodu. Prostředky účastníka lze převést pouze na jednu pojistnou smlouvu. Tento nárok se nepromlčuje. Penzijní společnost je povinna uhradit toto jednorázové pojistné na základě písemného oznámení správce Centrálního registru smluv o registraci pojistné smlouvy o pojištění důchodu. Pojistné se převede na účet pojišťovny uvedený v pojistné smlouvě, a to nejpozději do konce kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po kalendářním měsíci, v němž bylo oznámení o registraci doručeno penzijní společnosti.

Pojistnou smlouvu o pojištění důchodu může uzavřít pouze pojišťovna, která je podle zákona o pojišťovnictví oprávněna provozovat na území České republiky životní pojištění podle pojistného odvětví zahrnujícího *pojištění týkající se délky lidského života, které je upraveno právními předpisy z oblasti sociálního pojištění, pokud zákon umožňuje jeho provádění pojišťovnou na její vlastní účet.* Toto pojistné odvětví je uvedeno v bodu IX. části A přílohy č. 1 k zákonu o pojišťovnictví. Jedná se o implementaci směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/83/ES o životním pojištění, která v čl. 2 odst. 3 definuje dané pojistné odvětví životního pojištění jako operace závisející na délce lidského života, které jsou předepsány nebo stanoveny v právních předpisech o sociálním pojištění, jsou-li vykonávány nebo spravovány pojišťovnami na jejich vlastní riziko v souladu s právními předpisy členského státu. Stejným způsobem je toto pojistné odvětví definováno v čl. 2 odst. 3 písm. c) směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solventnost II). Danými předpisy z oblasti sociálního pojištění bude především zákon o důchodovém spoření a s ním související zákony z této oblasti, které jsou upravovány změnovým zákonem (sněmovní tisk č. 414). Jsou to zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Pojišťovna *nesmí odmítnout uzavřít smlouvu o pojištění důchodu* s účastníkem důchodového spoření, kterému vznikl nárok na úhradu jednorázového pojistného na pojištění důchodu. Tato smlouva musí být uzavřena písemně a řídí se výhradně českým právem. Toto omezení odpovídá nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008 o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy (Řím I), kdy podle čl. 7 odst. 4 písm. b) na pojistné smlouvy, pro které členský stát ukládá povinnost uzavřít pojištění, může členský stát odchylně od odstavců 2 a 3 stanovit, že pojistná smlouva se bude řídit právem členského státu, který ukládá povinnost uzavřít pojištění. Na tomto místě je třeba zmínit, že zákon používá pojem účastník i u pojistné smlouvy, i když převodem prostředků zanikla smlouva o důchodovém spoření. Jde o čistě praktické rozhodnutí, aby se ve výplatní fázi, zejména u sirotčích důchodů, odlišily osoby, které jsou povinny smlouvu uzavřít (pojistníci), a osoby oprávněné pobírat důchod.

Je samozřejmé, že pojišťovna, která uzavřela pojistnou smlouvu o pojištění důchodu, bude potřebovat údaje vedené v Centrálním registru smluv. Proto zákon ukládá správci tohoto registru pojišťovně poskytovat způsobem umožňujícím dálkový přístup údaje týkající se účastníka, penzijní společnosti, která uzavřela smlouvu o důchodovém spoření, ze které má být provedena úhrada jednorázového pojistného, a data zániku účasti na důchodovém spoření, přiznání starobního důchodu ze základního důchodového pojištění, úmrtí pojištěného z pojistné smlouvy o pojištění důchodu a registrace pojistné smlouvy o pojištění důchodu.

Od pojistné smlouvy o pojištění důchodu, která byla zaregistrována v Centrálním registru smluv, nemůže pojišťovna ani pojistník odstoupit, vypovědět ji ani uzavřít dohodu o jejím skončení. Nedílnou součástí této

smlouvy jsou pojistné podmínky, které obsahují, mimo náležitostí stanovených zákonem upravujícím pojistnou smlouvu (novým občanským zákoníkem po nabytí jeho účinnosti), také pravidla pro výpočet důchodu a úmrtnostní tabulky použité pojišťovnou pro výpočet důchodu a vysvětlení parametrů vstupujících do tohoto výpočtu. Pojišťovna podá České národní bance na základě její žádosti vysvětlení používaných úmrtnostních tabulek.

Značně kontroverzní je ustanovení, které pojištění důchodu vylučuje ze zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví podle zákona upravujícího zprostředkování pojištění a zprostředkování tohoto pojištění zakazuje. Je sice pochopitelné, že snahou bylo zamezit snižování prostředků naspořených účastníky důchodového spoření o částky vyplácené na provizích, avšak takovéto řešení velmi připomíná vnesení ustanovení § 2 odst. 3 do zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, Českou národní radou. Připomínáme, že podle tohoto ustanovení životní pojištění osob majících trvalé bydliště v České republice, pojištění majetku na území České republiky a odpovědnosti za škodu vyplývající z činnosti fyzických a právnických osob na území České republiky, bylo možné pouze u pojišťovny podnikající na území České republiky v souladu s tehdejším zákonem o pojišťovnictví. I toto ustanovení se vyznačovalo neodborností, neboť nepokrývalo řadu možných pojištění jako např. pojištění úrazu, pojištění ušlého zisku atp., a bylo předmětem kritiky jak domácích, tak i zahraničních odborníků. Obdobně lze hodnotit i tento zákaz zprostředkování pojištění. Stejného výsledku lze totiž dosáhnout i jinými prostředky, aniž by bylo nutné takto hrubě zasahovat do práva podnikání. Je věcí podnikatelských subjektů, jakým způsobem si zabezpečí prodej svých produktů a za jakou cenu. Chtělo-li se zamezit snižování prostředků účastníků důchodového spoření, mohlo se pouze zakázat vyplácet zprostředkovatelské provize z těchto prostředků. Bylo pak pouze na rozhodnutí pojišťovny, zda se např. podělí o svůj zisk se zprostředkovatelem. Stejně tak nemá logiku zakázat těmto účastníkům využít odborného zázemí zprostředkovatelů pojištění při volbě pojišťovny. I ti se mohou se zprostředkovatelem dohodnout na odměně za jeho činnost.

Neprodleně po uzavření pojistné smlouvy je pojišťovna povinna předat jedno vyhotovení pojistné smlouvy o pojištění důchodu uzavřené s účastníkem správci Centrálního registru smluv. Ten ověří, zda účastník důchodového spoření, který pojistnou smlouvu o pojištění důchodu uzavřel, nemá již registrovanou jinou pojistnou smlouvu o pojištění důchodu, a zda byl účastníkovi důchodového spoření přiznán starobní důchod ze základního důchodového pojištění. Jsou-li splněny zákonem stanovené podmínky, zaregistruje smlouvu k prvnímu dni druhého kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém mu byla pojistná smlouva doručena. V opačném případě v této lhůtě rozhodne pojistnou smlouvu nezaregistrovat. Toto své rozhodnutí bez zbytečného odkladu zašle pojišťovně a pojištěnému. V takovém případě smlouva zaniká od počátku dnem vydání tohoto rozhodnutí.

Pokud účastník zemře nebo je prohlášen za mrtvého za trvání smlouvy o důchodovém spoření, tj. ve spořící fázi, stávají se prostředky naspořené v důchodovém pojištění předmětem dědictví. Je-li však dědicem fyzická osoba,

která k datu úmrtí účastníka *nedosáhla 18 let věku*, použijí se prostředky účastníka odpovídající dědickému podílu nezletilého na úhradu jednorázového pojistného na pojištění sirotčího důchodu. Zákonný zástupce, nebo soudem ustanovený opatrovník nezletilého je povinen takovou pojistnou smlouvu ve prospěch nezletilého jako pojištěného uzavřít do 1 měsíce ode dne nabytí právní moci rozhodnutí soudu o dědictví, jehož předmětem bylo určení dědického podílu na prostředcích účastníka. Uzavření této smlouvy je pak povinen doložit do 15 dnů ode dne jejího uzavření soudu, který rozhodl o dědictví. Převod prostředků účastníka odpovídajících dědickému podílu nezletilého jako úhrady jednorázového pojistného se řídí stejnými pravidly, jako převod prostředků na pojištění důchodu.

Je-li dědicem fyzická osoba, která je ke dni úmrtí účastníka *starší 18 let*, převede penzijní společnost jeho dědický podíl na jeho důchodové spoření, pokud se stane účastníkem tohoto spoření nejpozději dnem nabytí právní moci rozhodnutí soudu o dědictví, a to do 1 měsíce ode dne, kdy o to dědic písemně požádal. V opačném případě mu v této lhůtě penzijní společnost jeho podíl vyplatí.

Návrh zákona stanoví, že z pojistné smlouvy o pojištění důchodu vzniká při splnění zákonem stanovených podmínek *nárok na doživotní starobní důchod, doživotní starobní důchod se sjednanou výplatou pozůstalostního důchodu po dobu 3 let, starobní důchod na dobu 20 let, nebo sirotčí důchod na dobu 5 let*. Důchod se vyplácí buď v pravidelných měsíčních peněžitých splátkách doživotně, nebo po stanovenou dobu, a to ve smlouvě dohodnutém termínu. Důchod se začíná vyplácet nejdříve prvním dnem kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po dni, ke kterému uplyne 15 dnů ode dne převodu prostředků z důchodového spoření. Zákon předpokládá, že lhůty a způsob vyplácení důchodu si pojišťovna upraví v pojistných podmínkách nebo dohodne v pojistné smlouvě s příjemcem důchodu.

Zákon definuje *oprávněné osoby* jako osoby, které mají nárok na výplatu některé z forem důchodu. Na doživotní starobní důchod má nárok pouze účastník. Na doživotní starobní důchod se sjednanou výplatou pozůstalostního důchodu po dobu 3 let má nárok účastník a po dobu 3 let ode dne jeho úmrtí osoba určená v pojistné smlouvě o pojištění důchodu. Takto lze určit pouze jednu osobu, kterou je účastník oprávněn měnit. Tato změna je účinná dnem doručení písemného oznámení této změny pojišťovně. Pozůstalostní důchod musí být vyplácen ve stejné výši jako by byl vyplácen účastníkovi starobní důchod. Na starobní důchod na dobu 20 let má nárok pouze účastník, a to po dobu 20 let ode dne zahájení výplaty důchodu. V případě úmrtí účastníka přede dnem ukončení výplaty tohoto důchodu se kapitálová hodnota pojištění včetně výnosů stává předmětem dědictví. Na sirotčí důchod má nárok nezletilý. V případě úmrtí nezletilého přede dnem ukončení výplaty důchodu se kapitálová hodnota pojištění včetně výnosů stává předmětem dědictví. Ke zde uvedeným výnosům na tomto místě pouze poznamenáváme, že se jedná o výnosy, které jdou nad rámec povinného navyšování důchodu. Kapitálovou hodnotou pojištění bychom mohli zjednodušeně označit jako hodnotu rezervy vytvořené k určitému

datu k danému pojištění důchodu. S ohledem na to, že pojistné je zaplaceno jednorázově, nepřichází v úvahu zillmerizace, tj. rozdíl mezi netto a brutto rezervou způsobený neuhrazenými náklady na vznik pojištění. Tato rezerva samozřejmě zahrnuje i přiznané podíly na výnosech nad povinné zhodnocení. Návrh zákona tak pouze zdůrazňuje, že předmětem dědictví je celková hodnota pojištění k datu ukončení výplaty důchodu.

Vyplácený důchod se pravidelně zvyšuje způsobem a za podmínek stanovených Ministerstvem práce a sociálních věcí prováděcí vyhláškou, a to vždy k 1. dubnu kalendářního roku pro důchody, jejichž vyplácení započalo nejpozději 31. prosince bezprostředně předcházejícího kalendářního roku, ve kterém má být důchod navýšen. Ze zmocňovacího ustanovení návrhu zákona o důchodovém spoření vyplývá, že Ministerstvo práce a sociálních věcí vydá tuto vyhlášku s přihlédnutím k inflačnímu cíli České národní banky. Lze tak očekávat, že toto zhodnocování se bude pohybovat okolo 2%, což je inflační cíl v celkové inflaci platný od ledna 2010 do přistoupení České republiky k eurozóně. Snahou České národní banky je udržení skutečné hodnoty inflace v rozmezí jednoho procentního bodu na obě strany od inflačního cíle.

Je logické, že by bylo neefektivní vyplácet důchod z marginální částky. Proto zákon stanoví, že vznikne-li nárok na důchod, kdy součet pravidelných měsíčních splátek nepřesáhne za kalendářní rok částku 1000 Kč, *vyplatí se důchod jednorázově*. Tato částka se ze zákona zvyšuje o výši růstu úhrnného indexu spotřebitelských cen za domácnosti celkem pokaždé, když se tento index zvýší o více než 10 procentních bodů oproti roku, v němž došlo k poslednímu zvýšení důchodů, poprvé oproti roku nabytí účinnosti zákona o důchodovém spoření. Zákon současně ukládá Ministerstvu financí uveřejnit takto upravenou částku ve Finančním zpravodaji. V takovém případě má pojišťovna nárok pouze na úhradu nákladů vynaložených na výplatu plnění. Z textu vyplývají určité nejasnosti. Mají-li se uhradit pouze náklady spojené s výplatou jednorázového důchodu, pak jakoby se neměla uzavírat pojistná smlouva. Jenže bez ní nemůže být ani převedena částka naspořená v důchodovém spoření ani vzniknout právní vztah mezi pojišťovnou a účastníkem. Částku nemůže vyplatit ani penzijní společnost, neboť ta nemůže vědět, v jaké výši pojišťovna spočítá výše uvedenou měsíční splátku důchodu. Vzhledem k tomu, že se bude s největší pravděpodobností jednat o ojedinělé případy, zejména u sirotčích důchodů, neměly by tyto nejasnosti být vážnějším problémem.

Zvláštní úprava se týká *vyplácení důchodu do zahraničí*. V takovém případě může pojišťovna požadovat úhradu odpovídající výši nákladů vynaložených na jeho výplatu, pokud se však nejedná o výplatu důchodu do jiného členského státu nebo do jiného státu, se kterým Česká republika uzavřela dvoustrannou smlouvu o sociálním zabezpečení. Úhrada těchto nákladů se odečítá z vypláceného důchodu.

Ukončení výplaty doživotního starobního důchodu končí dnem úmrtí účastníka, doživotního starobního důchodu se sjednanou výplatou pozůstalostního důchodu uplynutím 3 let od počátku vyplácení pozůstalostního důchodu

nebo dřívější smrtí osoby oprávněné k jeho výplatě, starobního důchodu na dobu 20 let uplynutím této doby nebo dřívější smrtí účastníka a sirotčího důchodu uplynutím doby 5 let od počátku jeho výplaty nebo dřívější smrtí nezletilého. Došlo-li k převodu prostředků účastníka na pojistnou smlouvu, aniž by došlo k zahájení výplaty důchodu, přičemž v této době došlo k úmrtí účastníka, aniž by určil osobu oprávněnou k výplatě pozůstalostního důchodu, stávají se převedené prostředky předmětem *dědictví*. Stejný postup platí i v případě, kdy v této době zemře účastník i oprávněná osoba k výplatě pozůstalostního důchodu, byl-li sjednán doživotní starobní důchod s výplatou pozůstalostního důchodu.

Návrh zákona stanoví, že *s nároky na důchod* z pojistné smlouvy o pojištění důchodu a jeho výplatou *lze nakládat pouze způsobem, jakým lze nakládat s nároky na starobní důchod a jeho výplatu podle zákona o důchodovém pojištění*. Podle § 62 zákona č. 155/1995 Sb., důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, nárok na důchod a nárok na výplatu důchodu nelze postoupit ani dát do zástavy. Dohodu o srážkách z důchodu lze uzavřít jen pro pohledávky na výživném a na příspěvku na výživu a na úhradu přeplatku na důchodu, a to až do částky, kterou lze srazit výkonem rozhodnutí. Pro výkon rozhodnutí srážkami z důchodu platí ustanovení § 276 až 281 občanského soudního řádu o výkonu soudních rozhodnutí srážkami ze mzdy.

Jak jsme se zmínili již výše, zákon ukládá pojišťovně pravidelně zvyšovat vyplácený důchod způsobem a za podmínek stanovených vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí, a to vždy k 1. dubnu kalendářního roku. Při uvažovaném 2% pravidelném navyšování vyplácených důchodů lze předpokládat, že pojišťovna bude dosahovat investováním aktiv, jejichž zdrojem jsou technické rezervy vytvořené k vyrovnání těchto závazků, vyššího zhodnocení. Proto zákon ukládá pojišťovně nejméně 90% výnosů z tohoto investování aktiv každoročně použít k navýšení vyplácených důchodů nad rámec zvyšování důchodů. Obdobně i v případě příznivějšího průběhu pojištění důchodu, např. příznivějším škodném průběhu doživotních důchodů, kdy zákon ukládá nespotřebovanou část pojistného použít ve prospěch ostatních pojištěných z pojištění důchodu. Pro názornost uvádíme tabulku zpracovanou pojistnými matematiky, která zobrazuje možný časový vývoj důchodu s 2% garantovaným zhodnocením a při investičních výnosech 4% nad garantovaná 2% (z toho 90% pojištěnému, tedy dalších 3,6% jako podíly na výnosech). Nejsou uvažované žádné úspory z rozsahu (ani u té vyšší varianty), přestože by jich u větších institucí mohlo být dosahováno. Výpočet vychází z předpokladu, že účastník se rozhodne pro výplatu starobního důchodu na dobu 20 let a v 65 letech bude mít naspořeno:
Varianta A – osoba 35 let vstupuje do II. pilíře, spoří 30 let a v 65 letech má 1,23 mil. Kč.
Varianta B – osoba 18 let vstupuje do II. pilíře, spoří 47 let a v 65 letech má 3,68 mil. Kč.

- Pro variantu A je výše ročního důchodu 49 100 Kč, tj. cca měsíčně 4 100 Kč.
- Pro variantu B je výše ročního důchodu 146 900 Kč, tj. cca měsíčně 12 240 Kč.

	Výše vyplácené penze		Navýšení včetně podílu na zisku	
Rok výplaty	Varianta 1	Varianta 2	Varianta 1	Varianta 2
1	49 104	146 913		
2	51 889	155 246	105,7%	105,7%
3	54 832	164 052	105,7%	105,7%
4	57 942	173 357	105,7%	105,7%
5	61 229	183 190	105,7%	105,7%
6	64 701	193 580	105,7%	105,7%
7	68 371	204 559	105,7%	105,7%
8	72 249	216 161	105,7%	105,7%
9	76 347	228 422	105,7%	105,7%
10	80 677	241 379	105,7%	105,7%
11	85 253	255 069	105,7%	105,7%
12	90 090	269 537	105,7%	105,7%
13	95 199	284 825	105,7%	105,7%
14	100 599	300 981	105,7%	105,7%
15	106 305	318 052	105,7%	105,7%
16	112 335	336 092	105,7%	105,7%
17	118 706	355 155	105,7%	105,7%
18	125 439	375 299	105,7%	105,7%
19	132 554	396 586	105,7%	105,7%
20	140 072	419 081	105,7%	105,7%
Celkem vyplaceno	**1 743 893**	**5 217 536**		
Celkem zaplaceno	**1 230 000**	**3 680 000**		
Výnos	**141, 78%**	**141,78%**		

Návrh zákona upravuje nad rámec zákona o pojišťovnictví i některé podmínky provozování pojištění důchodu. Příkladem je povinnost pojišťovny vést účetnictví tak, aby zdroje pro pojištění důchodu a pro ostatní životní pojištění byly oddělené, a celkové příjmy, především pojistné, platby zajistitelů, příjmy z investování, a výdaje, zejména pojistná plnění, doplnění technických rezerv, zajistné a provozní náklady, byly rozvrženy podle toho, zda je jejich původem pojištění důchodu nebo ostatní provozovaná životní pojištění. To platí obdobně pro aktiva určená k vyrovnání závazků z pojištění důchodu a z ostatních provozovaných životních pojištění, kde pro jednotlivé instrumenty a transakce musí být výnosy a náklady jednoznačně přiřazeny k pojištění důchodu nebo

k ostatním životním pojištěním a převody těchto aktiv mezi pojištěním důchodu a ostatními životními pojištěními lze realizovat pouze prodejem mezi portfolii za tržní cenu. Smyslem je přísně oddělit toto pojištění důchodu od ostatních pojištění obdobně jako je povinnost oddělení životního a neživotního pojištění v případě, kdy je pojišťovna provozuje souběžně. Teoreticky vzato to může být v počáteční fázi nevýhodou pro pojištění důchodu, neboť budou investovány menší prostředky. V závislosti na počtu účastníků a vložených částkách by se však časem tato nevýhoda mohla změnit na výhodu.

Mezi další povinnosti pojišťovny patří předkládat České národní bance výkazy o provozování pojištění důchodu v rozsahu, formě a lhůtách stanovených její vyhláškou, povinnost uveřejňovat na jejích internetových stránkách aktuální nabídku pojištění důchodu. Součástí této nabídky je vzorec pro výpočet důchodu s vysvětlením parametrů vstupujících do tohoto výpočtu (výpočet je součástí pojistných podmínek). Nabídku pojišťovna zasílá také všem penzijním společnostem, které budou provozovat důchodové spoření a které ji uveřejní na svých internetových stránkách. I náležitosti této nabídky bude stanovovat Česká národní banka vyhláškou.

Zákon ukládá penzijní společnosti povinnost 2 měsíce před dosažením důchodového věku účastníka podle zákona o důchodovém pojištění, nebo po vzniku nároku účastníka na převedení prostředků z důchodového spoření na pojištění důchodu na jeho žádost, oslovit pojišťovny s žádostí o poskytnutí závazné nabídky. V žádosti penzijní společnost uvede věk účastníka a výši prostředků na jeho účtu důchodového spoření. Pojišťovna je povinna poskytnout závaznou nabídku nejpozději do 10 dnů. Zákon sice nestanoví, od kdy se tato lhůta počítá, ale z výkladu snad lze dovodit, že jejím počátkem je datum přijetí žádosti. Nabídka je pro pojišťovnu závazná po dobu 6 měsíců ode dne přijetí žádosti a nesmí se odlišovat od aktuální nabídky. Penzijní společnost předá tyto nabídky bez zbytečného odkladu účastníkovi a informuje ho o její časově omezené závaznosti. Zákon také stanoví, že závazností nabídky není dotčena povinnost pojišťovny zohlednit ve výplatě důchodu uhrazené jednorázové pojistné. Toto ustanovení zní poněkud nešťastně. Lze se domnívat, že tím mělo být řečeno, že jednorázové pojistné může být o něco vyšší než v době podání žádosti o poskytnutí závazné nabídky. Tento rozdíl musí pojišťovna při výpočtu důchodu vzít v úvahu.

Po uzavření pojistné smlouvy správce Centrálního registru smluv poskytne penzijní společnosti, mimo jiné, také datum registrace pojistné smlouvy o pojištění důchodu, identifikační údaje pojišťovny, která uzavřela pojistnou smlouvu o pojištění důchodu, a účet pojišťovny k úhradě prostředků jako jednorázového pojistného za toto pojištění.

Nakonec musíme zmínit i významnou změnu zákona o daních z příjmů, kterou přináší výše uvedený sněmovní tisk 414, tedy návrh změnového zákona v souvislosti s předmětnou daňovou reformou. Novela

zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, přináší, mimo jiné, také změnu § 4 odst. 1 písm. l), jejímž důsledkem by mělo být osvobození od daně z příjmů z

1. penze vyplácené z penzijního připojištění se státním příspěvkem, penze z penzijního pojištění a důchod z pojištění pro případ dožití s výplatou důchodu, a to z pojištění pro případ dožití, pro případ smrti nebo dožití a z důchodového pojištění, *u kterých není vymezeno období jejich pobírání*,
2. invalidní penze z penzijního připojištění se státním příspěvkem na dobu určitou, invalidní penze na určenou dobu a jednorázové pojistné pro penzi podle zákona upravujícího doplňkové penzijním spoření,
3. jiných plnění z pojištění osob, s výjimkou jednorázových plnění, odkupného nebo odbytného a penze z penzijního pojištění a z pojištění pro případ dožití, a to z pojištění pro případ dožití, pro případ smrti nebo dožití, z důchodového pojištění a z doplňkového penzijního spoření, u kterých je vymezeno období jejich pobírání, a s výjimkou jiného příjmu z pojištění osob, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy.

O plnění podle bodu 1. a 2. se tak toto osvobození proti současnosti rozšiřuje.

Závěrem bychom chtěli vyjádřit svoji podporu vládním reformám. Samozřejmě, je možné mít různé názory na to, jak by měly být financovány důchody, zdravotní péče, školství atp. Žádný zaručeně správný recept však neexistuje a vždy je lepší nějaké řešení, než žádné. Nemůžete stavět dům, když nemáte vykopané základy. Úspěšnost reforem bude záviset na řadě faktorů, zejména na počtu účastníků a na stabilitě právního prostředí. Ta je nakonec jednou ze základních podmínek úspěšnosti jakékoli ekonomické činnosti. A v tom má Česká republika ještě hodně co dohánět.

Resumé

Article on the payout phase of the government draft law on pension saving (Parliamentary Print 412)

The aim of this article is to analyze the main changes to be introduced into the pension system as of 2013. After a general overview of the key principles of the newly introduced funded Pillar II and the reformed Pillar III, the article focuses on the payout phase in Pillar II. While the funds in both Pillar II and III will be administered by pension companies, pension benefits from Pillar II can be paid out solely by insurance undertakings. Hence the article describes the rationale under this scheme and the mechanism of asset transfer, allocation and payout.

Mikrosimulační model českého důchodového systému se stochastickými kariérami

Ing. Petr Bednařík

1 Úvod

Článek popisuje model českého důchodového systému, který byl vyvinutý pro Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v letech 2010–2011. Od předchozích modelů v ČR se odlišuje zejména svou mikrosimulační povahou. Výpočty probíhají na úrovni konkrétního jedince v populaci. Důležitým prvkem je způsob projekce pracovních kariér jedinců a událostí v jejich životě. Události a pracovní rozhodnutí jsou generována náhodně na základě daných pravděpodobností. Důsledkem je, že každý jedinec má zvolenou konkrétní a jedinečnou životní dráhu, což umožňuje vzít v potaz veškeré nelineární podmínky a závislosti v důchodovém vzorci. Díky těmto prvkům je možné tímto modelem nejen přesněji analyzovat agregátní výsledky, ale zejména analyzovat rozdělení důchodů za účelem posouzení chudoby důchodců a zásluhovosti důchodového systému.

V první části popíšeme konstrukci a strukturu modelu a v druhé části ukážeme ilustrativní výsledky modelu na jedné kohortě.

2 Konstrukce modelu

Model je implementován v softwarovém systému Prophet vyvinutém společností Sungard. Výpočty probíhají s měsíčním časovým krokem longitudálním způsobem (počítá jeden modelový bod až do smrti, poté další).

2.1 Modelované objekty – modelové body

Výpočty probíhají na úrovni modelového bodu, který reprezentuje jednotlivce z populace. Protože některé peněžní toky závisí nejen na životě dané osobou, ale i na jeho rodině, jsou rodinní příslušníci také součástí výpočtů pro daný modelový bod. Každý modelový bod tedy obsahuje hlavní osobu a několik pomocných osob.

První pomocnou osobou v modelu je manžel/manželka (nebo potenciální manžel/manželka v případě svobodných lidí) hlavní osoby zejména za účelem výpočtu vdovských/vdoveckých důchodů nebo pro případ splittingu (sdílení vyměřovacího základu mezi manžely).

Děti jsou modelovány zjednodušeně (pouze věk, smrt a odchod z domácnosti) za účelem výpočtu sirotčího důchodu.

Do celkových i individuálních výsledků vstupují pouze peněžní toky za hlavní osobu, protože pro každou pomocnou osobu existuje modelový bod, ve kterém je osobou hlavní.

2.2 Modelové výpočty

Modelové výpočty se dají rozdělit do těchto vzájemně propojených oblastí:

- Generování náhodných událostí;
- Kariérní dráhy zachycující ekonomickou (ne)aktivitu jedince v průběhu celého života;
- Rodinné vztahy odrážející rodinný stav jedince a počet narozených a vychovaných dětí;
- Výpočet peněžních toků sestávající z modelování příjmu jedince (včetně příjmů manžela/manželky), plateb do důchodového systému (pojistné na důchodové zabezpečení) a výplaty dávek z důchodového systému.

2.2.1 Události

Důležité události v životě modelovaných jedinců jsou modelovány náhodně měsíčně na základě definovaných pravděpodobností daných událostí. Modelovány jsou následující události:

- Smrt;
- Ukončení studia;
- Vznik invalidity, změna stupně invalidity, zánik invalidity;
- Svatba, rozvod/ovdovění;
- Narození dítěte, ukončení péče o dítě, začátek a konec péče o rodinu;
- Odchod do starobního důchodu;
- Emigrace;
- Jiné (změna možnosti souběhu práce a pobírání starobního důchodu, změna platu, přechod mezi zaměstnancem a OSVČ).

Vstup nových jedinců do modelu (narození a imigrace) je dán v modelových bodech.

Na základě události jsou konstruovány stavové proměnné. V modelu jsou následující stavové proměnné:

- živý (ano/ne), student (ano/ne), invalidita (ano/ne), ženatý (ano/ne), péče o dítě (ano/ne), péče o rodinu (ano/ne), starobní důchodce (ano/ne), v penzijním systému (ano/ne), stupeň invalidity podle legislativy, možnost souběhu práce a pobíraní starobního důchodu dle legislativy, OSVČ (ano/ne).

Na základě událostí a stavových proměnných jsou konstruovány životní a kariérní dráhy a rodinné vztahy.

2.2.2 Kariérní dráhy

Kariérní dráha jedince v daném modelovém bodě je posloupnost stavů ekonomické aktivity/neaktivity a změna stavu je spouštěna uskutečněnými událostmi. Uvažujeme následující stavy a podstavy:

- Zaměstnaný
  - Zdravý;
  - Nemocný;

- Nezaměstnaný;
  – Osoby vedené v evidenci úřadu práce (odděleně pobírající a nepobírající dávky v nezaměstnanosti);
  – Ostatní osoby bez zaměstnání;
- Neaktivní osoby;
  – Osoby vedené v evidenci úřadu práce (odděleně pobírající a nepobírající dávky v nezaměstnanosti);
  – Osoby, které nejsou vedené v evidenci úřadu práce;
- Osoby mimo důchodový systém (emigranti, ozbrojené složky).

Speciálním stavem je smrt, která vede k ukončení projekce hlavní osoby. Avšak projekce pomocných osob pokračuje z důvodu možnosti modelovat pozůstalostní důchody.

Přechod z jednoho stavu do jiného je výsledkem rozhodovacích procesů, náhodných událostí a posouzení splnění podmínek pro vstup do daného stavu (např. dostatečná doba pojištění pro přiznání starobního důchodu, apod.). Změna může být vyvolána náhodnou událostí (např. ukončení neaktivity při dokončení studia, přechod do neaktivity při narození dítěte, zvýšená pravděpodobnost ukončení zaměstnání při vzniku invalidity) nebo může vzniknout bez podkladné události na základě průběžné pravděpodobnosti (např. přechod ze zaměstnanosti do nezaměstnanosti, návrat z rodičovské dovolené do zaměstnání).

Pro neaktivní osoby je určen důvod neaktivity na základě stavových proměnných. Důvody neaktivity jsou následující:
- pečující o dítě, invalidní důchodce stupně 1, 2, 3, starobní důchodce, student/dítě, péče o rodinu.

2.2.3 Rodinné vztahy

Další část výpočtů souvisí s modelováním rodinných vztahů hlavní osoby. V každém modelovém bodu má hlavní osoba přiřazeného partnera na začátku projekce i v případě, že je svobodná či rozvedená. Svatby, rozvody a opětovné svatby jsou modelovány jako náhodné události na základě předpokladů o sňatečnosti a rozvodovosti. Je předpokládáno, že partner hlavní osoby je stejný i v případě opětovné svatby po rozvodu či ovdovění.

Narození dětí je také modelováno jako náhodná událost na základě měr plodnosti ženy v páru. Kariérní dráhy dětí nejsou modelovány plně, ale pouze zjednodušeně (věk, smrt, sirotek, odchod z domácnosti).

2.2.4 Peněžní toky

Kariérní dráha a rodinný vztah definují podmínky vzniku nároku na výplatu dávek ze systému důchodového zabezpečení. Část modelu projektující peněžní toky využívá informace o kariérní dráze a rodinném stavu

k výpočtu plateb do důchodového systému a výplaty dávek z důchodového systému. V této části modelu se modelují:

- Hrubý měsíční plat na základě mzdové inflace a kariérního růstu platu (deterministický nebo stochastický). Příjem jedince v daném měsíci je pak určen v kombinaci s informací o ekonomickém stavu;
- Příspěvky do důchodového systému podle současné legislativy odvozené z příjmu jedince v daném měsíci;
- Příspěvky do fondového pilíře a akumulace fondu odvozené z příjmu jedince v daném měsíci a informace o účasti ve fondovém pilíři;
- Starobní důchody podle současné legislativy (řádný, trvale krácený, souběh s výdělečnou činností);
- Výplata anuity z fondového pilíře a fond při výplatní fázi v případě účasti jedince ve fondovém pilíři;
- Invalidní důchody podle současné legislativy (podle stupně invalidity, souběh s výdělečnou činností);
- Vdovské/vdovecké důchody podle současné legislativy (trvalé a dočasné);
- Sirotčí důchody podle současné legislativy;
- Důchody v souběhu s jiným důchodem.

3 Ilustrativní výsledky modelu pro nově narozenou kohortu

3.1 Nastavení modelu

Výsledky v této kapitole znázorňují plnou kohortu jedinců narozených v roce 2008. Jedná se o 119 914 jedinců na začátku projekce ve věku 0 až 1 rok. Každý jedinec je reprezentován právě jedním modelovým bodem (tzn. grupování není uplatněno). Z důvodu srovnatelnosti peněžních toků v různých kalendářních letech se předpokládá bezinflační vývoj (cenová a mzdová inflace nastaveny na nulu). Kariérní růst platu je deterministický a závisí na dosaženém vzdělání.

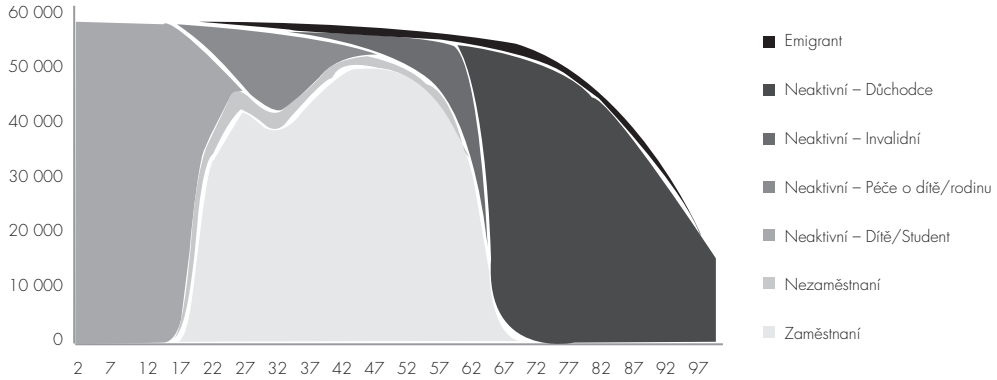
Jedinci narození v roce 2008 nemají za sebou žádnou kariérní historii a jejich úplná kariéra je určena modelem. Jedinou informací, kterou model přebírá z modelového bodu, je údaj o věku dokončení vzdělání a počáteční plat bezprostředně po dokončení vzdělání. Modelový bod obsahuje také informaci o potenciálním partnerovi. Tyto výsledky tedy ilustrují, jak je modelována nová kohorta a k jakým hodnotám model konverguje v dlouhém období.

Výsledky prezentované v této kapitole ukazují vývoj jedné kohorty v čase. Výsledky v různých kalendářních letech odpovídají daným věkům kohorty (věk jedinců v kohortě je stejný pro všechny v poslední den kalendářního roku), proto v tomto případě časové dimenze nesou plnou informaci o věku kohorty.

3.2 Kariérní dráhy

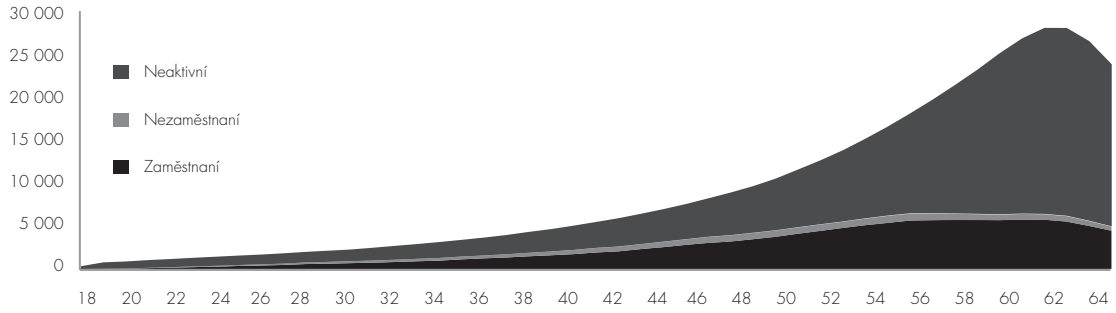
Následující graf ilustruje rozdělení jedinců podle jejich ekonomického stavu (blíže kapitola 2.2.2) a jak se toto rozdělení mění v čase.

Obrázek 1: Počet jedinců v daném ekonomickém stavu v daném věku – ženy



V předchozím grafu jsou pouze jedinci ve stavu neaktivity rozděleni dle důvodu neaktivity. Proto například celkový počet invalidních osob tvoří nejenom neaktivní invalidé znázornění v grafu, ale také část jedinců ve stavu zaměstnaný a nezaměstnaný, kteří jsou zároveň příjemci invalidního důchodu. To ilustruje následující graf, který ukazuje rozdělení invalidních důchodců podle ekonomického stavu.

Obrázek 2: Počet invalidních důchodců v daném věku dle ekonomického stavu – muži a ženy

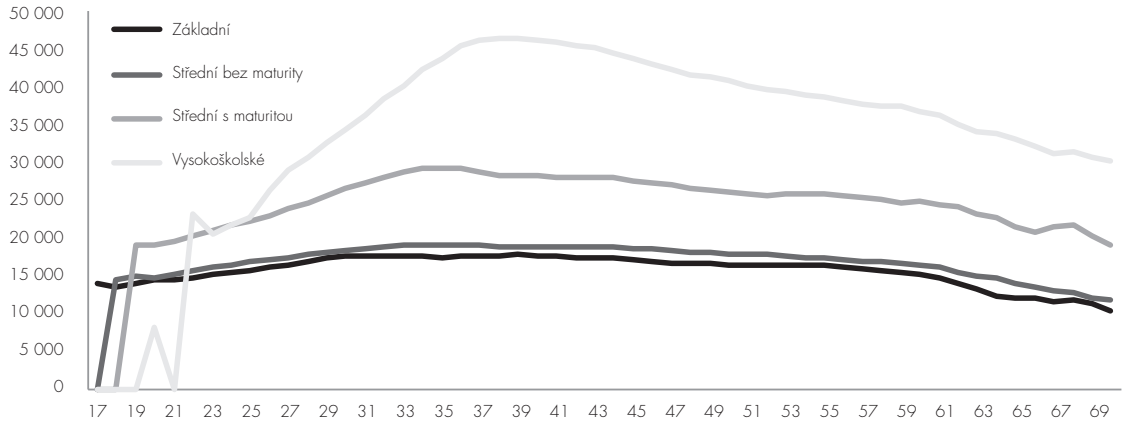


3.3 Modelování platu

Tato kapitola prezentuje projekci vývoje platu. V tomto modelovém běhu byla předpokládána nulová mzdová inflace a změny platu jsou výsledkem pouze kariérního růstu platu.

V následujícím grafu je znázorněna pro muže závislost průměrného platu na vzdělání.

Obrázek 3: Průměrný plat mužů dle věku a vzdělání

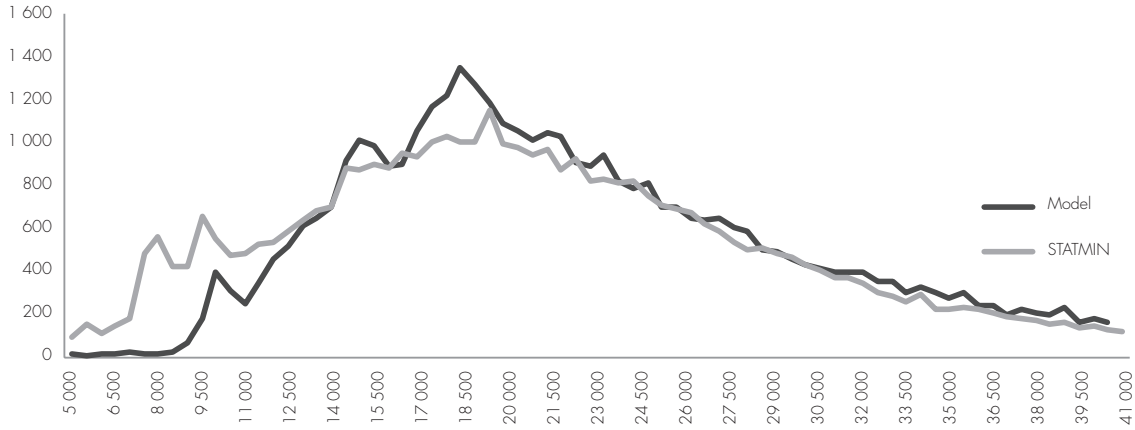


Následující graf ukazuje rozdělení platů mužů ve věku 50 let. Hranice platových intervalů byly zvoleny jako násobky částky 500 Kč.

Modrá čára znázorňuje výstup z modelu, zatímco zelená čára odpovídá průřezovým datům z databáze STATMIN VZ. Rozdíly, zejména v nízkých mzdových intervalech, jsou způsobeny tím, že databáze STATMIN VZ obsahuje i částečné úvazky bez možnosti jejich identifikace a očištění jejich vlivu.

Oproti nižším věkům je zde posun k vyšším platům a „ztěžknutí chvostu" ve vyšších platových intervalech v důsledku kariérního růstu platu.

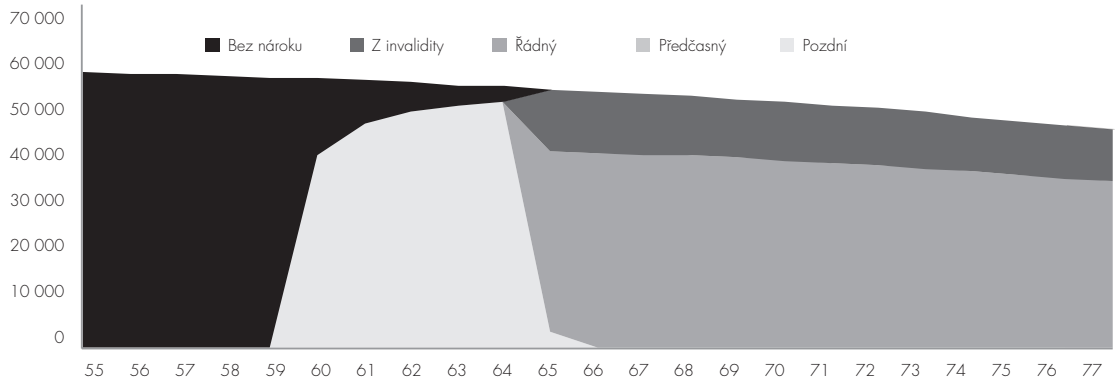
Obrázek 4: Počet osob s platem v daném intervalu po 500 Kč – muži ve věku 50 let



3.4 Vznik nároku na starobní důchod

Tato kapitola demonstruje výsledky testování existence nároku na přiznání starobního důchodu (věk a doba pojištění). Lze pozorovat, že počet osob s dostatečným počtem let doby pojištění pro nárok na předčasný důchod je vysoký a počet osob bez nároku na starobní důchod při dosažení statutární věkové hranice je velmi nízký.

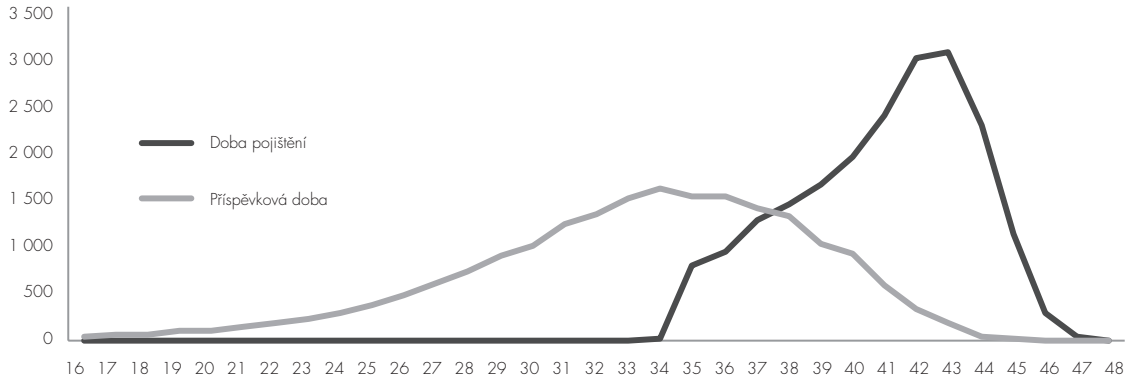
Obrázek 5: Počet osob s nárokem na starobní důchod – muž



3.5 Doba pojištění a příspěvková doba

Tato kapitola prezentuje grafy znázorňující rozdělení doby pojištění při odchodu do starobního důchodu. Rozdělení doby pojištění (tj. doby zahrnující všechny doby uznávané pro posouzení nároku na starobní důchod, tzv. náhradní doby) je porovnáno s rozdělením příspěvkové doby (tj. doby zahrnující pouze období, kdy jedinec byl zaměstnán a platil příspěvky). Jedná se o histogram zachycující počet osob s daným počtem let doby pojištění a příspěvkové doby. Pro muže je rozdíl mezi dobou pojištění a příspěvkovou dobou relativně malý, avšak v případě žen náhradní doby za období péče o dítě způsobují významný rozdíl a tvoří tak významnou část důchodových práv

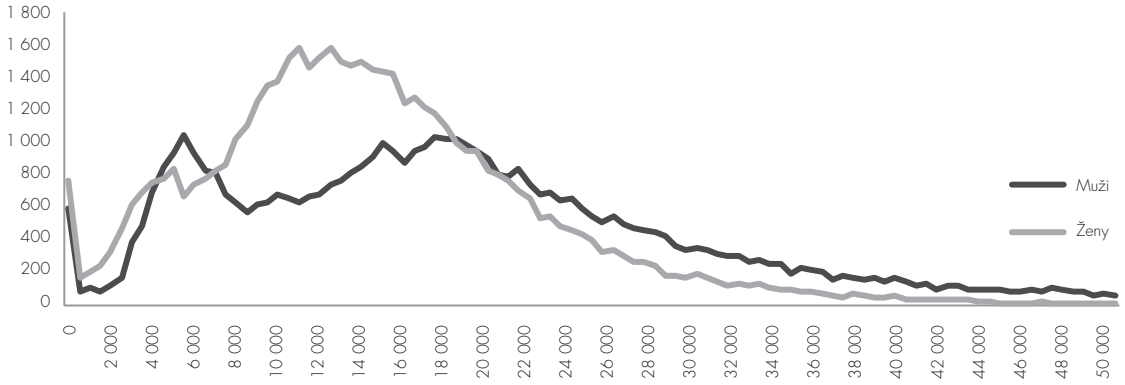
Obrázek 6: Počet osob s danou délkou doby pojištění a příspěvkové doby – ženy, řádný důchod 65 let a nižší



3.6 Průměrný vyměřovací základ

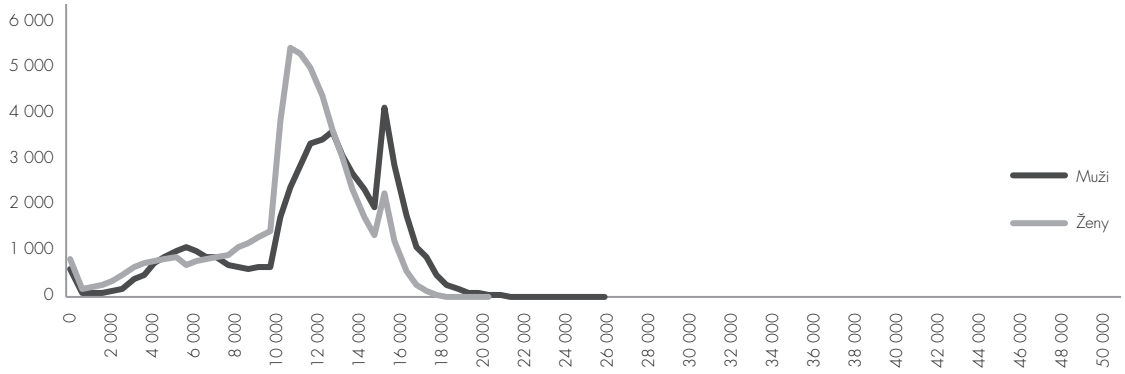
Následující graf znázorňuje průměrný vyměřovací základ při odchodu do důchodu generovaný modelem. Průměrný vyměřovací základ se počítá jako průměrný plat během posledních 30 let předcházejících odchodu do důchodu po odečtení vlivu vyloučených dob. První graf ukazuje histogram průměrného vyměřovacího základu (ještě před redukcí). První vrchol kolem 6000 Kč je zapříčiněn zachycením osob samostatně výdělečně činných, jejich vyměřovací základ je významně nižší.

Obrázek 7: Histogram průměrného vyměřovacího základu (před redukcí) při odchodu do důchodu – počet osob v daném intervalu po 500 Kč



Druhý graf ukazuje histogram výpočtového základu, což je průměrný vyměřovací základ po uplatnění redukčních hranic (100 % v prvním intervalu do 10 500 Kč, 30 % ve druhém intervalu do 27 000 Kč a 10 % výše). Výpočtový základ vstupuje již přímo do výpočtu důchodu. Vysoké vyměřovací základy z předchozího grafu (průměrný vyměřovací základ před redukcí) jsou zhuštěny v blízkosti redukčních hranic v důsledku redukčních koeficientů nastavených na nízkých hodnotách. To dokresluje silně redistributivní vlastnosti českého důchodového systému.

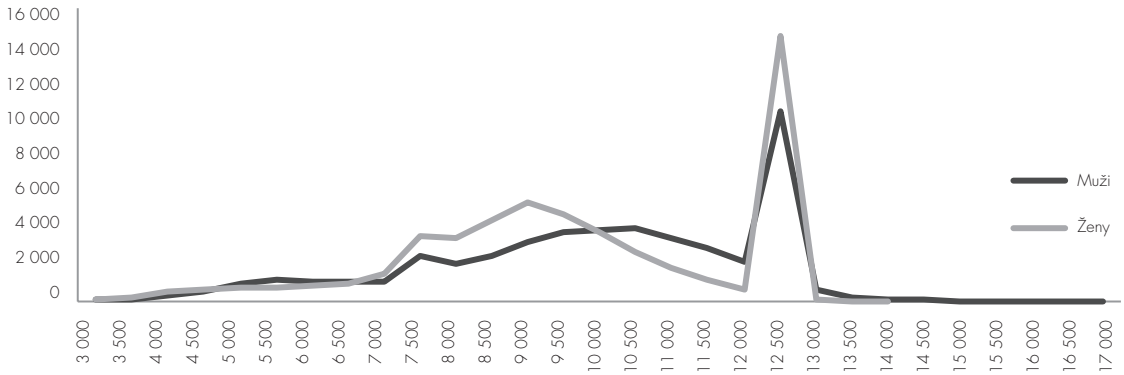
Obrázek 8: Histogram průměrného výpočtového základu (po redukci) při odchodu do důchodu – počet osob v daném intervalu po 500 Kč



3.7 Nově přiznaný důchod

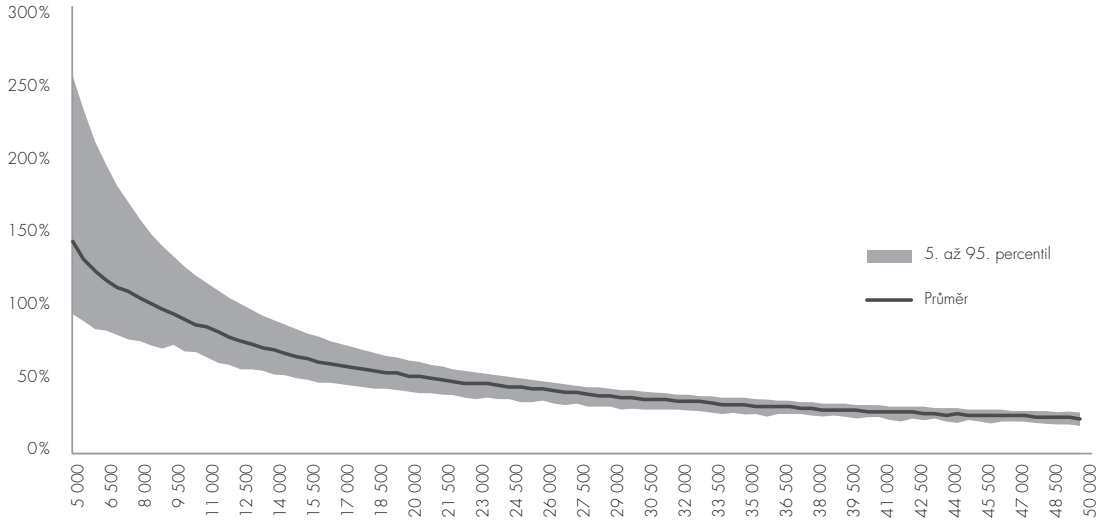
V této kapitole jsou představeny výsledky výpočtu nově přiznaného důchodu. První graf je histogram nově přiznaných důchodů. Výrazný vrchol v blízkosti částky 12 500 Kč vzniká v důsledku přechodu osob s minimálním invalidním důchodem do starobního důchodu.

Obrázek 9: Histogram nově přiznaného důchodu – počet osob s daným důchodem v intervalu po 500 Kč



Poslední graf v této kapitole ukazuje závislost náhradového poměru (podíl nově přiznaného důchodu k průměrnému vyměřovacímu základu před redukcí) na průměrném vyměřovacím základu před redukcí a ilustruje tak redistributivní vlastnosti důchodového systému. Je patrné, že náhradový poměr významně závisí na platu a rychle klesá s růstem platu z důvodu existence redukčních hranic a redukčních koeficientů.

Obrázek 10: Průměrný náhradový poměr pro nově přiznané důchody v závislosti na průměrném vyměřovacím základu před redukcí a 5. až 95. percentil

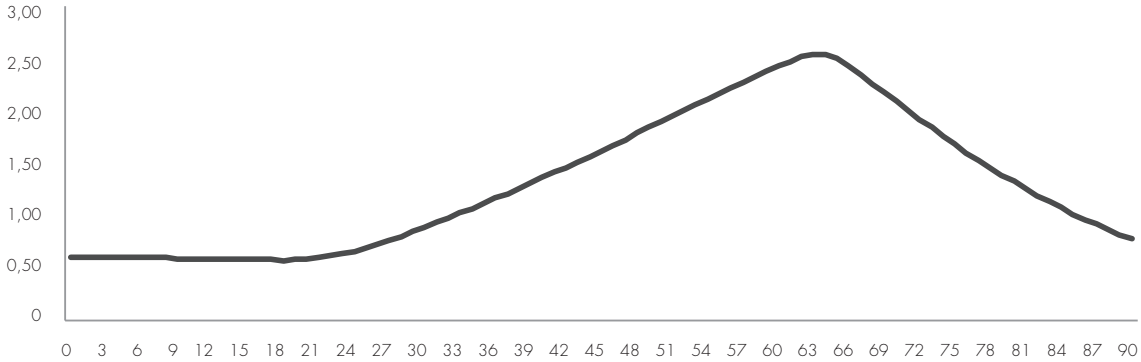


3.8 Implicitní dluh

Následující graf ukazuje implicitní dluh na jednu osobu. Hodnoty byly převedeny do mzdové úrovně roku 2008 (na základě předpokládaného růstu průměrné mzdy). Implicitní dluh je spočten jako rozdíl mezi současnou hodnotou budoucích starobních důchodů a současnou hodnotou budoucích příspěvků na starobní důchody (příspěvky předpokládány na úrovni 20,5% z hrubé mzdy). Byla použita diskontní míra 4%.

Hodnota ve věku nula (přibližně CZK 0,6 milionů) reprezentuje jednorázový příspěvek, se kterým by bylo nutné při narození začít spořit (při výnosu 4 %), aby příspěvky vystačily na pokrytí budoucích důchodů dle stávající legislativy. Poměrně vysoká hodnota znamená, že současný důchodový systém je i pro nově narozené kohorty nastaven nerovnovážně (tj. lidé ze systému dostanou více, než do něho dají) a systém by byl dlouhodobě deficitní i při stabilní populaci.

Obrázek 11: Implicitní dluh na osobu v milionech CZK v závislosti na věku

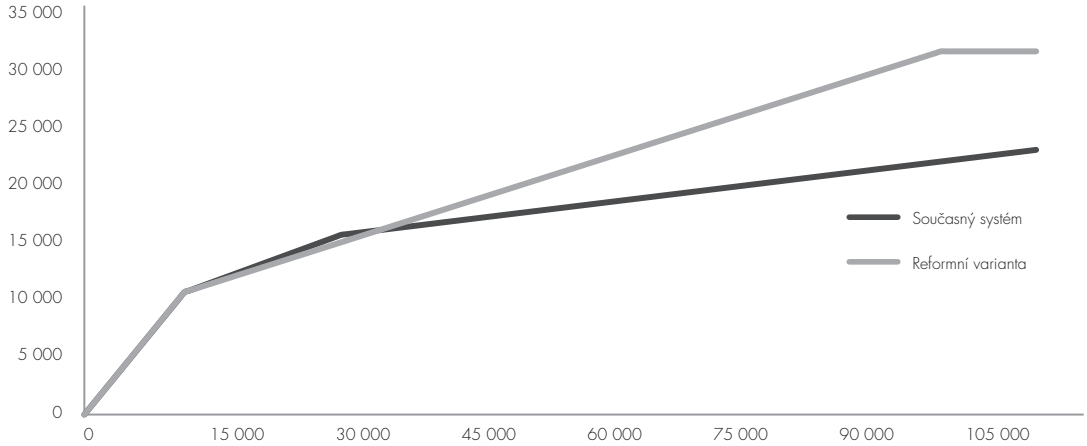


3.9 Případová studie – změna redukčních hranic

Výsledky v této kapitole ilustrují dopad změny redukčních hranic, což je jeden z prvků zvažované důchodové reformy. Je simulován dopad postupného přechodu od současných redukčních hranic (100% v prvním intervalu, 30% ve druhém intervalu a 10% výše) na redukční hranice dle aktuálního návrhu důchodové reformy (100% v prvním intervalu, 26% od druhého intervalu až do čtyřnásobku průměrné mzdy, 0% výše). Jde tedy o malé snížení započítávání ve druhém intervalu a podstatné navýšení ve třetím intervalu. Příjmy nad čtyřnásobkem průměrné mzdy už nejsou započítávány.

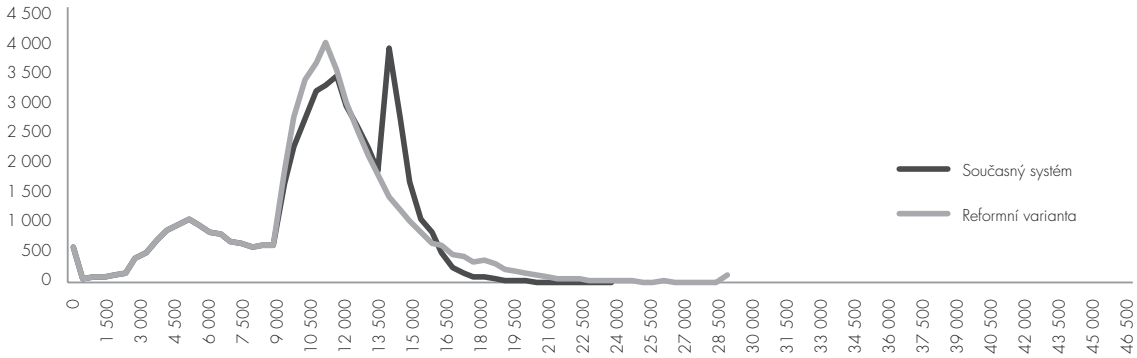
Změny v redukčních hranicích jsou zobrazeny v následujícím grafu.

Obrázek 12: Redukční funkce (na vodorovné ose průměrné vyměřovací základy před redukcí a na svislé po redukci)



Dopad na rozdělení výpočtového základu je zobrazen na následujícím grafu. Je vidět, že díky mírnému snížení procenta v druhém intervalu došlo k mírnému posunu rozdělení doprava. Ovšem díky zvýšení procenta ve třetím intervalu došlo k výraznému nárůstu chvostu rozdělení.

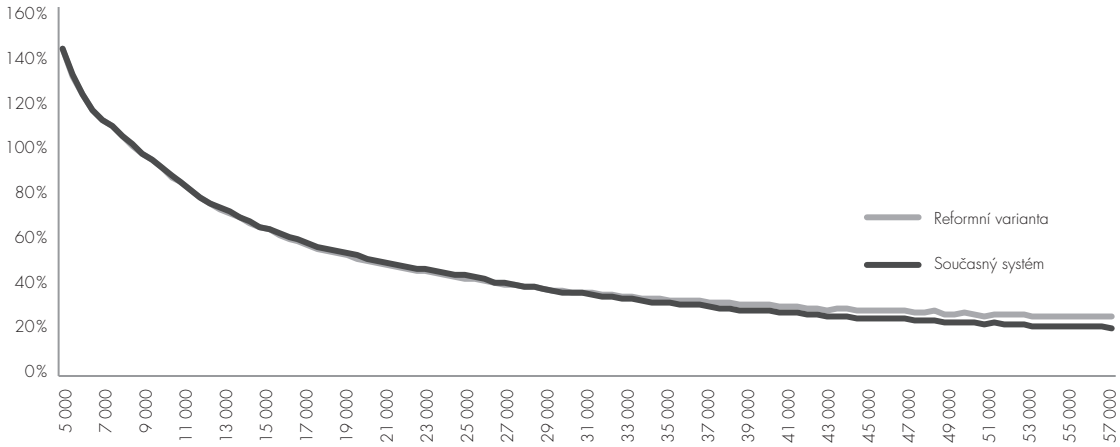
Obrázek 13: Histogram průměrného výpočtového základu (po redukci) při odchodu do důchodu – počet osob v daném intervalu po 500 Kč



V dalším grafu je ukázán dopad změn na průměrný náhradový poměr dle průměrného vyměřovacího základu.

Došlo k velice nepatrnému snížení náhradového poměru pro vyměřovací základy ve druhém intervalu a k výraznějšímu nárůstu náhradového poměru pro vyšší vyměřovací základy.

Obrázek 14: Průměrný náhradový poměr pro nově přiznané důchody v závislosti na průměrném vyměřovacím základu před redukcí



Článek popisuje model českého důchodového systému, který byl vyvinutý pro Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v letech 2010 – 2011. Od předchozích modelů v ČR se odlišuje zejména svou mikrosimulační povahou. Výpočty probíhají na úrovni konkrétního jedince v populaci. Důležitým prvkem je způsob projekce pracovních kariér jedinců a událostí v jejich životě. Události a pracovní rozhodnutí jsou generována náhodně na základě daných pravděpodobností. Důsledkem je, že každý jedinec má zvolenou konkrétní a jedinečnou životní dráhu, což umožňuje vzít v potaz veškeré nelineární podmínky a závislosti v důchodovém vzorci. Díky těmto prvkům je možné tímto modelem nejen přesněji analyzovat agregátní výsledky, ale zejména analyzovat rozdělení důchodů za účelem posouzení chudoby důchodců a zásluhovosti důchodového systému. V článku je popsán modelovací přístup a jsou prezentovány ilustrativní výsledky na jedné kohortě.

Resumé

Microsimulation model of the Czech pension system with stochastic careers

The article describes the model of the Czech pension system which has been developed for the Czech Ministry of Labour and Social Affairs in 2010–2011. The main innovative feature of this model is its microsimulation nature. The calculations are performed on the level of single members of the population. Another important feature of the model is the way how the careers and life events of individuals are modelled. The events and career decisions are generated randomly based on given probabilities. Thanks to this each individual has a uniquely specified life path, which allows taking into account all of the non-linear conditions and dependencies in the pension formula. Thanks to these features is it possible not only to calculate more accurate aggregate results but mainly to analyze the distribution of pensions. This is interesting mainly for the purposes of assessing poverty at old age and the redistributive properties of the pension system. The article describes the modelling approach and present sample results on a single cohort.

Solventnost II – aktuální stav a vývoj

Ing. Miroslav Kotaška, KPMG, Mgr. Jan Bouška, ČNB

Novou regulaci pojišťovnictví Solventnost II jistě není třeba představovat. S tím, jak se blíží – nebo naopak, jak se ukázalo během projednávání Omnibusu II, oddaluje – datum účinnosti směrnice a prováděcího předpisu, je vhodné zamyslet se nad tím, jaké konkrétní požadavky a pravidla prováděcí předpis přinese.

Právní základ Solventnosti II

Na úvod si osvěžme, na jakých principech je Solventnost II postavena. Celý regulatorní koncept byl připravován již od prosince 1999, kdy Evropská komise (dále také „EK") oznámila záměr revidovat směrnice regulující pojišťovnictví, jejichž vznik je datován do 70. let minulého století. Základní principy, na nichž nová regulace stojí, pak byly představeny v roce 2004, kdy EK zveřejnila oficiální Rámec pro konzultaci (*Framework for Consultation*).

Do přípravy během takto dlouhého období – ano, Solventnost II se vyjednává už 12 let! – zasáhlo několik událostí. Předně to byla doporučení ve zprávě barona Alexandra Lamfalussyho, podle nichž je přijímána evropská legislativa v oblasti finančních služeb. Tzv. Lamfalussyho proces, pro sektor finančních služeb oficiálně přijatý Radou EU v roce 2002, počítá s tím, že základní principy regulace jsou obsaženy v rámcové směrnici (v případě Solventnosti II je touto směrnicí již přijatá směrnice č. 2009/138/ES), technické detaily jsou pak součástí prováděcího předpisu druhé úrovně (pracovní verzi návrhu projednávala EK s členskými státy a zástupci trhu během loňského a letošního roku) a jejich uplatňování na třetí úrovni zajišťují dohledové orgány sdružené v evropských výborech (v oblasti pojišťovnictví původně CEIOPS[1]), které mohou přijímat nezávazná doporučení upřesňující předpisy první a druhé úrovně. Ve čtvrté úrovni pak EK kontroluje provádění evropské legislativy.

V reakci na finanční krizi nedávných let pak Evropská unie upravila působnost a činnost výborů třetí úrovně. Z nich vznikly plnohodnotné agentury s právní subjektivitou a možností přijímat závazná i nezávazná pravidla a přijímat rozhodnutí závazná pro národní dohledové orgány (např. při mediaci sporů mezi orgány dohledu). Tyto agentury – v pojišťovnictví se jedná o EIOPA[2] – vznikly na začátku roku 2011 a jejich role, povinnosti a konkrétní aktivity se stále ještě upřesňují a teprve praxe ukáže, jak silné bude jejich postavení ve skutečnosti. Stejně tak teprve budoucnost ukáže, nakolik se budou lišit předpisy druhé úrovně, které vydává Evropská komise (po projednání se členskými státy v Radě EU a Evropským parlamentem), a předpisy třetí úrovně, které Evropská komise pouze formálně schvaluje, ale za přípravu jsou odpovědné právě evropské dohledové agentury.

Další novinkou, která zasáhla do příprav Solventnosti II, je přijetí Lisabonské smlouvy, jež změnila postup přípravy prováděcích předpisů. Směrnice označovaná jako Omnibus II zavádí tzv. lisabonizaci Solventnosti II, tedy

[1] Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors
[2] European Insurance and Occupational Pensions Authority

proces přijímání prováděcích předpisů podle článku 290 Smlouvy o fungování Evropské unie. Původní forma prováděcího předpisu, tzv. prováděcí opatření (*implementing measure*), se nyní označuje jako akt přenesené pravomoci (*delegated act*). Diskuzi o právních implikacích Lisabonské smlouvy však nechme pro účely tohoto článku stranou, obsah Omnibusu II rozebereme detailněji níže.

Rámcová směrnice

Obsah rámcové směrnice je znám již téměř dva roky – od chvíle, kdy byla směrnice 25. listopadu 2009 vydána v Úředním věstníku EU. Stručně si tedy připomeňme, co vedlo k jejímu vzniku a jaké jsou hlavní zásady, na nichž je směrnice postavena.

Jako hlavní důvody pro přijetí nové regulace pojišťovnictví se uvádějí zejména vyšší ochrana pojistníků, modernizace regulace zohledňující vývoj na finančních trzích, zvýšení konkurenceschopnosti evropských pojišťoven a maximální harmonizace napříč členskými státy. Toto je pak promítnuto do celého textu rámcové směrnice a vůbec do celého regulatorního konceptu. Například vyšší ochrana pojistníků je přímo uvedena v čl. 27 rámcové směrnice jako primární cíl dohledu. Modernizace regulace se pak promítá do ekonomického přístupu postavenému na vyhodnocení celé rozvahy pojišťovny (tzv. *total balance sheet approach*) a na oceňování aktiv i závazků jejich tržní hodnotou. Požadavek na maximální harmonizaci je zase realizován minimem národních diskrecí a také tím, že prováděcí předpis druhé úrovně má mít formu přímo účinného nařízení, což omezí „tvořivost" členských států při implementaci do národních předpisů.

Rámcová směrnice plně odpovídá požadavkům z Lamfalussyho procesu – obsahuje základní principy regulace a technických detailů v ní najdeme poměrně málo (např. vstupní parametry pro několik výpočtů kapitálových požadavků). Tyto základní principy také odpovídají dalšímu modernímu trendu přípravy legislativy – přechod ze systému dohledu založeného na pravidlech (*rules-based system*) na systém založený na principech (*principles-based system*). Tento posun v regulaci a samotném výkonu dohledu klade značné požadavky jak na regulátory, jejichž práce do budoucna nebude spočívat ve „slepém odškrtávání" splnění regulatorních požadavků, ale spíše v kvalifikovaném posuzování všech souvislostí, tak na pojišťovny, které budou muset doložit, že jejich postupy jsou v souladu s obecnými principy.

Podstatu nové regulace vysvětlíme dále v článku na základě konkrétních požadavků, které přinese prováděcí předpis.

Pro účely obecného popisu rámcové směrnice uveďme, že požadavky Solventnosti II lze rozčlenit do tří pilířů – kvantitativního (oceňování aktiv a závazků, včetně technických rezerv, výpočet kapitálových požadavků, určení

kapitálu a pravidla pro investování), kvalitativního (řídicí a kontrolní systém) a pilíře spočívajícího v posílení transparentnosti (pravidla pro uveřejňování informací a vykazování vůči dohledu). Dále Solventnost II přináší posílený dohled pojišťovacích skupin, což byla asi nejkontroverznější pasáž návrhu rámcové směrnice kvůli návrhu EK zavést tzv. režim podpory skupiny (*group support regime*), díky kterému by pojišťovny nemusely krýt celkové kapitálové požadavky kvalitním kapitálem, ale část by mohly krýt příslibem mateřské společnosti. Tento návrh byl pro většinu členských států (i ČNB) nepřijatelný, nicméně současné iniciativy Evropské komise v oblasti krizového řízení pro finanční instituce napovídají, že EK se svého záměru zcela nevzdala.

Zbytek směrnice pak tvoří tzv. přepracované znění (*recast*) stávajících 13 pojišťovacích směrnic, které Solventnost II ruší. Jediná směrnice, která bude nadále v platnosti, je směrnice č. 91/674/EHS o ročních účetních závěrkách a konsolidovaných účetních závěrkách pojišťoven. Účetní pravidla tak zůstávají pro pojišťovny v platnosti a je na to třeba při implementaci Solventnosti II pamatovat. V České republice, kde je část zmíněné směrnice implementována jak do zákona o účetnictví a prováděcí vyhlášky pro pojišťovny, tak i do zákona o pojišťovnictví, by – podle průběhu dosavadních diskuzí – mělo být zvoleno řešení, že zákon o pojišťovnictví bude transponovat pouze Solventnost II, zatímco účetní pravidla pro pojišťovny by měla být upravena pouze v zákoně o účetnictví.

Omnibus II

Jak bylo výše uvedeno, do příprav celého regulatorního rámce zasáhla v letech 2008 a 2009 finanční krize. Jedním z post krizových opatření Evropské unie bylo zřízení dohledových agentur pro bankovnictví, pojišťovnictví a zaměstnanecké penze a kapitálový trh. Čtenáři Pojistných rozprav již měli možnost se s novou evropskou architekturou seznámit – viz např. článek guvernéra ČNB Miroslava Singera v čísle 26/2010.

Pravomoci a role nově zřízené agentury EIOPA bylo nutné promítnout do konkrétních ustanovení Solventnosti II. Zároveň bylo nutné z legislativně-technického hlediska upravit proceduru přijímání prováděcích předpisů druhé úrovně tak, aby lépe odpovídala Lisabonské smlouvě. V ostatních sektorech toto proběhlo během let 2009–2010 novelou příslušných směrnic, která byla označována jako Omnibus I. Protože Solventnost II v druhé polovině roku 2009 ještě čekala na oficiální vydání v Úředním věstníku EU, bylo nutné ji novelizovat až v druhé vlně, což se děje právě nyní při diskuzi nad návrhem Evropské komise označovaným jako Omnibus II[3]. Návrh byl předložen Evropskou komisí v lednu 2011 a od té doby je intenzivně diskutován v pracovní skupině Rady EU. **V září tohoto roku, kdy jsme připravovali tento článek, se stále čekalo na schválení kompromisu ministry financí v Radě Ecofin a na zahájení trialogu s Evropským parlamentem (EP). Veškeré níže uvedené informace tak reflektují stav vyjednávání mezi členskými státy na pracovní úrovni a v žádném případě je nelze považovat za kompletní a závazné**.

[3] Pro úplnost dodáváme, že Omnibus II drobně novelizuje také směrnici č. 2003/71/ES o prospektu.

V čem podstatném tedy Omnibus II mění rámcovou směrnici? Předně jsou to nové pravomoci EIOPA vydávat závazné standardy třetí úrovně – Omnibus II zmocňuje EIOPA k vydání takových standardů a zároveň stanoví termíny, do kdy by měla připravit jejich návrhy. Tyto závazné standardy se budou týkat celé řady oblastí, přičemž jako nejdůležitější je možné označit oblast výkaznictví (výkazy pro dohled si tak nebudou definovat jednotlivé orgány dohledu, ale budou harmonizované napříč členskými státy), oceňování pro potřeby Solventnosti II (včetně zjednodušených výpočtů technických rezerv), výpočet solventnostního kapitálového požadavku, metody klasifikace kapitálu do jednotlivých tříd a parciální interní modely. Pro všechny tyto oblasti by EIOPA měla svoje návrhy, už veřejně konzultované, předložit do 30. září 2012. Další závazné standardy bude EIOPA připravovat v následujících letech a budou dále rozvíjet prakticky všechny oblasti popsané v prováděcím předpise druhé úrovně. Nejzazší termín pro předložení „méně důležitých" standardů je pak 31. prosince 2016.

Kromě vydávání závazných standardů obsahuje Omnibus II zmocnění pro EIOPA k dalším úkonům, jako je např. určení bezrizikové výnosové křivky pro výpočet nejlepšího odhadu technických rezerv, včetně vyhlašování případné proticyklické přirážky (*counter-cyclical premium*), která se bude k bezrizikové výnosové křivce přičítat.

Dále Omnibus II do konkrétních oblastí zavádí závaznou mediační proceduru EIOPA. Ta bude urovnávat spory mezi orgány dohledu a její rozhodnutí v daném sporu bude pro národní orgány dohledu závazné. S mediační procedurou se setkáme zejména v dohledu pojišťovacích skupin – typickým příkladem je závazná mediační procedura při schvalování skupinového interního modelu. Spory však bude moci EIOPA řešit i v jiných oblastech – např. v případě sporu při kontrole pobočky v jiném členském státě (hostitelský orgán dohledu se bude chtít zúčastnit kontroly na místě v pobočce v jeho státě a domovský orgán dohledu by mu přítomnost na kontrole nechtěl umožnit) nebo v případě kontroly ve společnosti poskytující outsourcing v jiném členském státě. Evropská komise původně navrhovala i zavedení závazné mediace pro schvalování ozdravných plánů pojišťoven ze skupin s centralizovaným řízením rizik. Mohlo by tak dojít k situaci, kdy by EIOPA v mediačním sporu rozhodla o pojišťovně z členského státu i proti názoru příslušného orgánu dohledu. To bylo pro ČNB nepřijatelné, a proto je z jejího pohledu možné vnímat vypuštění tohoto ustanovení v pracovní skupině Rady EU pozitivně.

Poslední podstatnou novinkou, kterou Omnibus II zavedl, byla zmocnění pro zavedení přechodných období. Ta však byla Evropskou komisí navržena naprosto nekonzistentně – např. desetileté přechodné období na oceňování aktiv a závazků, výpočtu solventnostního kapitálového požadavku (SCR) nebo navyšování kapitálového požadavku dohledem. Zarážející byl zejména fakt, že do té doby EK žádná taková přechodná období nepředpokládala – počítalo se pouze s přechodnými obdobími pro klasifikaci hybridních kapitálových nástrojů nebo vyhodnocování srovnatelnosti dohledu ve třetích státech. Ve výsledném kompromisu pak zůstala opravdu pouze ta přechodná období nutná pro hladký přechod na nový systém.

Omnibus II také posouvá účinnost Solventnosti II – původně EK navrhla posunout účinnost směrnice z 31. října 2012 na 1. ledna 2013, a to zejména z důvodu přizpůsobení informačních systémů pro vykazování (přechod na začátku roku je jak pro pojišťovny, tak pro orgány dohledu vždy jednodušší než v průběhu roku). Už během jednání v Radě se však ukázalo, že vzhledem ke zpoždění v předložení a projednávání Omnibusu II je tento dvouměsíční odklad nedostatečný jak pro přípravu transpozice Solventnosti II do národních předpisů, tak pro přípravu prováděcího nařízení a zejména navazujících standardů EIOPA. Podle kompromisního návrhu dojednaného v Radě EU by nakonec měla být platnost rámcové směrnice odložena na 31. března 2013 (do tohoto data budou muset mít členské státy směrnici transponovanou), účinnosti by pak směrnice nabyla 1. ledna 2014. Navíc by pojišťovny od 1. července 2013 mohly podávat žádosti o schválení doplňkového kapitálu, interních modelů a parametrů specifických pro pojišťovnu. Půlroční lhůta před účinností směrnice by měla poskytnout pojišťovnám i dohledovým orgánům dostatečný časový prostor pro schválení takových žádostí v předstihu, aby pojišťovny tyto nástroje mohly začít používat od prvního dne účinnosti nové regulace.

Výbor Evropského parlamentu pro hospodářství a měnu (ECON) by měl v listopadu 2011 schválit stanovisko EP[4], poté bude následovat trialog a ke schválení finálního kompromisu by mělo dojít v lednu 2012. Nakolik je tento harmonogram realistický se těžko posuzuje, musíme však doufat, že si všechny strany uvědomují časovou tíseň, pod kterou musí pracovat. Co nejrychlejší přijetí Omnibusu II je totiž nezbytné pro včasné přijetí prováděcího předpisu k Solventnosti II – EK nemůže oficiálně vydat návrh tohoto předpisu před nabytím účinnosti Omnibusu II (to se dá čekat zhruba v únoru/březnu 2012). A teprve oficiálním vydáním návrhu EK začíná běžet legislativní proces, jehož délka se dá předpokládat zhruba na 1 rok, z čehož značnou část zaberou překlady.

Prováděcí přepis k Solventnosti II

Jak praví přísloví, ďábel je skryt v detailech. V případě Solventnosti II se tedy ďábel skrývá v necelých 400 stranách prováděcího předpisu plného technických detailů. Návrh, který EK připravuje a diskutuje se členskými státy i hlavními asociacemi na evropském pojistném trhu (CEA, Amice, CRO Forum, CFO Forum, Group Consultatif aj.), je založen na radách CEIOPS, které byly vypracovány a konzultovány v roce 2009. Do kalibrace a výsledné podoby standardního vzorce, který je nedílnou součástí prováděcího předpisu, pak samozřejmě promluvily výsledky kvantitativních dopadových studií, zejména pak QIS5 z roku 2010, na jejichž základě se kalibrace některých výpočtů ještě nedávno upravovala.

Jak bylo již výše uvedeno a v průběhu vyjednávání i potvrzeno Evropskou komisí bude mít prováděcí předpis formu přímo účinného nařízení. Tím tedy odpadne nutnost implementovat tento předpis do národních právních norem a omezí se rozdílné úpravy v jednotlivých státech.

[4] Viz harmonogram zveřejněný na http://www.europarl.europa.eu/oeil/file.jsp?id=5895132&noticeType=null&language=en

Struktura textu odpovídá známému „třípilířovému" znázornění Solventnosti II. Po několika úvodních ustanoveních je rozsáhlá pasáž věnována prvnímu pilíři, tedy kvantitativním požadavkům.

Pilíř 1 – kvantitativní požadavky

Poměrně krátce je rozvedeno oceňování aktiv a závazků jiných, než jsou technické rezervy – předpis odkazuje na mezinárodní účetní standardy ve formě, jak je do svého právního řádu převzala Evropská unie nařízením č. 1606/2002. Dále pak jsou explicitně uvedeny některé položky, jako např. majetkové účasti, goodwill, nehmotná aktiva a odložené daňové pohledávky, a způsob jejich oceňování. Zároveň je explicitně upraveno zachycení materiálních podmíněných závazků v rozvaze pojišťoven. K tomuto možná trochu neobvyklému kroku vedlo to, že doplňkový kapitál, který má většinou povahu podmíněných pohledávek, je také uznáván jako regulatorní kapitál.

Další část je věnována oceňování technických rezerv – od zachycení závazku, včetně jeho „ohraničení" (*contract boundary*), přes požadavky na kvalitu dat, základní metody výpočtu technických rezerv až k bezrizikové výnosové křivce. Její stanovení by měla provádět EIOPA pro všechny relevantní měny, avšak stále ještě není jasné, jak přesně bude bezriziková výnosová křivka určena, a to zejména proto, že Evropská komise na poslední chvíli (na jaře tohoto roku) začala uvažovat o zahrnutí různých přirážek. Blíže se tomuto tématu věnujeme v poslední části našeho článku. Prováděcí předpis také upravuje výpočet rizikové marže, včetně výše sazby nákladů na kapitál ve výši 6%, a základní druhy pojištění, podle nichž musí pojišťovny technické rezervy segmentovat. Na závěr této části jsou pak uvedeny ještě obecná ustanovení pro použití zjednodušených metod pro výpočet technických rezerv a pohledávek ze zajistných smluv.

Navazující část prováděcího předpisu je věnována kapitálu, a to schvalování doplňkového kapitálu (včetně obsahu žádosti o schválení) a klasifikace kapitálových instrumentů do jednotlivých tříd (*Tiers*). Prováděcí předpis vyjmenovává konkrétní položky včetně jejich klasifikace a zároveň obsahuje základní kritéria pro tuto klasifikaci do příslušných tříd. Dále jsou uvedeny limity přípustnosti jednotlivých tříd pro krytí kapitálových požadavků. SCR budou pojišťovny muset krýt minimálně z poloviny kapitálem z Tier1, naopak kapitál z Tier3 bude přípustný pouze do výše 15% SCR. Minimální kapitálový požadavek (MCR) pak bude muset být krytý minimálně z 80% kapitálem z Tier1. Zároveň je omezen podíl podřízených závazků a prioritních akcií na maximálně 20% celkového Tier1. Na závěr je zařazeno přechodné období pro klasifikaci hybridního kapitálu do jednotlivých tříd.

Zhruba třetina textu prováděcího předpisu je věnována výpočtu solventnostního kapitálového požadavku podle standardního vzorce. Pro účely našeho textu nemá smysl rozebírat tuto pasáž do detailů – stačí konstatování, že

prováděcí předpis detailně popisuje výpočet kapitálových požadavků k jednotlivým rizikům, včetně zohlednění technik snižujících riziko, používání parametrů specifických pro pojišťovnu (včetně jejich schvalování), zacházení s účelově vázanými fondy (*ring-fenced funds*) apod. Prováděcí předpis také definuje rizika, která jsou zahrnuta do výpočtu SCR, avšak nejsou zmíněna v rámcové směrnici – jedná se o riziko nehmotných aktiv a také riziko spojené s aplikací proticyklické přirážky. Je možná vhodné uvést, že tímto nejde prováděcí předpis nad rámec směrnice, protože ta sama říká, že SCR pokrývá minimálně rizika upisovací, tržní, kreditní a operační, takže přidávání modulů do výpočtu SCR je možné. Prováděcí předpis také stanovuje povinnost EIOPA sbírat od svých členů data, podle nichž bude posuzováno nastavení kalibrace výpočtů, a EIOPA má pravomoc navrhnout změny v kalibraci jednotlivých výpočtů, včetně změny korelačních parametrů.

Pasáž věnovaná interním modelům obsahuje podrobné požadavky na interní modely (včetně testů, které musí splňovat, jako je test užití, test statistické kvality apod.) a detaily k procesu schvalování těchto modelů, včetně obsahu žádosti a procesu jejího schvalování.

Minimálnímu kapitálovému požadavku je věnováno pár článků předpisu, které obsahují vzorec výpočtu. Zde došlo v nedávné době k podstatné změně oproti původnímu záměru počítat MCR jako maximum ze dvou výsledků, protože to by bylo v rozporu s ustanovením rámcové směrnice, které stanoví, že MCR se počítá lineární funkcí. Proto byl celý výpočet znovu kalibrován. Posledních pár článků z pilíře 1 je věnováno požadavkům na investování do sekuritizovaných aktiv.

Pilíř 2 – kvalitativní požadavky

Část věnovaná druhému pilíři blíže specifikuje požadavky na řídicí a kontrolní systém (ŘKS) stanovené rámcovou směrnicí – od obecných, jako je zajištění efektivní spolupráce a interního reportingu nebo odborné a morální způsobilosti členů statutárních orgánů, až po konkrétní požadavky kladené na jednotlivé funkce pojišťovny.

Přestože je rozsah úpravy věnovaný ŘKS ve srovnání s požadavky kladenými na pilíř 1 výrazně menší, je možné, že její implementace do interních systémů bude mnoha pojišťovnám činit větší potíže než implementace kvantitativních požadavků prvního pilíře. Kvalitativní požadavky totiž, jak již název napovídá, nebyly předmětem testování v kvantitativních dopadových studiích a některé pojišťovny se tak s podrobnější koncepcí požadavků na ŘKS seznámí poprvé až v okamžik zveřejnění prováděcího předpisu Evropskou komisí. Na druhou stranu však můžeme pojišťovny uklidnit konstatováním, že v současnosti platná vyhláška řadu konkrétních požadavků ŘKS již upravuje a prováděcí předpis žádnou radikální změnu nepřinese.

V obecné rovině odpovídá představenstvo za vytvoření, udržování a uplatňování uceleného ŘKS, který se skládá ze vzájemně se prolínajících systémů řízení rizik a vnitřní kontroly, odpovídajícího organizačního uspořádání s jasným vymezením činností a odpovědností, procesů vnitřní i vnější komunikace, zamezování střetu zájmů, nápravy identifikovaných pochybení atp. K řádnému zavedení ŘKS požaduje prováděcí předpis po pojišťovnách vytvoření a dodržování hned několika vnitřních předpisů, přičemž stanoví i jejich minimální obsah. Součástí obecných požadavků na ŘKS je také úprava procesů a dokumentace ověřování ocenění aktiv a závazků, zejména pak technických rezerv.

K zajištění odpovídajících personálních předpokladů pro řádný a obezřetný výkon činnosti budou pojišťovny povinny nastavit odpovídající procesy pro kontinuální posuzování, zda osoby pověřené výkonem klíčových funkcí[5] plní požadované podmínky důvěryhodnosti (*fit and proper*). V případě statutárních orgánů se objevuje také dodatečná podmínka, aby orgán jako celek disponoval nezbytnými znalostmi a zkušenostmi potřebnými k řádnému řízení pojišťovny.

V oblasti řízení rizik prováděcí předpis jednak blíže specifikuje oblasti a rizika, na které se systém řízení rizik vztahuje, dále stanoví zejména požadavky na strategie a postupy při rozpoznávání, ohlašování a řízení rizik, včetně vnitřních definic a limitů rizik a zátěžových testů.

S funkcí řízení rizik je velmi úzce spojena také pojistně-matematická funkce, jejíž činnost je v návrhu prováděcího předpisu upravena velmi detailně, a to zejména v oblastech srovnání nejlepšího odhadu technických rezerv se zkušenostmi a vyjadřování názoru na celkovou koncepci upisování a na adekvátnost zajistných ujednání. V obecné rovině se tak úkoly a povinnosti pojistně-matematické funkce neliší od institutu odpovědného pojistného matematika, jak byl zaveden v českém zákoně o pojišťovnictví. ČNB se při vyjednávání o implementaci směrnice zasazuje o zrušení institutu odpovědného pojistného matematika a ponechání pouze pojistně-matematické funkce, jak požaduje směrnice.

Funkce interního auditu a funkce kontroly dodržování povinností plynoucích z právních předpisů a z vnitřních předpisů pojišťovny (*compliance*) jsou upraveny velmi stručně. Za zmínku stojí odlišná úprava personálního zajištění funkce interního auditu, která je podle rámcové směrnice nezávislá, a proto se osoby odpovědné za výkon interního auditu nemohou podílet na výkonu jiných funkcí, zatímco u ostatních funkcí je vzájemné prolínání připuštěno (je-li v souladu s principem proporcionality).

Prováděcí předpis dále obsahuje poměrně detailní podmínky pro outsourcing. Pojišťovna, která hodlá využít externího zajištění služeb nebo činností, musí zavést a uplatňovat odpovídající opatření k řízení souvisejících rizik. Před externím zajištěním výkonu významné funkce nebo činnosti musí pojišťovna splnit řadu podmínek, zejména

[5] Klíčovými funkcemi jsou „funkce osob s účastí na řízení pojišťovny" a dále funkce řízení rizik, compliance, interního auditu, pojistně-matematická funkce a případně další pojišťovnou interně definované funkce.

zajistit, že pověřením jiné osoby nedojde k porušení právních předpisů (např. v oblasti ochrany osobních údajů), ověřit, zda poskytovatel disponuje nezbytnými finančními, personálními a technickými prostředky a zda poskytovatel přijal vhodná opatření k zamezení případných střetů zájmů. Obdobně detailně jsou upraveny také náležitosti smlouvy o externím zajištění klíčové činnosti nebo funkce, přičemž se základními náležitostmi každé takové smlouvy musí být výslovně seznámeno představenstvo pojišťovny. I přes výše nastíněnou komplexnost regulatorních požadavků se pojišťovna outsourcingem samozřejmě nezříká odpovědnosti za řádný výkon externě zajištěné funkce a činnosti.

V oblasti odměňování zaměstnanců budou pojišťovny povinny přijmout a uplatňovat písemnou koncepci odměňování, která zohlední především povahu činnosti pojišťovny, její dlouhodobé zájmy, ekonomické výsledky a rizikový profil. Koncepce by měla upravovat nejen odměňování zaměstnanců pojišťovny, ale také členů jejích orgánů. Tomuto požadavku odpovídá i postup pro schvalování koncepce, kdy představenstvo přijímá obecné principy. Na schvalování politiky odměňování členů statutárních orgánů by se však měli podílet také akcionáři, případně členové družstva.

Mezi požadavky prováděcího předpisu na ŘKS chybí vlastní posuzování rizik a solventnosti (ORSA) zmíněné rámcovou směrnicí. Přestože je ORSA jednou z nejproblematičtějších oblastí celého ŘKS pojišťoven a přestože se jedná o nový regulatorní institut (alespoň v evropských právních předpisech upravujících pojišťovnictví), prováděcí předpis jej vůbec neupravuje. Je však nutné zdůraznit, že se jedná o **vlastní** vyhodnocování – cílem tedy je, aby se sama pojišťovna zamyslela nad svými potřebami kapitálu a riziky, které podstupuje. Stanovení obsahu a struktury ORSA závazným právním předpisem by částečně tuto odpovědnost z pojišťoven sejmulo. Zároveň je však vhodné poznamenat, že EIOPA připravuje nezávazné, ale do detailu rozpracované doporučení třetí úrovně, které pojišťovnám usnadní implementaci procesu ORSA do jejich řídicího a kontrolního systému.

Druhá kontroverzní oblast kvalitativního pilíře, kterou je navýšení kapitálového požadavku ze strany dohledu, již v prováděcím předpisu upravena je. Aby bylo možné využívat navýšení kapitálového požadavku jako efektivní nástroj dohledu, bylo nezbytné na úrovni prováděcího předpisu stanovit předpoklady, kdy se rizikový profil pojišťovny významně odchyluje od pokladových předpokladů k výpočtu SCR, a kdy se ŘKS významně odchyluje od stanovených základních požadavků. V prvním případě byly stanoveny dva prahy významnosti, a to rozdíl 10% a 15% mezi původním kapitálovým požadavkem a přepočítaným kapitálovým požadavkem, který odchylky rizikového profilu již zohledňuje. V případě rozdílu ve výši 10% se předpokládá, že se rizikový profil významně odchyluje, nicméně orgán dohledu není tímto prahem vázán. V případě rozdílu většího nežli 15% je však odchylka považována za významnou vždy. Pro posouzení významnosti nedostatků ŘKS bylo stanoveno šest kritérií, jako např. pravděpodobnost a význam případných nežádoucích dopadů na pojistníky či finanční situaci pojišťovny. Prováděcí předpis dále upravuje postupy pro uložení a zrušení navýšení kapitálového požadavku.

Pilíř 3 – zveřejňování informací a vykazování dohledu

Posilování transparentnosti a tržní disciplíny bylo jedním z cílů Solventnosti II od samého počátku. To je promítnuto ve velmi podrobných požadavcích na informace, které o sobě pojišťovna bude muset uveřejnit ve zprávě o solventnosti a finanční situaci. Kromě obligátních informací o vlastnících pojišťovny, hlavních činnostech apod. bude zpráva obsahovat detaily o řídicím a kontrolním systému (hlavní zásady a popisy, jak pojišťovna zajišťuje klíčové funkce nebo jakou má politiku odměňování), rizikovém profilu (informace podle jednotlivých typů rizik, včetně rizik, která nejsou součástí standardního vzorce, jako je např. riziko likvidity; informace o výsledcích zátěžových testů; koncentraci rizik apod.), oceňování aktiv a závazků (včetně rozdílů oproti oceňování pro účetnictví) a řízení kapitálu (informace o kapitálových požadavcích členěných podle jednotlivých rizik; o struktuře kapitálu; o případných nedodrženích kapitálových požadavků atd.). Uvažuje se o tom, že některé informace budou pojišťovny ve zprávě uvádět v podobě výkazů pro dohledové orgány, aby byly uveřejňované ve shodné struktuře. V prvních třech letech účinnosti směrnice se bude postupně zkracovat lhůta pro vypracování této zprávy – po třech letech od nabytí účinnosti směrnice by pojišťovny měly tuto zprávu zveřejňovat nejdéle 16 týdnů po konci jejich účetního období.

Dohledovým orgánům budou pojišťovny navíc předkládat obdobnou zprávu, která by měla být ještě podrobnější a bude obsahovat i citlivé či důvěrné informace, které nelze zveřejňovat (jako typický příklad takové informace je možné uvést výsledek ORSA). Oproti veřejné zprávě o solventnosti a finanční situaci bude možné zprávu pro dohled vypracovávat pouze jednou za tři roky, pokud nenastanou významné změny oproti poslední zprávě nebo dohled v návaznosti na vyhodnocení dané pojišťovny neuloží povinnost vypracovávat tuto zprávu každý rok. Souhrn obsahující všechny podstatné informace budou muset pojišťovny předkládat každý rok. Termíny pro předkládání zprávy pro dohled jsou shodné s termíny pro uveřejnění zprávy o solventnosti a finanční situaci pojišťovny, včetně přechodného období v prvních třech letech účinnosti směrnice.

Součástí vykazování vůči dohledu jsou i výkazy pojišťoven. Jejich forma a obsah budou definovány v závazném standardu EIOPA – prováděcí nařízení obsahuje pouze termíny pro jejich zaslání dohledu. Dojde tak téměř k naprosté harmonizaci vykazování napříč celou EU, členské státy si budou moci pouze z důvodů národních specifik definovat speciální výkazy, do podoby „standardních" výkazů nebudou nijak zasahovat. Nastavení systémů a vůbec příprava na harmonizované výkaznictví je asi jednou z největších výzev, které nyní před pojišťovnami stojí a měla by jim být věnována náležitá pozornost. Proto již byly návrhy výkazů neformálně konzultovány s významnými evropskými asociacemi na začátku tohoto roku a na podzim je možné očekávat spuštění oficiální veřejné konzultace EIOPA, během níž bude možné se k výkazům vyjádřit.

Pojišťovny nejsou jedinými subjekty, po nichž je v Solventnosti II vyžadována značná transparentnost. Orgány dohledu budou muset zveřejňovat agregované statistické ukazatele za národní trhy, všechny národní předpisy

regulující činnost pojišťoven, včetně obecného popisu kritérií a metod používaných při výkonu dohledu. Detailní požadavky na toto zveřejňování je rovněž součástí prováděcího předpisu.

Další prvky prováděcího předpisu

Důležitou součástí prováděcího předpisu jsou pak oblasti, které nelze zařadit ani do jednoho pilíře, ale jsou minimálně stejně důležité. Jednou z těchto oblastí je dohled pojišťovacích skupin – prováděcí předpis obsahuje několik technických detailů nutných pro výpočet skupinové solventnosti (např. kritéria pro rozhodování o povolení použití metody dedukce a agregace pro výpočet skupinového SCR, zacházení s některými přidruženými společnostmi apod.), postupy pro schvalování skupinových interních modelů, které je možné rozlišit na ty, jež slouží k výpočtu pouze skupinového SCR, a ty, které je možné použít i pro výpočet SCR jednotlivých pojišťoven ze skupiny, přičemž postupy pro schvalování těchto modelů se liší podle možnosti ingerence hostitelských orgánů dohledu. Důležitou součástí jsou také ustanovení pro uveřejňování informací pojišťovacími skupinami a jejich vykazování vůči dohledu. Předpis pak obsahuje také požadavky na spolupráci orgánů dohledu v kolegiích, včetně výměny informací. Zde je možné upozornit na návrh EK, podle něhož by si orgány dohledu vyměňovaly všechny zprávy o solventnosti a finanční situaci a zprávy pro dohled za všechny pojišťovny ve skupině, včetně příslušných relevantních výkazů, pokud si ve smlouvě o spolupráci nedefinují rozsah vyměňovaných informací jinak. Standardní rozsah výměny informací navrhovaný EK by jistě posílil informovanost dohledů, nicméně těžko si lze představit situaci, kdy ČNB obdrží všechny zmíněné dokumenty za všechny pojišťovny ze skupiny s celoevropskou působností (např. Allianz, AXA nebo ING), navíc zřejmě v jazycích zemí sídel těchto pojišťoven (otázku jazyka těchto zpráv předpis vůbec neřeší). Požadavek na sdílení informací tak nabývá poměrně absurdních rozměrů.

Prováděcí předpis dále obsahuje požadavky na zajišťovací účelové osoby (*special purpose vehicle* – SPV) a postupů pro jejich licencování. SPV musí být „plně financovaná" (*fully funded*; zjednodušeně řečeno musí mít aktiva minimálně v hodnotě agregované maximální expozici vůči riziku), na jejich investice se vztahuje pravidlo obezřetné osoby a osoby řídící SPV nebo vlastnící kvalifikovaný podíl musí splňovat požadavky na důvěryhodnost.

Poslední část prováděcího předpisu stanovuje podmínky pro vyhodnocení rovnocennosti dohledu ve třetích státech – jaká kritéria budou brána v úvahu při samotném vyhodnocení, aby systém dohledu mohl být uznán za rovnocenný Solventnosti II. Protože se nedá očekávat, že by bylo mnoho zemí, které by tato kritéria plnily již od samého počátku účinnosti Solventnosti II, zavádí prováděcí předpis také přechodné období, během kterého bude třetí země uznána za rovnocennou, pokud splní určité podmínky (veřejně se zaváže implementovat systém, který by mohl splnit daná kritéria, aktivně spolupracuje při vyhodnocování rovnocennosti, její dohledové orgány

mají povinnost mlčenlivosti apod.). Délka tohoto přechodného období ještě bude diskutována při schvalování Omnibusu II – dá se předpokládat, že bude nakonec pět let. EIOPA mezitím již vypracovala pro Evropskou komisi vyhodnocení rovnocennosti dohledu pro Švýcarsko, Bermudy a Japonsko (návrh rady EIOPA byl veřejně konzultován v září tohoto roku).

Otevřené otázky

V článku jsme se pokusili naznačit obsah Solventnosti II, zejména vztah rámcové směrnice a prováděcího předpisu. *Znovu opakujeme, že informace v článku jsou založeny na textech a návrzích, které nám byly k dispozici v září 2011.* Konečná verze jak Omnibusu II, tak prováděcího předpisu k Solventnosti II může ještě nabýt změn v závislosti na projednávání v příslušných pracovních skupinách a orgánech Evropské unie. Na závěr bychom ještě chtěli shrnout několik otevřených otázek a kontroverzních bodů, které si určitě zaslouží vyšší pozornost již nyní, téměř dva roky před nabytím účinnosti směrnice.

Výkaznictví

Jako první si dovolujeme zařadit výkaznictví. Jak je uvedeno výše – prováděcí předpis obsahuje pouze několik málo detailů k pravidelným výkazům, jejichž obsah, forma i periodicita zasílání dohledu budou stanoveny připravovaným závazným standardem EIOPA. Ten by měl být veřejně konzultován na podzim tohoto roku a určitě by bylo vhodné, aby se české pojišťovny této konzultace zúčastnily – buď aktivně (zasílání připomínek), nebo si alespoň interně zkusily vyplnění těchto výkazů, aby zjistily, kde jsou největší nedostatky. Příprava interních systémů a procesů na výkaznictví určitě není záležitostí pár měsíců.

Zatímco naprostá harmonizace v obsahu jednotlivých výkazů napříč EU je prakticky daná, řada otázek panuje nad technikou přenosu dat. EIOPA v srpnu 2011 spustila konzultaci týkající se formátu XBRL – tato konzultace je velmi technická a účastníci se mají vyjádřit ke vhodnosti tohoto formátu. Bohužel chybí jedna základní otázka – bude povinné používat formát XBRL na národní úrovni k přenosu informací od pojišťoven vůči dohledovým orgánům? Z hlediska ČNB je tato otázka naprosto zásadní. Předepsání jednotného formátu napříč EU by si vynutilo značné náklady pro pojišťovny i dohledové orgány ze zemí, které tento formát dosud nepoužívají. Navíc ČNB jako integrovaný orgán dohledu prosazuje harmonizovaný přístup ke všem dohlíženým institucím – zvolení jednoho formátu pro pojišťovny a jiného např. pro banky nebo jiné dohlížené subjekty by bylo velmi nekonzistentní a mohlo by ztížit přístup k informacím při výkonu dohledu. Pro ČNB by tak bylo ideální, pokud by si národní orgány dohledu mohly samy určit formát přenosu informací od dohlížených subjektů, zatímco např. formát přenosu dat od orgánů dohledu do EIOPA by byl harmonizovaný.

Bezriziková výnosová křivka

Z počátku přípravy Solventnosti II tomuto prakticky nekonfliktnímu tématu nebyla věnována žádná pozornost – bezriziková výnosová křivka pro diskontování budoucích peněžních toků se měla odvodit z údajů dostupných na finančních trzích a spory se vedly pouze o to, zda bude odvozena od státních dluhopisů nebo úrokových swapů. Zástupci Velké Británie v roce 2009 začali na různých úrovních poukazovat na problém s britským trhem doživotních anuit a způsobem určení vhodné výnosové křivky pro tyto produkty – v době krize dochází ke značné volatilitě v hospodářských výsledcích pojišťoven a řešení bylo spatřováno v zavedení přirážky k bezrizikové křivce. Tato přirážka by odpovídala nadvýnosům z korporátních dluhopisů, které z velké většiny tvoří portfolia, jimiž pojišťovny kryjí závazky z doživotních anuit, a byla nazývána jako prémie za nelikviditu (*illiquidity premium*).

Pracovní skupina složená ze zástupců trhu i dohledových orgánů pak ve své zprávě ze začátku roku 2010 souhlasila s konceptem přirážky za nelikviditu a doporučila její použití pro diskontování závazků z doživotních anuit. Evropská komise však použila tento návrh na všechny pojistné produkty s tím, že výše přirážky by byla odstupňovaná podle povahy produktů – na anuity by bylo možné použít celou přirážku, zatímco např. na produkty neživotního pojištění pouze polovinu. Samotné rozřazování produktů však bylo poměrně arbitrární, protože kritéria nebyla jednoznačná.

V reakci na výsledky QIS5 pak EK s úmyslem odstranit „umělou volatilitu v technických rezervách a přebytku kapitálu" navrhla v květnu 2011 používat přirážky dvě. Již zmiňovaná proticyklická přirážka se má vztahovat téměř na všechny produkty. Pravomoc stanovení této přirážky má EIOPA, která by tak měla činit „transparentním, obezřetným, spolehlivým a objektivním způsobem", a to na základě rozdílu mezi bezrizikovou výnosovou křivkou a výnosem, kterého by pojišťovny byly schopné dosáhnout z reprezentativního portfolia aktiv. Bohužel žádné další detaily, např. jak určit takové reprezentativní portfolio aktiv nebo jak přesně vypočítat přirážku, návrh prováděcího předpisu neobsahuje. Přirážka by se měla vyhlašovat pouze v situaci „stresovaných finančních trhů", v jiných situacích bude nulová. Kritéria pro vyhlášení přirážky jsou opět poněkud mlhavá a je otázkou, nakolik bude možné vyhlášení přirážky racionálně očekávat. Pojišťovny by měly být schopné samy odvodit, kdy lze očekávat vyhlášení proticyklické přirážky – to je důležité nejen pro samotný výpočet technických rezerv, ale také proto, že zavedení přirážky znamená také kapitálový požadavek na riziko následné změny této přirážky (prováděcí předpis takto zavádí nový pod-modul tržního rizika). Existují však názory, že vyhlášení proticyklické přirážky musí být neočekávané.

Proticyklickou přirážku nebude možné aplikovat na diskontování závazků, u nichž bude pojišťovna používat druhou navrhovanou přirážku nazvanou *matching premium (pozn. aut. – návrhy na překlad jsou vítány)*. Její

aplikace bude čistě na pojišťovně, její výpočet bude odvozen od konkrétního portfolia aktiv pojišťovny. Pojišťovny budou moci tuto přirážku použít pouze pro produkty, které splní celou řadu kritérií, jako např. prémie se vztahuje pouze na účelově vázaná portfolia závazků i aktiv, která je kryjí; podkladové smlouvy nevyžadují budoucí platby pojistného; upisovací riziko podkladových smluv obsahuje pouze riziko dlouhověkosti, nákladů a riziko revize (de facto se tedy jedná o anuity); peněžní toky z portfolia aktiv kryjící technické rezervy jsou zafixované a nemohou být emitenty těchto aktiv měněny apod. Samotnou výši přirážky pak pojišťovna vypočte jako rozdíl průměrného a tzv. fundamentálního spreadu mezi bezrizikovou výnosovou křivkou a výnosy podkladového portfolia aktiv. Tento poměrně složitý popis dává tušit, že zavedení této přirážky není zcela v souladu se snahou EK snížit komplexnost návrhu prováděcího předpisu.

Z výše uvedeného je vidět, že z čistě technického problému se stala politická otázka se značnými dopady na všechny pojišťovny, která stále ještě není dořešena. Proto vidíme stanovení úrokové míry potřebné pro diskontování technických rezerv jako jednu z nejzásadnějších otevřených otázek pro další vyjednávání o prováděcím předpise. Její důležitost mimo jiné podtrhuje i stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k návrhu Omnibusu II, podle nějž je stanovení úrokové míry rozhodnutím s významným dopadem na penzijní spoření a jako takové „nemůže být takto důležité politické rozhodnutí přijato pouze na administrativní úrovni EIOPA" (viz bod 3.15 stanoviska[6]). Uvidíme tedy, nakolik budou nové dohledové agentury opravdu nezávislé.

Závěr

V článku jsme se pokusili zevrubně shrnout aktuální stav přípravy regulace Solventnosti II. Byť se nový regulatorní rámec projednává na evropské úrovni již několik let, existuje stále poměrně mnoho otevřených zásadních otázek, jejichž vyřešení je třeba v nejbližší budoucnosti věnovat hodně pozornosti.

Resumé

Solvency II – update and prospects

The article provides an update of Solvency II, especially of the amendments to the Framework Directive that will be implemented through the Omnibus II Directive, currently under negotiation in the Council and the European Parliament, and the content of the implementing measure. Furthermore, the article points out some open questions which deserve to be closely followed in the near future, such as reporting of insurance undertakings and the determination of the risk-free interest rate.

[6] http://eescopinions.eesc.europa.eu/eescopiniondocument.aspx?language=EN&docnr=0796&year=2011

Několik poznámek k nové úpravě outsourcingu v pojišťovnictví[1]

Zdeněk Husták, BBH, advokátní kancelář, v. o. s.

*Pojišťovací sektor se v současnosti připravuje na zásadní změny v podmínkách pro činnost pojišťoven a zajišťoven (dále společně jako „**pojišťovna**" nebo „**pojišťovny**"). Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES, ze dne 25. listopadu 2009, o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solventnost II) (dále jen „**Solvency II**") přináší řadu nových institutů a pravidel pro činnost pojišťoven. Jednou z oblastí, kterou nová regulace významně ovlivní, je využívání outsourcingu. Nové požadavky na outsourcing v oblasti pojišťovnictví přibližují režim outsourcingu úpravě úvěrových institucí a obchodníků s cennými papíry. Záměrem tohoto příspěvku je přiblížit hlavní prvky úpravy outsourcingu v rámci Solvency II, uvést zkušenosti s pravidly pro outsourcing u bank a upozornit na některé kritické prvky nového režimu.*

K pojmu outsourcingu

Outsourcingem se obecně rozumí praxe, kdy společnost určité své hospodářské činnosti nevykonává sama, ale zajišťuje jejich výkon prostřednictvím externího poskytovatele. Solvency II vymezuje outsourcing, resp. ujednání o outsourcingu v oblasti pojišťovnictví, jako *„ujednání v jakékoli podobě mezi pojišťovnou nebo zajišťovnou a poskytovatelem služeb bez ohledu na to, zda podléhá dohledu nebo ne, podle něhož dotyčný poskytovatel služeb vykonává proces, službu nebo činnost – ať již přímo nebo prostřednictvím jejich dalšího externího zajištění – kterou by jinak vykonávala sama pojišťovna nebo zajišťovna.*[2] Pro srovnání, stávající úprava v zákoně o pojišťovnictví[3] používá ve vztahu k ujednání o outsourcingu pojem „smlouva o vyčlenění činnosti". Účelem takovéto smlouvy je *„trvalý nebo dočasný převod nebo rozdělení některých činností, s výjimkou přebírání pojistných rizik do pojištění nebo přebírání zajistných rizik do zajištění, a to buď v celém rozsahu, nebo zčásti na jinou osobu"*. Z uvedených dikcí lze dovodit, že záměrem evropského „směrnicodárce" bylo podřadit pod pojem outsourcingu nejen jakékoliv opatření vedoucí k tomu, že třetí osoba vykonává ucelené činnosti, které by jinak vykonávala pojišťovna sama, ale i dílčí prvky těchto činností či procesy a technické či jiné prostředky, které výkon takovýchto procesů umožňují. Vymezení outsourcingu v Solvency II rovněž výslovně zmiňuje možnost subdelegace outsourcovaných činností a vytváření řetězců několika poskytovatelů umožňujících flexibilnější využívání služeb třetích osob s příslušnou expertizou a technickým či personálním vybavením, které by jinak musela mít pojišťovna sama. Nicméně ne úplně každé využití služby poskytované třetí osobou je nutno považovat za outsourcing. Kupř. je-li najat externí konzultant ke zpracování jednorázového rozboru, nebude se zpravidla jednat o outsourcing. O outsourcing by však mohlo jít v případě, pokud by jej pojišťovna následně začala pověřovat vytvořením, výkonem či řízením určité interní funkce nebo procesu.[4]

Směrnicová definice outsourcingu cílí na *„ujednání [o outsourcingu] v jakékoliv podobě"* oproti čemuž je stávající tuzemská úprava postavena na tom, že se má jednat o smlouvu. V konečném důsledku zde patrně rozdíl bude

[1] Zdeněk Husták, of counsel v advokátní kanceláři BBH, advokátní kancelář, v.o.s. Praha

[2] Čl. 13 bod 28 Solvency II

[3] § 5 odst. 6 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů

[4] Srov. např. CEIOPS Advice for Level 2 Implementing measures on Solvency II: System of Governance (listopad 2009) bod 3.349.

minimální, neboť „ujednání o outsourcingu" bude vždy smlouvou vyjadřující dohodu pojišťovny a poskytovatele outsourcovaných služeb, byť by nebyla zachycena písemně, nahrávkou či jiným dokumentovaným způsobem. Je zajímavé, že Solvency II v definici outsourcingu explicitně nevylučuje možnost *„přebírání pojistných rizik do pojištění nebo přebírání zajistných rizik do zajištění"* jako to činí stávající tuzemská úprava. Toto omezení není zmíněno ani v návrhu prováděcího opatření k Solvency II a může tak být otázkou, zda evropský zákonodárce nechtěl připustit i outsourcing těchto činností - samozřejmě za splnění příslušných obezřetnostních podmínek.

K pojmu „poskytovatel outsourcingu" nebo „poskytovatel služeb" právní předpisy neobsahují specifickou definici. Nicméně Česká národní banka („**ČNB**") v úředním sdělení ČNB k výkonu činnosti na finančním trhu ze dne 21. 12. 2010 (dále jen „**Úřední sdělení k výkonu činnosti**"),[5] vymezila pojem poskytovatel outsourcingu následovně – jedná se o souhrnné označení jakýchkoli jiných (třetích) osob ve vztahu k poskytovateli finančních služeb (bez ohledu na to, zda tato jiná osoba sama je nebo není poskytovatelem finančních služeb), včetně jiných osob v rámci téhož podnikatelského seskupení, jejichž prostřednictvím poskytovatel finančních služeb případně vykonává některé své činnosti (realizuje určité procesy, zajišťuje určité funkce, poskytuje určité služby apod.), přitom outsourcingem ČNB rozumí jakékoli obchodní uspořádání mezi poskytovatelem finančních služeb a jinou osobou za účelem výkonu určitých činností poskytovatele finančních služeb prostřednictvím jiné osoby.

Prameny úpravy

Právní úprava outsourcingu v oblasti pojišťovnictví obsažená v Zákoně o pojišťovnictví dozná zásadního přepracování v rámci transpozice Solvency II. Režim outsourcingu nastavený v Solvency II přibližuje požadavky na outsourcing v oblasti pojišťovnictví režimu outsourcingu obsaženém v předpisech pro úvěrové instituce a obchodníky s cennými papíry. Přitom samotná Solvency II deklaruje snahu o maximální harmonizaci těchto pravidel mezi různými sektory finančního trhu.[6] Vedle textu Solvency II jsou pro diskusi outsourcingu a jeho podmínek podstatná také připravovaná prováděcí opatření k Solvency II. Zatím je veřejně dostupný návrh prováděcího opatření.[7] Tento dokument byl vydán v rámci legislativních příprav na vydání prováděcích předpisů ke směrnici Solvency II a jeho finální verzi vydá Komise patrně v první polovině roku 2012. V rámci standardního evropského legislativního procesu budou tyto dvě úrovně právních předpisů doplněny výkladovými standardy EIOPA. Pro praktické nastavení pravidel a postupů v oblasti outsourcingu v rámci pojišťoven budou rovněž relevantní i další uznávané standardy vydávané mezinárodními organizacemi.

Detailní podmínky a doporučená praxe pro oblast outsourcingu jsou obsaženy v různých zásadách, standardech, doporučeních a podobných materiálech vydávaných mezinárodními institucemi a evropskými regulátory. Pro

[5] Dokument je dostupný na webové stránce http://www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/legislativni_zakladna/banky_a_zalozny/metodiky_vyklady.html

[6] Srov. Recital 37 in fine Solvency II – "Tyto požadavky [na outsourcing] by měly zohledňovat činnost Společného fóra (pozn. Joint Forum) a jsou v souladu se stávajícími pravidly a praxí v bankovnictví, jakož i se směrnicí 2004/39/ES a její aplikací na úvěrové instituce."

[7] Doporučení CEIOPS (současné EIOPA – European Insurance and Occupational Pensions Authority) Advice for Level 2 Implementing measures on Solvency II: System of Governance z listopadu 2009 a konzultační dokument Komise.

oblast pojišťovnictví nelze stávající materiály použít bez dalšího doslovně. V současnosti nicméně existuje jednak podstatný trend přibližování regulace oblasti pojišťovnictví regulaci bankovnictví, jednak v oblasti outsourcingu existují určité obecné principy, které lze aplikovat bez ohledu na konkrétní oblast podnikání. Jako příklad standardů upravujících podmínky outsourcingu lze uvést:

- *Basel Committee on Banking Supervision The Joint Forum Outsourcing in Financial Services (únor 2005)*[8]
- *CEBS Guidelines on Outsourcing (prosinec 2006)*[9]
- *Úřední sdělení ČNB ze dne 18. července 2007 k pravidlům obezřetného podnikání bank a spořitelních a úvěrních družstev – Outsourcing*

Přínosy a rizika outsourcingu

Názorný přehled outsourcovaných služeb, důvodů a motivů pro outsourcing v oblasti finančních služeb uvádí výše zmíněná publikace Basilejského výboru *Outsourcing in Financial Services*. Podle analýzy Basilejského výboru jsou nejčastěji outsourcovanou činností IT služby, administrativní činnosti a zajišťovaní distribuce a logistiky.[10]

Hlavní důvod pro outsourcing je ekonomický a spočívá v úspoře nákladů. Důvodem úspory v nákladech jsou jednak případná levnější pracovní síla v místě sídla poskytovatele outsourcingových služeb, jednak tzv. úspory z rozsahu. Úspor z rozsahu dociluje jednak poskytovatel outsourcingových služeb, neboť se soustředí pouze na poskytování identické outsourcingové služby, a to většímu množství klientů, jednak příjemce outsourcingu, neboť se může soustředit na svoji hlavní činnost a získá dodatečné zdroje pro nové projekty.[11]

Podle analýzy ECB z roku 2004 zmiňované v doporučení Basilejského výboru[12] jsou hlavními motivy pro outsourcing snížení nákladů, přístup k novým technologiím a jejich lepší řízení a možnost soustředit se na hlavní aktivity společnosti.[13]

Outsourcing s sebou též nese řadu rizik, která opět přehledně shrnuje citovaná publikace.[14] Jedná se zejména o:

- strategické riziko (poskytovatel má další aktivity neslučitelné s cíli příjemce outsourcingu, nedostatečná možnost dohledu nad poskytovatelem, ztráta odbornosti u příjemce)
- reputační riziko (nekvalitní služby, porušování doporučených postupů)
- compliance riziko (nedodržování zákonů na ochranu spotřebitele a obezřetnostních pravidel)
- operační riziko (omyl, chyba, podvod, selhání techniky, nedostatečná kapacita)

a dále riziko spjaté s výstupní strategií, riziko protistrany, riziko země sídla poskytovatele, atd. Řízení všech uvedených rizik je řešeno ve výše uvedených materiálech zabývajících se outsourcingem.

---

[8] Dokument je dostupný na webové stránce http://www.bis.org/press/p050215.htm

[9] Dokument je dostupný na webové stránce http://www.eba.europa.eu/Publications/Standards-Guidelines.aspx

[10] s. 5 Basel Committee on Banking Supervision, The Joint Forum, Outsourcing in Financial Services, February 2005

[11] s. 6 Basel Committee on Banking Supervision, The Joint Forum, Outsourcing in Financial Services, February 2005

[12] Ibid. s. 6

[13] Ibid. s. 6

[14] Ibid s. 11-12

Trend přibližování bankovní regulaci

V současné době je na evropské i světové úrovni možno zaznamenat velmi silný trend rozšiřování bankovní regulace (resp. regulace „úvěrových institucí") na další a další oblasti. Tento trend se v současnosti týká zejména obchodníků s cennými papíry, kótovaných společností, platebních institucí, kolektivního investování a právě pojišťovnictví.

Původní úprava outsourcingu v pojišťovnictví je obsažena zejména v ustanovení § 6 odst. 4 Zákona o pojišťovnictví. Tato úprava je poměrně benevolentní a vylučuje možnost outsourcingu pouze ve vztahu k přebírání pojistných a zajistných rizik. Dále vyžaduje, aby outsourcing nevedl ke zkreslování účetnictví nebo ohrožování stability podnikání pojišťoven.

Nová úprava implementující směrnici Solvency II přibližuje úpravu outsourcingu v pojišťovnictví úpravě outsourcingu úvěrových institucí, a to zejména v následujících směrech:
(a) bude zavedeno rozlišení běžné a významné činnosti nebo funkce pojišťoven, přičemž u významných činností nebo funkcí bude pro outsourcing zaveden přísnější režim co do požadavků na řízení rizik, informačních povinností vůči ČNB atd.,
(b) bude rozvedena povinnost pojišťoven ve vztahu k zajištění možnosti dohledu ČNB nad outsourcovanými činnostmi a ve vztahu k řízení rizik vyplývajících z outsourcingu

Vcelku lze říci, že pravidla pro outsourcing v pojišťovnictví se tak alespoň na úrovni zákona[15] stanou téměř identickými s pravidly platnými pro úvěrové instituce. Drobné odchylky v obou úpravách zmíníme níže.

Přípustnost outsourcingu podle nové právní úpravy

Z hlediska přípustnosti outsourcingu obecně nová úprava nepřináší zásadní změnu. Stále bude platit, že je přípustný outsourcing veškerých činností pojišťovny
(a) kromě přebírání pojistných rizik nebo přebírání zajistných rizik, a
(b) za podmínky, že takový postup nevede ke zkreslování účetnictví nebo ohrožování stability hospodaření.

Nová úprava však přinese zcela zásadní rozdělení outsourcovaných činností na běžné a významné,[16] analogicky s tím, jak je tato dělba provedena v legislativě pro banky a obchodníky s cennými papíry. Pro outsourcing těchto dvou kategorií činností též přinese nová úprava odlišné podmínky.

Kategorii významných činností zavádí směrnice Solvency II[17], která hovoří o kritických či důležitých provozních funkcích či činnostech („*critical or important operational functions or activities*") a zároveň uvádí jejich

[15] Pro úvěrové instituce jsou však tato pravidla obsažena v Obezřetnostní vyhlášce.

[16] Pojem významné činnosti existuje i v platné úpravě Zákona o pojišťovnictví, a to v § 23 odst. 1 písm. d), nicméně vzhledem k úpravám, které přinese transpozice Solvency II se tento článek zaměřuje na nově zavedeném rozlišení.

vymezení. Tato kategorie se zároveň překrývá s kategorií „významných činností" vymezenou v předpisech upravujících činnost bank a obchodníků s cennými papíry. Konkrétně se jedná o vymezení uvedené v § 216 vyhlášky č. 123/2007 Sb., o pravidlech obezřetného podnikání bank, spořitelních a úvěrních družstev a obchodníků s cennými papíry (dále jen „**Obezřetnostní vyhláška**"). Nová právní úprava proto konzistentně s praxí v bankovním sektoru považuje za významné takové činnosti,

(a) jejichž selhání může mít významný vliv na finanční stabilitu, ohrozit schopnost plnit povinnosti vyplývající z vykonávané činnosti včetně povinnosti řádného a plynulého poskytování služeb;
(b) jejichž výkon je podmíněn udělením oprávnění k činnosti příslušným orgánem;
(c) které představují změnu předpokladů, na jejichž základě byl pojišťovně povolen výkon činnosti nebo
(d) které mají nebo by mohly mít významný vliv na funkčnost nebo efektivnost řídicího a kontrolního systému.

Ostatní činnosti jsou běžnými činnostmi. Existují tedy tři kategorie činností z hlediska přípustnosti outsourcingu:

(a) činnosti, jež outsourcovat nelze za žádných okolností (přebírání pojistných rizik nebo přebírání zajistných rizik);
(b) činnosti, jež lze outsourcovat za přísnějších podmínek (významné činnosti);
(c) zbytkové činnosti, jež lze outsourcovat za standardních podmínek (běžné činnosti).

Aby pojišťovna podle nové úpravy vůbec mohla přistoupit k využití outsourcingu, musí splnit řadu podmínek – vedle stanovení obecné strategie využití outsourcingu, půjde o přijetí a praktickou implementaci příslušných vnitřních předpisů upravujících postup při výběru poskytovatelů služeb, uzavírání smluv o outsourcingu, kontrolu výkonu outsourcovaných činností, včetně kontroly dodržování sjednaných kvalitativních požadavků a servisních standardů či identifikace a řízení rizik souvisejících s outsourcingem. Specifickým požadavkem je vytvoření a implementace kontingenčního plánu a souvisejících záložních opatření. Outsourcing významných činností je rovněž nutno dopředu oznámit orgánu dohledu.

Podmínky outsourcingu běžných činností

Základní podmínkou outsourcingu shodně dle platné a navrhované úpravy je, že

(a) outsourcing nepovede ke zkreslování účetnictví nebo ohrožování stability hospodaření pojišťovny,[18]
(b) pojišťovna bude v souvislosti s outsourcingem povinna plnit celou řadu informačních povinností (již při žádosti o udělení povolení k provozování činnosti[19] a následné informační povinnosti ve vztahu k uzavřeným smlouvám o outsourcingu)[20], přitom
(c) navrhovaná úprava nově zavádí povinnost přijmout vnitřní předpis obsahující pravidla pro převod činností a další otázky spjaté s outsourcingem.[21]

[17] čl. 49
[18] § 6 odst. 4 platného Zákona o pojišťovnictví, § 6a odst. 1 Zákona o pojišťovnictví ve znění navrhované novely
[19] § 15 Zákona o pojišťovnictví
[20] § 40 odst. 5 Zákona o pojišťovnictví
[21] § 7a odst. 1 písm. e) Zákona o pojišťovnictví ve znění navrhované novely

Základním požadavkem ve vztahu k vnitřnímu fungování pojišťovny je požadavek, aby outsourcing nevedl k ohrožení stability pojišťovny. Tento požadavek se přímo vztahuje k řízení rizik spjatých outsourcingem. Pravidla a podmínky pro využívání outsourcingu tak nejsou ve své podstatě ničím jiným nežli systémem řízení rizik spjatých s outsourcingem.

Základní zásady tohoto systému jsou následující:[22]

- prostřednictvím outsourcingu se nikdy pojišťovna nemůže zbavit své odpovědnosti za plnění povinností plynoucích jí z právních předpisů – pojišťovna je tedy odpovědna za svá pochybení i za pochybení poskytovatele outsourcingu;
- měl by existovat komplexní vnitřní předpis umožňující posoudit, které činnosti jsou v rámci pojišťovny vhodné pro outsourcing a jak je třeba při outsourcování těchto činností postupovat;
- v rámci pojišťovny by měla existovat strategie řízení veškerých rizik spjatých s outsourcingem a pojišťovna by si těchto rizik měla být plně vědoma;
- využívání outsourcingu nesmí v žádném případě bránit dohledu nebo ohrožovat schopnost pojišťovny plnit své závazky;
- při výběru poskytovatelů outsourcingu by pojišťovna měla důsledně prověřovat všechny faktory, které by mohly mít vliv na její schopnost řádně a včas plnit veškeré své závazky;
- smlouvy o outsourcingu by měly být písemné a upravovat všechny podstatné aspekty outsourcingového vztahu, včetně práv, povinností, odpovědnosti a očekávání stran (k obsahu standardní smlouvy o outsourcingu viz níže);
- pojišťovna by měla zavést tzv. contingency plan, což je plán pro případ, že by poskytovatel náhle z jakéhokoliv důvodu nebyl schopen poskytovat outsourcované služby (k této otázce podrobněji viz níže);
- pojišťovna by měla učinit patřičné kroky, jež by zajistily ochranu osobních údajů, důvěrných informací a obchodního tajemství při zpracování dat poskytovatelem.

Další podmínky při outsourcingu významných činností

Při outsourcingu významných činností bude pojišťovna povinna splnit následující dodatečné podmínky:

(a) vyloučení vzniku nepřiměřeného rizika,[23] tedy ještě přísnější uplatnění obecných zásad řízení rizika vznikajícího z outsourcingu;
(b) zajištění součinnosti poskytovatele s pojišťovnou a ČNB;[24]
(c) zajištění trvalého přístupu k údajům outsourcované činnosti pro pojišťovnu, ČNB a auditory;[25]
(d) zajištění přístupu ČNB do provozních prostor poskytovatele;[26]
(e) poskytnutí informace o záměru uzavřít outsourcingovou smlouvu ohledně významných činností, a to před jejím uzavřením.[27]

[22] např. s. 3 Basel Committee on Banking Supervision, The Joint Forum, Outsourcing in Financial Services, February 2005
[23] § 6a odst. 3 Zákona o pojišťovnictví ve znění navrhované novely
[24] Ibid.
[25] Ibid.
[26] Ibid.
[27] § 23 odst. 1 písm. d) Zákona o pojišťovnictví ve znění navrhované novely

Rozšířené povinnosti pojišťovny v případě outsourcingu významných činností zahrnují tedy zejména proporcionálně rozsáhlejší a důslednější aplikaci obecných zásad platných pro outsourcing, celou řadu informačních povinností a zajištění plynulých informačních toků mezi poskytovatelem outsourcingu a všemi zainteresovanými osobami tak, aby tyto osoby měly principiálně stejný přístup k informacím, jakoby daná činnost outsourcována nebyla.

Úprava dodatečných povinností spjatých s outsourcingem významných činností pojišťovny jde dokonce dále než obdobná úprava zakotvená v § 216 Obezřetnostní vyhlášky pro povinné osoby, neboť ostatní povinnosti plynou z uznávaných standardů.

Outsourcing a kontingenční plány

Solvency II klade velký důraz na zajištění kontinuity činnosti pojišťoven. Ve vztahu k řadě oblastí včetně outsourcingu stanovuje požadavky na vytvoření kontingenčních plánů pro případ mimořádné situace – typicky havárie, války či přírodní pohromy. V případě outsourcingu je specifickým požadavkem na tyto plány pro mimořádné situace stanoven postup v případě, kdy poskytovatel outsourcingu nebude nadále schopen pokračovat v řádném zajišťování outsourcované činnosti. Příklady situací, kdy poskytovatel nebude schopen nadále zajišťovat outsourcované služby uvádí kupř. ČNB v Úředním sdělení k outsourcingu:[28]

- významné změny na straně poskytovatele outsourcingu,
- významné změny podmínek v zemi sídla poskytovatele outsourcingu,
- nadměrná koncentrace v souvislosti s outsourcingem na straně poskytovatele (jeden poskytovatel zajišťuje určitou činnost téměř pro celý sektor) nebo na straně povinné osoby (pro povinnou osobu zajišťuje outsourcing celé řady činností jen jedna osoba),
- odebrání povolení k provádění outsourcované činnosti na straně poskytovatele;

Hlavní rolí plánů pro mimořádné situace je omezení operačních rizik plynoucích z využití outsourcingu. Tyto plány by proto měli řešit postup v typických situacích, kdy dojde k selhání poskytovatele či k jiným okolnostem, které způsobí narušení poskytování outsourcovaných služeb. Pro tento účel musí pojišťovna zajistit dostatečné personální, technické či organizační záložní zdroje a systémy, které jí umožní omezit negativní dopady vyplývající z narušení řádného poskytování outsourcovaných služeb. Neopomenutelnou součástí přípravy na mimořádné situace je též pravidelné testování záložních způsobů zajišťování outsourcovaných služeb. Při tvorbě plánů pro mimořádné situace musí pojišťovna vycházet z hodnocení míry podstupovaného rizika a významu outsourcovaných činností. Je proto nepochybné, že při outsourcingu významných činností pojišťovny musí mít záložní opatření a kontingenční plány pro mimořádné situace velmi robustní.

[28] Úřední sdělení ČNB ze dne 18. července 2007 k pravidlům obezřetného podnikání bank a spořitelních a úvěrních družstev – Outsourcing, s. 2

Požadavky na smlouvu o outsourcingu

Na rozdíl od úpravy v Obezřetnostní vyhlášce[29] neobsahuje zatím navrhovaná úprava outsourcingu v pojišťovnictví explicitní požadavek na formální zachycení smlouvy o outsourcingu, avšak z doporučovaných postupů plyne, že tato smlouva by měla být uzavřena písemně. Zpravidla bude mít podobu tzv. Service Level Agreement. Základní obsahové náležitosti by měly být takové, aby umožňovaly pojišťovně splnění všech povinností, které jí plynou z právních předpisů, včetně úpravy podmínek outsourcingu.

Návrh prováděcího opatření k Solvency II[30] uvádí mezi požadavky, které by měla smlouva o outsourcingu obsahovat následující:

- přesné vymezení práv a povinností smluvních stran;
- závazek poskytovatele vykonávat outsourcovanou činnost v souladu s požadavky právních předpisů, požadavky orgánů dohledu a doporučovanými standardy; smlouva by měla rovněž specifikovat závazek poskytovatele poskytnout potřebnou součinnost příslušnému orgánu dohledu pojišťovny;
- poskytovatel uvede veškeré skutečnosti, jež by mu potenciálně mohly bránit v řádném výkonu outsourcované činnosti;
- poskytovatel může smlouvu ukončit jen s dostatečně dlouhou výpovědní dobou pro to, aby mohly být jeho služby nahrazeny;
- možnost ukončení smlouvy v přiměřené době v případě, že pojišťovna zjistí, že poskytovatel nevykonává svou činnost řádně v souladu s požadavky právních předpisů či se smluvními podmínkami;
- pojišťovna musí mít přístup k veškerým informacím o outsourcovaných činnostech a způsobu výkonu outsourcingu; dále musí mít možnost, aby poskytovateli mohla stanovit specifické podmínky výkonu outsourcované činnosti, včetně možnosti udělovat konkrétní instrukce;
- povinnost poskytovatele zajistit ochranu důvěrných informací o klientech pojišťovny (včetně osobních údajů) a pojišťovně;
- smlouva musí nastavit podmínky pro přístup k informacím ohledně outsourcovaných činností a způsobu jejich provádění včetně přístupu do provozovny poskytovatele jak ze strany pojišťovny, tak jejích auditorů a orgánu dohledu;
- smlouva také musí umožnit, aby se orgán dohledu mohl obracet s dotazy a požadavky přímo na poskytovatele;
- způsob řešení sporu, pokud je poskytovatel z jiného státu;
- úpravu vlastnictví k předmětům duševního či průmyslového vlastnictví vytvořených poskytovatelem.

Pro případ, že bude sjednána možnost poskytovatele delegovat výkon outsourcovaných činností na další osoby, by vedle výše uvedených požadavků měla smlouva vymezit podmínky takového sub-outsourcingu. Principiálně

[29] § 11 odst. 3 Obezřetnostní vyhlášky

[30] CEIOPS Advice for Level 2 Implementing measures on Solvency II: System of Governance October 2009.

taková delegace na základě smlouvy o sub-outsourcingu nesmí vést ke zhoršení kvality outsourcovaných služeb a k omezení přístupu k informacím o outsourcovaných činnostech jak ze strany pojišťovny, tak jejích auditorů a orgánu dohledu.

V souvislosti se smlouvou o outsourcingu je dále vhodné zdůraznit požadavek uvedený v Solvency II, podle kterého je za účelem zajištění účinného dohledu nad outsourcovanými funkcemi nebo činnostmi nezbytné, aby orgány dohledu pojišťoven využívající outsourcing měly právo provádět inspekci na místě přímo u poskytovatele služby a aby měly přístup ke všem relevantním údajům, které má v držení poskytovatel externích služeb, ať je tento poskytovatel regulovaným subjektem, či nikoli. V současnosti ustanovení upravující postup a podmínky pro zpřístupnění informací orgánům dohledu není ve smlouvách o vyčlenění činnosti příliš běžné. Rovněž poskytovatelé služeb na takovou možnost nejsou zpravidla připraveni. Proto bude potřebné v rámci revize smluv o outsourcingu a při uzavírání smluv nových pamatovat i na tyto nové aspekty a adekvátně je do textu smluv promítnout a na straně poskytovatelů služeb zajistit, že budou těmto regulatorním požadavkům schopni vyhovět.

Pojišťovna by měla mít k dispozici také smluvní nástroje k operativnímu prosazení svých požadavků – vedle nastavení specifických servisních standardů půjde zpravidla o zakotvení určitého eskalačního procesu a např. stanovení smluvních pokut za porušení podmínek smlouvy, dodání služeb v neodpovídající kvalitě či s prodlevou atp.

Ve vztahu k outsourcingu v rámci skupiny je možno podmínky nastavit relativně volněji. Nicméně i v případě vnitroskupinového outsourcingu bude nezbytné proces volby poskytovatele náležitě zdokumentovat, vytvořit smluvní rámec a kontingenční plány stejně, jako by se jednalo o outsourcing mimo skupinu. Přitom je nutno mít na zřeteli požadavek na efektivitu nástrojů, které má pojišťovna k dispozici k prosazení svých požadavků a zajištění plnění požadavků jí uložených právními předpisy. Řešením zde může být adekvátní nastavení eskalačních procesů tak, aby se pojišťovna mohla domoci svých oprávněných požadavků např. i vůči mateřské společnosti. V tomto kontextu je potřeba připomenout, že i osoby v rámci skupiny pojišťovny (zejména osoby ovládající pojišťovnu) mají určitou odpovědnost v rámci plnění obezřetnostních požadavků na úrovni celé skupiny.

Poznámka k praktické aplikaci uznávaných standardů v oblasti outsourcingu

V souvislosti s uvedenými standardy pro outsourcing a jejich praktickou aplikací považujeme za vhodné přiblížit stávající praxi v bankovnictví, která bude s velkou pravděpodobností aplikována *pro futuro* také v pojišťovnictví. Zde tuto problematiku specificky upravuje Obezřetnostní vyhláška, která rovněž vychází z evropských předpisů. Konkrétně ustanovení § 9 odst. 2[32] této vyhlášky ukládá povinným osobám zvolit si uznávaný standard,

tedy uznávané a osvědčené principy a postupy vydávané uznávanými osobami a využívané při činnostech obdobného charakteru. Další specifikaci této povinnosti provedla ČNB v Úředním sdělení k výkonu činnosti, v němž taktéž ukládá poskytovateli finančních služeb povinnost zvolit a promítnout do interních předpisů vhodně zvolené standardy a dále je při výkonu činnosti uplatňovat.[33]

V příloze Úředního sdělení k výkonu činnosti uvádí ČNB přehled (i) vybraných uznávaných standardů a (ii) přehled potenciálně uznatelných standardů. Pokud si povinná osoba zvolí uznávaný standard, který bude vyhovovat požadavkům stanoveným ČNB v Úředním sdělení k výkonu činnosti, bude ČNB považovat za splněnou povinnost uloženou v § 9 odst. 2 Obezřetnostní vyhlášky.

Pokud by si povinná osoba zvolila jiné uznávané standardy než ty, které ČNB doporučuje v Úředním sdělení k výkonu činnosti, bude muset ověřit, zda jejich obsah nebo použití by nebylo v rozporu s ustanoveními Obezřetnostní vyhlášky a jinými právními předpisy, a aby jejich prostřednictvím nebyl obcházen účel Obezřetnostní vyhlášky a jiných právních předpisů.

Samotný proces „volby standardu" je vnitřně strukturovaný a zahrnuje následující kroky:
(i) identifikace jednotlivých dílčích činností, které v rámci své činnosti povinná osoba provádí (outsourcing, řízení rizika atd.);
(ii) provedení identifikace standardů dopadajících na příslušné činnosti;
(iii) provedení jejich vyhodnocení;
(iv) rozhodnutí o výběru vhodných aplikovatelných standardů pro konkrétní činnosti; a
(v) jejich následná implementace do vnitřních předpisů.

Tento proces je potřebné zdokumentovat. Následně je povinná osoba dále povinna periodicky vyhodnocovat aplikované standardy z pohledu jejich aktuálnosti a jejich použitelnosti a přiměřenosti vzhledem k rozsahu, povaze a složitosti dané konkrétní činnosti a v případě zjištění rozporu je povinna provést příslušné změny. Rovněž pokud dojde ke změně příslušného standardu, je potřebné provést příslušné změny ve vnitřních předpisech a postupech.

Samostatnou otázkou je, zda je možné, aby si povinná osoba standard nezvolila – k tomu by primárně mohlo dojít v případě, že standard neexistuje nebo existující standardy (ať doporučené ČNB nebo jiné) nejsou na příslušnou činnost aplikovatelné – u výše diskutovaných standardů upravujících outsourcing to však nebude přicházet v úvahu.

[32] „K naplnění předpokladu řádné správy a řízení společnosti prostřednictvím uplatňování řádných postupů povinná osoba zvolí a do vnitřních předpisů promítne jí vybrané uznávané a osvědčené principy a postupy vydávané uznávanými osobami a využívané při činnostech obdobného charakteru (dále jen „uznávaný standard"). Povinná osoba pravidelně prověřuje, zda vnitřní předpisy a jí zvolené uznávané standardy jsou nadále aktuální a přiměřené rozsahu, povaze a složitosti činností povinné osoby."

[33] Článek 9 Přílohy č. 2 Úředního sdělení k výkonu činnosti

Závěrem

Solvency II přináší zásadní reformu pravidel pro činnost pojišťoven. V oblasti outsourcingu je jejím cílem posílení schopnosti pojišťoven zvládat rizika spjatá s outsourcingem jejich činností. Nová úprava outsourcingu v pojišťovnictví z obecného hlediska nepochybně představuje další krok ke sjednocení režimu jednotlivých skupin regulovaných finančních institucí, a to podle vzoru úpravy zaváděné zprvu pro banky. Může být otázkou, zda koncept „one-size-fits-all" je ideálním řešením, nicméně tento trend se aktuálně zdá být nezvratným. Z hlediska jednotlivých pojišťoven nová právní úprava představuje zpřísnění dosavadního režimu platného pro tuto oblast. Vedle nezbytnosti upravit vnitřní pracovní procesy, toky informací, nastavení odpovědností a kontrolních pravomocí v rámci pojišťoven a přijetí nových vnitřních předpisů vyvolá nový režim nepochybně potřebu provést důkladnou inventarizaci a revizi outsourcingových smluv a jejich úpravu či sjednání smluv zcela nových. To vše bohužel přinese značné administrativní náklady.

Přestože dnes ještě nejsou k dispozici finální texty prováděcích opatření a výkladových standardů, lze na základě úpravy outsourcingu v bankovním sektoru a publikovaných návrhů prováděcích opatření s vysokou pravděpodobností odhadnout výslednou podobu pravidel pro outsourcing. Je tak zcela zřejmé, že opatření, která budou pojišťovny muset přijmout, se neomezí pouze na samotné smlouvy o outsourcingu, ale promítnou se též do risk managementu, systému vnitřní kontroly a významně zasáhnou vůbec do celého systému corporate governance pojišťoven. Vzhledem k tomu, že termín účinnosti nového režimu Solvency II pro pojišťovny se již blíží, a rozsah předpokládaných úprav a změn není marginální, je potřebné začít s přípravou příslušných opatření co nejdříve.

Resumé

Notes on new rules for outsourcing in the insurance sector

Solvency II represents a fundamental reform of regulation of insurance companies. In the area of outsourcing, the aim of Solvency II is to enhance the ability of the insurance companies to manage the associated risks. Generally, the new outsourcing regime for the insurance sector represents a further step towards the unification of regulation of various types of financial institutions based on the model of banking regulation. However, the question remains whether the "one-size-fits-all" approach is an optimum solution. Yet this trend seems to be actually irreversible. From the perspective of individual insurance companies, new rules represent a stricter regime. Apart from necessary amendments to the internal processes, information flows, re-adjustment of the liability and control powers within insurance companies, and adoption of new internal regulations, the new regime requires insurance

companies to review and update the outsourcing agreements and, eventually, to enter into new agreements. Regrettably, these changes will bring significant administrative costs for the insurance industry as well.

Although the final versions of the Solvency II implementing measures have not been approved yet, it is possible to estimate with high level of probability the final shape of the new outsourcing regime based on the outsourcing regime applicabless the banking sector and on published drafts of the implementing measures. It is obvious that the measures which the insurance companies will have to adopt are not limited to the outsourcing agreements, but will affect risk management, the internal control system, and will also significantly impact the whole system of corporate governance of the insurance companies. With respect to the approaching date of coming into force of Solvency II, and with respect to not marginal extent of the measures to be taken by the insurance companies, it is highly advisable to start preparation of the respective measures as soon as possible.

Role pojistných matematiků

Mgr. Jan Šváb, Ph. D., Kooperativa pojišťovna, a. s., VIG

Tento článek je vyprovokován zejména změnami okolo nové regulace – Solventnosti 2 (1), speciálně zaváděním pojistně matematické funkce. Zamyšlení nad rolemi pojistných matematiků má však ještě širší kontext. Solventnost 2 je jen jedním z aspektů pojišťovnictví, stejně, jako je pojistně matematická funkce jen jedním z aspektů Solventnosti 2. Proto naplnění pojistně matematické funkce bude jen jednou z činností pojistných matematiků. Zkusme si to tedy trochu roztřídit.

Statutární role

Začněme popisem statutárních rolí, stávající – **odpovědný pojistný matematik** a nově zaváděné – **pojistně matematická funkce**.

Odpovědný pojistný matematik

Základní statutární rolí je funkce odpovědného pojistného matematika (dále i jen „OdPM"), která je upravená v zákoně o pojišťovnictví.[1] Pro většinu čtenářů jde pravděpodobně o známá fakta, proto jen stručně. Základními povinnostmi pojišťovny je nechat si od OdPM posoudit správnost

- rozdělení výnosů z finančního umístění,
- způsobu výpočtu sazeb pojistného a jejich přiměřenosti,
- výše technických rezerv a finančního umístění,
- výpočtu disponibilní a požadované míry solventnosti a
- dalších používaných pojistně matematických metod.

Dále OdPM v rámci regulatorního reportingu ověřuje správnost položek některých výkazů a vyhotovuje zprávu o své činnosti pro vedení společnosti.

V případě zjištění nedostatků v hospodaření společnosti má OdPM povinnost je oznámit vedení, včetně návrhu opatření. Pokud pojišťovna navrhovaná opatření nerealizuje a další vývoj ohrožuje splnitelnost závazků, OdPM bezodkladně informuje dohled nad finančním trhem, tedy Českou národní banku (dále jen „dohled" nebo „ČNB"). Plní tedy i tzv. „whistle blowing" roli.

Funkci OdPM může vykonávat bezúhonný matematik s praxí a osvědčením od České společnosti aktuárů,[2, 3] (ČSpA).

Je tedy zřejmé, že **OdPM je konkrétní osoba** a jako taková je jasným partnerem pro jednání s vedením firmy i s dohledem.

---

[1] Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, §80 a §81

[2] a případně jiné profesní organizace akreditované u Mezinárodní společnosti aktuárů (IAA).

[3] www.actuaria.cz

Pojistně matematická funkce

Solventnost 2 má znamenat lepší ochranu pojistníků a měla by vyprovokovat pojišťovny[4] k efektivnějšímu řízení rizik. To, že se zvyšuje význam pojistné matematiky, vyjadřuje směrnice explicitně v článku č. 48, kde je zavedena pojistně matematická funkce (dále jen AF z anglického „actuarial function"). Je zde uveden také přímý odkaz na funkci řízení rizik, která se definuje v článku č. 44.

Pojistně matematická funkce může být prováděna více osobami a může být i outsourcována, a proto se nejeví být tak konkrétní jako osoba OdPM. Směrnice ani nezmiňuje přímo pojem **držitele pojistně matematické funkce** („actuarial function holder"). Tento pojem najdeme až v implementačních opatřeních druhé (2) a třetí (3) úrovně. V prvním případě v článku 265 SG13 o odměňování a v článku 285 PDS4 o systému řízení („system of governance"), aniž by bylo definováno, co držitel funkce znamená. Ve druhém případě je v článku o notifikaci (3.64) již uvedeno, že **držitelem funkce se rozumí osoba odpovědná za výkon funkce**. Jasněji je to uvedeno v úvodních poznámkách (1.11), kde je i zmínka o tom, kdo je držitelem funkce v případě jejího outsourcingu. Je to osoba, která má na starosti dozor nad outsourcingem ve firmě. To již je od konceptu OdPM velmi daleko.

AF je zodpovědná za oblast technických rezerv (koordinace výpočtu, zajištění vhodnosti metod, modelů, předpokladů a dat). Dále je AF odpovědná za srovnávání odhadů technických rezerv s realizacemi a za zprávy vedení společnosti o přiměřenosti jejich kalkulace. Mimo oblast technických rezerv se vyjadřuje k upisovací politice, přiměřenosti zajistného programu a přispívá k tvorbě interních modelů.

Kvalifikační požadavky nejsou podmíněny certifikací profesní organizace.

Porovnání obou funkcí

Zásadní výhodou stávajícího stavu je, že OdPM je konkrétní osoba. Navíc je to často osoba taková, která se na trhu pohybuje řadu let a je zřejmá její **profesionalita a integrita**, o níž se může opírat jak vedení pojišťovny, tak dohled. **AF je v tomto smyslu krokem zpět**.

Dále je třeba rozlišovat pojmy. V Solventnosti 2 se jedná o technické rezervy definované jako nejlepší odhad plus přirážka, nikoliv o účetní ocenění technických rezerv, za jehož posuzování je dnes odpovědný OdPM. Ani názor na upisovací politiku není totéž jako odpovědnost za postačitelnost sazeb. Je vágnější. Připisování podílů na zisku je zcela mimo rozsah AF.

Připomeňme si tedy úvodní větu. **Solventnost 2 je jen jedním z aspektů pojišťovnictví**. Nesmíme proto zapomínat na aspekty ostatní. Že nejde jen o lokální situaci, uvidíme dále.

[4] a zajišťovny, což zde dále nebudeme explicitně zmiňovat.

Průzkum Groupe Consultatif

Groupe Consultatif[5] provedla studii (4) mapující role pojistných matematiků v současnosti. Výsledky průzkumu svědčí o **stávajícím** širokém zapojení pojistných matematiků do činností požadovaných od budoucí AF. Mnohé z těchto zapojení mají navíc podobu **statutárních** rolí. Tím se rozumí, že je role v mnoha členských státech vyžadována dozorčími orgány, a může být naplněna pouze certifikovanými[6] pojistnými matematiky. Téměř všechny pojišťovny, resp. zajišťovny, provozující životní pojištění a asi dvě třetiny provozující neživotní pojištění v EU se v současné době spoléhají na pojistně matematické profesionály při stanovení, validaci a schválení technických rezerv, což je jeden ze základních pilířů pojistně matematické funkce.

Další aspekty AF (zajištění, upisování a modelování rizik) povedou k větším změnám jak pro firmy, tak i pro pojistné matematiky samotné. Je nezbytné mít zajištěn vhodný rámec jak pro tuto činnost, tak pro další vzdělávání. Groupe Consultatif a její členské asociace jsou fungující platformou, která je schopna toto zajistit, a kde již vývoj tímto směrem probíhá.

Základní výstupy z průzkumu GC

Studie si položila několik základních otázek.

- Jaký je počet profesionálně kvalifikovaných pojistných matematiků v pojišťovnictví a je dostatečný?
- Jaké jsou současné role pojistných matematiků v pojišťovnictví?
- Jaká je kvalifikace směrem k naplnění současných rolí?
- Jaká jsou současná očekávání vzhledem k AF?

	Počet certifikovaných pojistných matematiků
Život	8 181
Neživot	4 763
Zdravotní pojištění[7]	742
Penzijní fondy	5 000
Zajištění	639
Celkem	**19 325**

Studie se zúčastnilo 20 asociací s více než 19 tisíci pojistných matematiků, představujících 90% všech jednotlivých pojistných matematiků reprezentovaných Groupe Consultatif. K tomu je třeba připočítat 6000 studentů. Očekávaný roční růst počtu pojistných matematiků je 7% se specializací pro životní pojištění a 10% pro neživotní pojištění po dobu následujících 5 let.

[5] Groupe Consultatif Actuariel Europeen – www.gcactuaries.org – (dále i jen „GC") byla založena v roce 1978, aby spojila aktuárské asociace v Evropské unii a zastupovala profesi pojistných matematiků v diskusi s institucemi Evropské unie o stávajících a navrhovaných právních předpisech EU, které mohou mít dopad na profesi pojistných matematiků. Groupe nyní také představuje fórum pro diskusi mezi aktuárskými asociacemi po celé Evropě.

[6] Certifikace (tzv. full membership) je nástrojem sjednocení požadavků na kvalifikaci a praxi mezi aktuárskými asociacemi v EU. Certifikaci provádějí lokální asociace podle společných měřítek. V současnosti je certifikace jednou z podmínek k výkonu funkce odpovědného pojistného matematika v České republice.

[7] Rozumějme tzv. similar to life, tedy založené na vzorcích používaných v životním pojištění.

Země	Životní pojištění	Neživotní pojištění
Belgie	10	2
Česká republika	5	1
Dánsko	3	1
Estonsko	1	1
Finsko	8	4
Francie	1	3
Irsko	4	1
Itálie	3	1
Litva	1	1
Lucembursko	2	1
Maďarsko	2	1
Německo	7	6
Nizozemsko	1	1
Polsko	1	1
Portugalsko	1	1
Rakousko	1	1
Řecko	1	1
Španělsko	1	1
Švédsko	1	1
Velká Británie	16	3
Průměr EU	**2**	**1**

První tabulka ukazuje rozložení počtu certifikovaných matematiků podle specializací. Druhá ukazuje průměrný počet pojistných matematiků podle specializace a země. Je třeba vzít v úvahu, že v druhé tabulce jde o všechny členy asociace, nejen ty certifikované. Je třeba brát tato průměrná čísla jen jako indikativní, neboť jsou ovlivněna specifičností každé jednotlivé země.[8]

Lze konstatovat, že co do počtu jsou aktuárské asociace a profese jako celek schopny naplnit očekávání kladená na pojistně matematickou funkci. Naopak současný rozsah aktivit pojistných matematiků pojistně matematickou funkci značně přesahuje. Panuje obecné očekávání, že současní reprezentanti funkce odpovědného pojistného matematika budou zajišťovat i pojistně matematickou funkci.

[8] Za ČR je ve studii uvedeno 100 matematiků se specializací pro ŽP na 19 životních pojišťoven a 30 matematiků pro NP na 27 neživotních pojišťoven.

Profesní organizace a systém certifikace

Jak je uvedeno výše, Groupe Consultatif sdružuje lokální profesní organizace pojistných matematiků. Česká společnost aktuárů byla před vstupem České republiky do EU členem přidruženým, od vstupu je členem plným. To znamená povinnost dodržovat certifikační standard Groupe Consultatif. Ten hovoří jednak o kvalifikačních předpokladech (podrobný sylabus lze nalézt na webu ČSpA i GC), ale i o nutné praxi a o povinném systému celoživotního vzdělávání, včetně školení profesionalismu.

Jedním z úkolů, které si profesní organizace na sebe také kladou, je dbát o veřejný zájem. Jde o úkol profese jako celku. To se naplňuje právě nekompromisními požadavky na profesionalismus jednotlivců. Odpovědnost jednotlivce za veřejný zájem je limitována na tzv. whistle blowing roli, pokud je zákonem stanovena.

Všechny zmíněné standardy Česká společnost aktuárů splňuje (také díky úzké spolupráci s Matematicko-fyzikální fakultou Univerzity Karlovy) a lze dokonce konstatovat, že na vysoké úrovni. Proto jsou pojistní matematici certifikovaní ČSpA uznáváni i za hranicemi ČR (a to nejen na základě formální dohody o uznávání vzdělávání). Certifikaci lze chápat jako garanci kvality. Tato garance je uznána i v současné legislativě v rámci požadavků, které musí splňovat odpovědný pojistný matematik.

Kvalita certifikovaného matematika je dále podpořena a posílena systémem (odborných a profesních) standardů vypracovávaných IAA,[9] GC i ČSpA samotnou. Kombinace znalosti svého oboru i znalosti ve vztahu k řízení rizik a zapojení pojistných matematiků v pojišťovnách po mnoho let udělaly z pojistných matematiků důležité poradce vedení firem, neboť jsou schopni převést kvantitativní informace do firemní politiky. Dobrá a efektivní komunikace je tomu základem.

Role pojistných matematiků v Solventnosti 2

Tak jako jsme ukázali, že Solventnost 2 je jen jedním z aspektů pojišťovnictví, projdeme celou Solventnost 2, abychom ukázali, že AF je jen jedním z aspektů Solventnosti 2. Pilíř po pilíři se budeme zabývat vhodnou kvalifikací pro určité činnosti v rámci Solventnosti 2. Velmi dobře je to shrnuto také v dokumentu holandské společnosti aktuárů (5). Nejde o vyhrazování specifických rolí pojistným matematikům, ale naopak o nabídku spolehnout se na pojistně matematickou profesi.

[9] Založena v roce 1895 je IAA – www.actuaries.org – celosvětovou asociací profesních pojistně matematických společností. Je zde k tomu, aby podněcovala globální rozvoj profese.

Pilíř 1

Solventnost 2 zavádí mnoho nových kvantitativních požadavků. Jde zejména o tržně konzistentní ocenění aktiv a pasiv a o výpočet kapitálového požadavku (SCR) ať už standardní formulí (dále jen „STD") nebo částečným nebo plným interním modelem (dále jen „PIM", resp. „IM"). Tyto požadavky nevyvstanou až v budoucnosti, již nyní roste potřeba pojistných matematiků díky jejich zapojení do nejrůznějších dopadových studií (QIS) a do vývoje interních modelů. Důležité slovo mají také jako poradní hlas managementu při zvažování dopadu modelů na obchodní činnost.

Lze konstatovat, že vzhledem k oceňování pojistných závazků a dalších položek rozvahy tržně konzistentní hodnotou **narůstá komplexita výpočtů**. Při stanovování zákonem požadovaného kapitálu se bere v úvahu řada rizik, včetně rizik, která se **dříve v úvahu nebrala** a nepatří do tradičního rozsahu práce pojistného matematika. Převedení výsledků solventnostní analýzy, tržně konzistentního oceňování do finanční politiky a rozhodování, následné implementace a monitorování nabude na důležitosti. **Profesní organizace a vzdělávání pojistných matematiků se rychle přizpůsobují, aby produkovaly experty na finanční řízení rizik pro pojišťovny.** I rozvoj vzdělávání pojistných matematiků v ČR je konzistentní s požadavky.

Pilíř 2

Vlastní posouzení rizik a solventnosti

Vlastní posouzení rizika a solventnosti (ORSA) má být demonstrací, že management společnosti má pod kontrolou všechny obchodní/pojišťovací aktivity, finanční a solventnostní pozice, a to jak dnes tak **i v budoucnu**. To vyžaduje komplexní **kvantitativní** analýzy zaměřené **do budoucna**.

Implementaci ORSA si lze představit jako postup začínající nějakou počáteční/aktuální strategii a nějakou počáteční chutí k riziku („risk appetite"). Dále se iterativně hledají další strategie a chuť riskovat, které již budou ve vzájemné rovnováze a konzistenci, krátkodobě i dlouhodobě. Tato rovnováha je z kvantitativního hlediska výsledkem rovnováhy projekcí rozvahy a výsledovky. Po počátečním nastavení musí následovat průběžné sledování souladu strategie a chuti riskovat se skutečným vývojem rizik.

V případě ORSA bude management požadovat nejméně takovou míru jistoty ohledně výsledků a procesu, aby byly akceptovatelné dohledem. Certifikovaní[10] pojistní matematici jsou zcela jistě kvalifikováni přinést významný příspěvek k takto požadované jistotě. Jsou navíc kompetentní přinášet významné příspěvky k převedení výstupů z ORSA procesu do reálné politiky firmy. **Analýzy založené na predikcích budoucích cash flow patří již dnes do jejich klíčových kompetencí.**

[10] Certifikace Českou společností aktuárů

Funkce řízení rizik

Při použití interního modelu se kvalitní řízení rizik může projevit nižším kapitálovým požadavkem v porovnání se standardní formulí. Funkce řízení rizik má pokrýt mimo jiné i tyto činnosti:

- návrh a implementace interního modelu,
- testování a validaci interního modelu,
- dokumentaci interního modelu a všech následných jeho změn,
- analyzovat účinnost interního modelu a
- informovat vedení firmy o účinnosti interního modelu, navrhovat oblasti potřebující zlepšení a podávat zprávy o krocích směřujících k vylepšení dříve odhalených slabin.

Kromě dalších profesí sledujme zejména uplatnění profese pojistných matematiků. To lze na první pohled nalézt zejména v rámci prvního bodu, ale ve skutečnosti se bez oboru pojistné matematiky zřejmě neobejde žádný ze zmíněných bodů. Již nyní jsou pojistní matematici zapojeni do vytváření interních modelů a tedy do zakládání pojistně matematické funkce a funkce řízení rizik.

Otázka externího přezkumu

V současné době vytvářejí pojišťovny na dobrovolné bázi reporty o implicitní hodnotě. Investoři mohou požadovat doplnit tyto reporty o oblast Solventnosti 2. **To by mohlo vést k požadavku na nezávislý přezkum a objektivní vyhodnocení modelů, výpočtů, výsledků a reportů.** A to, i když nic takového není směrnicí explicitně vyžadováno. Navíc může být i v zájmu pojišťoven si objednat externí nezávislý přezkum svých reportů.

I na straně přezkumu bude tedy logicky potřeba dalších expertů. Profesionálů, kteří jsou na základě relevantního vzdělání a zkušenosti, jak funguje obchodní činnost pojišťoven, schopni posoudit reportované kvantitativní aspekty. Pojistní matematici jsou velmi dobře připraveni i na tuto roli.

Pilíř 3

Reporty mají sloužit jako reflexe procesů ve firmě. Mají být transparentní, konzistentní a porovnatelné. Zejména však jsou dalším nástrojem, jak zvýšit míru jistoty jejich odběratelů.

Zpráva o solventnosti a finanční situaci (SFCR)
Veřejně publikovaná „zpráva o solventnosti a finanční situaci" je hlavní a povinný report. Má obsahovat obchodní výsledky, popis řízení společnosti, popis struktury a organizace řízení rizik. Z hlediska čísel pak tržně konzistentní rozvahu, technické rezervy, popis řízení kapitálu a použití (P)IM. Tedy velmi mnoho položek, které bude připravovat pojistný matematik. Ačkoliv zde není povinnost, trh a pojistitelé sami mohou vyžadovat externí přezkum reportu. Roli pojistných matematiků při vzniku tohoto důležitého reportu lze najít na obou stranách.

Zpráva pro dohled (RTS)
Tento report doplňuje předchozí report, je určený dohledu a má obsahovat strategii, důvěrná data a projekci SCR a očekávaných rizik do budoucnosti. Je zde třeba demonstrovat, že základ kvantitativních analýz je v souladu s očekáváními a také jak byla očekávání naplněna a jak se projevila ve výsledcích.

Obvyklým úkolem pojistného matematika je pravidelně takové analýzy provádět a tím spíše o nich reportovat. **Nabízí se ze strany dohledu navíc požadovat povinné posouzení certifikovaným pojistným matematikem alespoň některých kvantitativních aspektů reportu.** To by zvýšilo jistotu dohledu o obdrženém reportu a znamenalo by to možnost dosažení srovnatelnosti reportů, neboť při takové povinnosti může ČSpA připravit odborné standardy pro své členy.

Zpráva k ORSA
Zde má být doložena konzistence mezi v rámci strategie plánovaným rizikovým profilem a tím skutečným. Dále se má doložit, jak je politika firmy reflektována interním modelem nebo standardní formulí. Je povinnost report vyhotovit nejméně jedenkrát ročně, nicméně je povinností pojišťovny odůvodnit, že to je frekvence dostatečná.

ORSA stimuluje k určení budoucích rizikových pozic, k odhadování jejich změn, k nalezení metody, jak toto adekvátně měřit a jak to může být předjímáno / predikováno vzhledem ke strategicky plánovaným kapitálovým pozicím.

Přímo odpovědný za ORSA je management a předpokládá se projekce na 3 až 5 let. Významná role pojistného matematika je právě při přípravě predikcí SCR a rizik. Dále také v analýze, v očekáváních a jejich naplnění, **včetně vyhodnocení kvantitativního dopadu rozhodnutí managementu na projekce a výstupy a zpětné vazby do politiky firmy.**

Kvantitativní reportovací šablony (QRT)
Standardizované reporty mají poskytnout signály o měnící se finanční situaci, solventnosti a výsledcích pojistitelů. Bude předepsána jednotná struktura, umožňující jednoduchou srovnatelnost. Pojistní matematici se budou podílet na přípravě nejrůznějších položek reportů.

Zpráva o použití kapitálových modelů

Požaduje se, aby interní modely byly dobře vnořeny do firmy. Tzn., aby byli členové managementu a představenstva s těmito modely dobře obeznámeni. Report o použití kapitálových modelů má obsahovat informaci:

- o způsobu a úrovni povědomí vedení společnosti o provozování IM, včetně jeho struktury, logiky, dynamiky, omezení, diverzifikací a rozsahu,
- o způsobu, jak IM přispívá k rozhodování,
- o technikách odhadování parametrů a k tomu použitých modelech,
- o způsobu, jak jsou modely validovány,
- o způsobu, jak se dokumentuje teorie, předpoklady a opodstatnění modelu a
- o způsobu, jak jsou výstupy z modelu konzistentní s dalšími požadavky Solventnosti 2.

Pojistní matematici se spolu s dalšími profesemi budou podílet na všech částech. Povinností tvůrců interního modelu je komunikace s vedením společnosti o zaváděném modelu a tedy naplnění prvního z bodů. Zcela jistě je certifikovaný pojistný matematik plně kompetentní k validaci interních modelů. V rámci nezávislého přezkumu můžeme předpokládat, že požadavek na posouzení přesnosti a aplikovatelnosti použitého modelu (STD i IM) bude zajištěn (certifikovaným) pojistným matematikem.

Uvedený podíl na reportingu lze chápat i jako veřejnou funkci pojistně matematické profese.

Shrnutí rolí v rámci Solventnosti 2

S Chrisem Daykinem (6) si položme několik otázek.

- Je AF krokem dopředu?
- … nebo krokem zpět ?
- Bude AF zajišťována jinou profesí než pojistnými matematiky?
- Budou pojistní matematici zajišťovat další funkce a role?
- Nepředpokládá se žádná certifikace pro AF. Není tedy potřeba?

Pojistně matematická funkce je jen částí z rozsahu činností, ke kterým je certifikovaný pojistný matematik kompetentní. Současné povinnosti odpovědného pojistného matematika jsou v několika bodech širší, než požaduje AF:

- posouzení přidělování podílů na zisku,
- posouzení účetní výše technických rezerv,
- posouzení postačitelnosti pojistného, resp. sazeb a
- hlášení problémů dohledu („whistle blowing").

V tomto pohledu je AF krokem zpět ze standardu, který již existuje. Krokem vpřed je nutnost se více zamyslet nad začleněním pojistných matematiků v rámci celého řídícího a kontrolního systému. To dává příležitost těžit z dobrého nastavení (pokles SCR, omezení rizik). Na druhou stranu je nutné zajistit i současné povinnosti nad rámec AF. ČSpA i ČAP jsou toho názoru, že by to nemělo být ponecháno jen na vůli pojišťoven, ale mělo by to být standardizováno, nejlépe legislativně. Nejde o nic, co by již nebylo současnou legislativou ustanoveno. Snad jen přidat ochranu osoby, která provede nahlášení problému dohledu, z hlediska škod případně způsobených tímto hlášením.

Zatímco si lze jen těžko představit, že bude AF provozována jinou profesí než pojistnými matematiky (vzděláním, nikoliv nutně členy profesní organizace), je zcela reálné, že díky svým značným a širokým znalostem a kontinuálnímu vzdělávání jsou certifikovaní pojistní matematici kvalifikováni převzít odpovědnost i za funkci řízení rizik nebo se na ní významně podílet. Navíc mohou hrát vedoucí roli při provádění analýz, zejména těch kvantitativních, včetně navazujícího reportingu. Pojistný matematik může značně přispět k jeho zavedení i kvalitě, transparentnosti, konzistenci a porovnatelnosti. Zapojení pojistného matematika v rámci případného přezkumu je přidanou hodnotou pro všechny zúčastněné (i pojistníky, akcionáře, ratingové agentury).

Povinnost certifikace pro výkon funkce odpovědného pojistného matematika v ČR je správným základem jak pro nově zaváděné aspekty, tak pro již existující aktivity mimo rozsah Solventnosti 2.

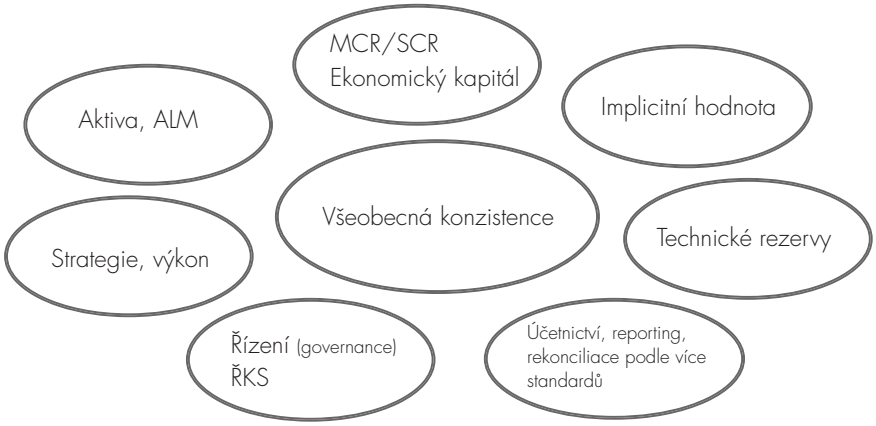
Proč používat pojistné matematiky?

AF může provádět kdokoliv splňující požadavky „fit and proper", proč tedy zrovna pojistní matematici? Spolu s Chrisem Daykinem (6) se domnívám, že zejména proto, že:

- jejich kvalifikace a vzdělávání pokrývá danou problematiku a jejich certifikace znamená i nutnost dodržovat požadavky pro svůj další profesní rozvoj;
- profesní organizace mají svůj Kodex profesionálního chování, který prosazují prostřednictvím disciplinárních schémat, a proto je „fit and proper" snadno prokazatelné;
- navíc mají odborné znalosti v oblasti řízení rizik a interních modelů, kde se mohou držet pojistně matematických standardů, které jsou konzistentní v rámci celé EU díky Groupe Consultatif.

Dodatky

Přehled rolí pojistných materiálů (převzato z (6))



- Technické role
  - posuzování dostatečnosti a kvality dat/údajů
  - zajištění vhodnosti metodik/modelů
  - zajištění vhodnosti předpokladů
  - výpočet technických rezerv
  - porovnávání nejlepších odhadů se zkušeností
  - rozvoj interních kapitálových modelů
  - provádění výpočtů pro ORSA
  - ALM
  - vyhodnocení technik snižování rizika
- Dohledové role
  - koordinuje výpočet technických rezerv
  - dohlíží na výpočet technických rezerv
  - dohlíží na přípravu ORSA (pro RM funkce)
- Role ve výkaznictví
  - písemná zpráva pro AMSB dokumentující úkony, které provádí AF a jejich výsledky, identifikace nedostatků s doporučeními k nápravě
  - zpráva obsahující přehled o úkonech provedených AF popisující, jak přispívá k účinnému provádění systému řízení rizik
- Poskytování stanovisek
  - celková upisovací politika
  - postačitelnost pojistného
  - dopad opcí a garancí
  - dopad různých faktorů na upisovací politiku
  - dopad antiselekce
  - přiměřenost zajišťovacích smluv, včetně dalších nástrojů ke zmírnění rizika, jako jsou SPV
- Poradní role
  - doporučení vyplývající z rolí pojistně matematické funkce
  - poradenství v oblasti integrace rizikových modelů do provozu
  - poradenství v oblasti dopadu výsledků interního modelu
  - poradenství v oblasti volby firemní politiky vyplývající z ORSA
- Role při přezkumu (review)
  - nezávislé hodnocení činností pojistně matematické funkce
  - objektivní přezkoumání zprávy o solventnosti a finanční situaci (SFCR)
  - objektivní přezkoumání zprávy pro dohled (RTS)

– objektivní přezkoumání kvantitativního výkaznictví (QRT)
– validace interních modelů
– poradenství externímu auditorovi jako přezkoumávající pojistný matematik (reviewing actuary)

- Certifikační role
  – formální podpis zprávy o solventnosti a finančních podmínkách
- Role nad rámec požadavků Solvency II
  – férové ošetření zákazníků
  – design produktů a cenotvorba
  – rozdělování podílů na zisku
  – rozdělování kapitálu mezi skupinami pojistníků
  – tržně konzistentní implicitní hodnota (MCEV)
  – finanční výkaznictví v souladu s IFRS4

Podrobné výstupy z průzkumu GC

Výzkum se v detailu zaměřil na následující role

- technické rezervy a speciální oceňování, přesnost dat, metod, předpokladů,
- upisovací politiku – sazbování a nové produkty,
- přiměřenost zajistných smluv,
- systém řízení rizik se zaměřením na projekci budoucí finanční pozice a
- vývoj IM, ALM, posouzení solventnostní pozice, podíly na zisku.

Následující tabulka ukazuje zapojení pojistných matematiků v mnoha aspektech řízení financí a rizik pojišťoven v současné době. Z průzkumu vyplývá, že je zde solidní základ pojistně matematických zkušeností a odborných znalostí, které by měly být využity, aby byl zajištěn úspěch jak pojistně matematické funkce a tak i Solventnosti 2.

V tabulce je uvedeno několik poměrů:

- **Země:** počet zemí s pojistnými matematiky zapojenými v dané oblasti činnosti v porovnání s celkovým počtem zemí
- **Firma:** počet firem s pojistnými matematiky zapojenými v dané oblasti činnosti v porovnání s celkovým počtem firem
- **Aktuár:** počet pojistných matematiků v zemích, kde je deklarováno jejich zapojení v dané oblasti činnosti, v porovnání s celkovým počtem pojistných matematiků.

Zapojení pojistných matematiků

	Statutární role v ŽP			Statutární role v NP		
	Země	Firma	Aktuár	Země	Firma	Aktuár
Technické rezervy	73%	60%	92%	58%	96%	30%
Solventnost	54%	38%	82%	27%	28%	4%
Sazbování	62%	34%	80%	38%	30%	8%
Zajišťění	31%	19%	54%	27%	22%	5%
Podíly na zisku	38%	32%	80%	19%	19%	3%
Finanční projekce	31%	55%	80%	15%	55%	80%
ALM	27%	26%	55%	23%	51%	6%
Nové produkty	35%	12%	10%	19%	23%	6%
Řízení rizik	15%	16%	46%	8%	14%	1%
Interní modely	12%	14%	48%	8%	14%	3%
Technické rezervy						
Oceňování	73%	60%	92%	58%	96%	30%
Data	58%	57%	91%	42%	87%	28%
Metody	65%	59%	92%	54%	94%	30%
Předpoklady	62%	58%	91%	54%	94%	29%
ALM						
Modelování	27%	26%	55%	23%	51%	6%
Investiční strategie	27%	21%	12%	19%	28%	4%
Solventnost						
Kapitálový požadavek	23%	25%	46%	19%	28%	4%
Investiční strategie	54%	38%	82%	27%	19%	4%

Citovaná literatura

1. Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II). Official Journal of the European Union. 17. 12. 2009, Sv. 52, L 335.
2. ECO-SLV-11-138 Consolidated Draft Level 2 Measures 2011-00527. [DOC]
3. CEIOPS. Draft proposal for Level 3 Guidelines on the System of Governance. [DOC]
4. Actuarial role task force. The Actuarial Function under Solvency II: Survey on the Role of the Actuary in

Insurance. [PDF] Brussels, Belgium: Groupe Consultatif Actuariel Europeen, červen 2011.
5. Working Group on the Roadmap to Solvency II. Position Paper – The Role of the Actuary in Solvency II: Managing Financial Risks. [PDF] Utrecht, Holandsko: Dutch Actuarial Association,8. červen 2011.
6. Daykin, Chris. Actuaries and the Regulatory Environment: Role of the Actuary in the Solvency II framework. [PPT] Zagreb, Croatia: IAA Fund Southeast Europe Actuarial Seminar, 3. říjen 2011.

Resumé

Role of actuaries

The article discusses the role of actuaries in the context of the entire insurance industry. First, it defines their statutory role – responsible actuary and actuarial function. Whereas insurance is not just Solvency 2, it demonstrates that in some respects, abandoning the concept of responsible actuary would be a step back. In addition, the article explains the system of certification of actuaries by their professional associations. This certification could increase the certainty of stakeholders in many respects, not only in the case of actuarial function. The role of actuaries is not just in actuarial function, but in many other aspects of Solvency 2 as presented in the article. The article concludes with overviews of the roles of actuarial professionals in the insurance industry.

Zahraniční modely pojištění pro případ pracovního úrazu a nemoci z povolání

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Česká asociace pojišťoven

Jednou z oblastí, která není evropským právem jednotně upravena, je pojištění pro případ pracovního úrazu a nemoci z povolání. V některých členských státech EU je systém privatizován, v jiných zůstal v rámci sociálního zabezpečení (veřejný systém). Lze však najít i modely smíšené, jež se opírají o součinnost veřejného a soukromého sektoru.

Nedá se říci, že v České republice je v této chvíli tato koncepční otázka finálně vyřešena. Proto má smysl se podívat, kde a jak je v členských státech EU provozován soukromý systém, tj. soukromé pojištění pro případ úrazu nebo nemoci z povolání, a minimálně se poučit.

1. Stávající právní úprava a varianty řešení

Zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání se nyní řídí § 205d zákona č. 65/1965 Sb., zákoníku práce, a prováděcí vyhláškou č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, ve znění pozdějších předpisů, a to na základě § 365 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. Tento systém je funkční již téměř dvě desítky let. Je založen na součinnosti státu a dvou soukromých pojišťoven. Stát rozhoduje o legislativě, tedy podmínkách provozování zákonného pojištění a je finančním garantem systému. Provozování zákonného pojištění je státem pojišťovnám honorováno.

V roce 2006 byl stejně jako zákoník práce přijat zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů, který by měl nahradit výše uvedenou úpravu zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatelů za škodu při pracovním úrazu. Tento zákon má nabýt účinnosti dnem 1. ledna 2013.

Vzhledem zejména k závažným věcným a právním nedostatkům zákona č. 266/2006 Sb., na nichž se shodla řada odborníků, posunu jeho účinnosti až na výše uvedený termín a vícenákladům státu, jež by tato transformace přinesla, pokud jde o dopady na státní rozpočet, byla v roce 2010 znovu otevřena otázka, zda je řešení formou zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců optimální.

Ministerstvo financí zpracovalo a rozeslalo do vnějšího připomínkového řízení materiál pro vládu České republiky pod názvem „Varianty koncepčního řešení transformace zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání".

Tento materiál přehledně a velmi kvalifikovaně i objektivně nejdříve charakterizuje stávající systém, ukazuje na jeho nedostatky a poté vymezuje a hodnotí možné varianty koncepčního řešení sledované otázky.

Pokud jde o charakteristiku stávajícího pojištění, tak je podána následovně:

- Pojištění vzniká na základě zákona, nastane-li skutečnost, s níž zákon spojuje vznik tohoto pojištění, tedy bez projevu vůle jeho subjektů.
- Pojištění je konstruováno jako náhrada škody ve výši rozdílu mezi příjmem zaměstnance před vznikem škody a příjmem po úraze, s připočtením případného plného nebo částečného invalidního důchodu pobíraného z téhož důvodu.
- Pojištění je provozováno dvěma tuzemskými pojišťovnami.
- Pojištění je koncipováno jako neziskové, případná majetková újma vzniklá pojišťovnám provozováním pojištění je kryta ze státního rozpočtu a přebytek je odváděn do státního rozpočtu.
- Náklady pojišťoven jsou stanoveny právním předpisem, stejně jako sazby, u nichž to tím pádem znemožňuje pružnou reakci na změnu rizika.

Za nedostatky stávajícího pojištění materiál Ministerstva financí považuje:

- Zákon neumožňuje využívat část vybraného pojistného k prevenci a rehabilitaci.
- Systém je založen na průběžném financování a generuje tak závazky, které musejí být hrazeny z budoucího pojistného, jehož výše je nejistá, a to zejména v době hospodářské krize provázené výrazným poklesem zaměstnanosti a příjmů státního rozpočtu. Tím, že značnou část úhrady škod představují renty, generuje toto pojištění budoucí závazky státu, ke kterým nejsou vytvořeny odpovídající rezervy.
- Výdaje daného pojištění jsou mandatorními výdaji státu.
- Jsou potlačeny motivační prvky běžné v soukromém pojištění, jako například sleva nebo přirážka na pojistném v závislosti na předcházejícím škodném průběhu, takže není možná regulace rizika.
- Výsadní postavení dvou pojišťoven je podle Ministerstva financí v rozporu s pravidly Evropské unie o hospodářské soutěži.

Výše uvedená charakteristika a hodnocení stávajícího systému není doslovnou citací materiálu, ale v každém případě jde o závěry Ministerstva financí v něm obsažené.

Materiál vymezuje tyto varianty řešení:

Varianta I – Úrazové pojištění zaměstnanců,

Varianta II – Zrušení zákona č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců a nahrazení zákonného pojištění zákonem o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu z pracovního úrazu nebo nemoci z povolání,

Varianta III – Přenesení provozování zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání jako zakázky státu na vybraný soukromý subjekt nebo subjekty (varianta PPP),

Varianta IV – Přenesení provozování zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání na Českou správu sociálního zabezpečení, s využitím Jednotného inkasního místa.

U každé z těchto variant je uvedena základní charakteristika, výhody a nevýhody a financování. Nechybí ani podrobnější popis jednotlivých variant.

Česká asociace pojišťoven v rámci vnějšího připomínkového řízení jednoznačně podpořila variantu II. Výsledek se však nedostavil, neboť vláda České republiky daný materiál neprojednala a nerozhodla tedy o finálním řešení.

Materiál Ministerstva financí neobsahuje informace o tom, jak je toto pojištění upraveno v jiných členských státech EU, případně ve světě vůbec. Je tudíž účelné se této otázce věnovat, protože při koncepčním rozhodování mohou být zahraniční zkušenosti cennou inspirací.

Předně je třeba konstatovat, že **v členských státech EU existují v zásadě tři systémy:**[1]

- privatizované (a provozované soukromými operátory, kterým bude v následující části článku věnována zvláštní pozornost),
- veřejné systémy (například Francie, Itálie, Rakousko, SRN),
- smíšené založené na kombinaci veřejného a soukromého systému (například veřejný systém poskytuje jen minimální úhradu a zbytek odpovědnosti zaměstnavatele je řešen soukromým pojištěním nebo soukromí pojistitelé nabízejí jen doplňkové pojištění nebo případ, kdy jsou privatizovány pouze pracovní úrazy a nikoli nemoci z povolání).

Přes různost národních přístupů danou v řadě případů „historickou" kontinuitou je skutečností, že evropské právní akty k pojišťovnictví nikterak nebrání provozování soukromého pojištění pro případ pracovního úrazu, resp. s tím počítají. V článku 55 směrnice Rady 92/49/EHS ze dne 18. června 1992 o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se přímého pojištění jiného než životního a o změně směrnic 73/239/EHS a 88/357/EHS (třetí směrnice o neživotním pojištění) se uvádí:

„Členské státy mohou požadovat, aby každá pojišťovna, která nabízí na vlastní riziko na jejich území pojištění pro případ pracovních úrazů, plnila jejich zvláštní vnitrostátní předpisy týkající se takového pojištění, s výjimkou předpisů týkajících se finančního dozoru, který je ve výlučné pravomoci domovského členského státu.".

[1] Pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Pojistný obzor č. 12/2004, str. 5-6

Tato úprava je v podstatě převzata do směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES ze dne 25. listopadu 2009 o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solventnost II) – viz článek 207, která zrušuje třetí směrnici o neživotním pojištění s účinností od 1. listopadu 2012.

2. Přehled o pojištění pro případ pracovního úrazu a nemoci z povolání – vybrané evropské země

Za privatizovaný systém lze pokládat systém, který provozují soukromí pojistitelé na základě pojistné smlouvy a povinnosti zaměstnavatele se pojistit na základě příslušného právního předpisu. Může jít o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele nebo o pojištění pro případ pracovního úrazu za účelem náhrady škody.

Dále lze uvést, že i v soukromých systémech hraje stát aktivní roli (legislativa, kontrola, spravování fondu pro nemoci z povolání apod.). Financování je v nich kapitálové, nikoli pay-as-you-go (průběžné). V detailech se systémy odlišují (výše náhrady škody, standardizovaná či nikoli, pojištění také úrazů na cestě do práce a z práce zahrnuto či nezahrnuto, postih vůči odpovědné třetí straně, sazby atd.).

Tyto dílčí rozdíly vyplynou z níže uvedených právních úprav soukromého pojištění ve vybraných členských státech EU:

Velká Británie – Zákon o povinném pojištění odpovědnosti zaměstnavatele, 1969[2]

Výše uvedený zákon je z 22. října 1969 a v zásadě ukládá povinnost každému zaměstnavateli, který podniká ve Velké Británii, se pojistit a udržovat toto pojištění na základě jedné nebo více pojistných smluv uzavřených s licencovaným pojistitelem (pojistiteli) pro případ **odpovědnosti** za úraz nebo nemoc, které utrpěli jeho zaměstnanci a které vznikly v důsledku jejich zaměstnání ve Velké Británii. Není-li stanoveno jinak, tak se zákon nevztahuje na podnikání mimo území Velké Británie.

Zákon obsahuje celou řadu výluk. Nepožaduje, aby bylo sjednáno pojištění toho zaměstnance, jehož je zaměstnavatel manželem, manželkou, otcem, matkou, dědečkem, babičkou, nevlastním otcem, nevlastní matkou, synem, dcerou, vnukem, vnučkou… Pokud není v právních předpisech uvedeno jinak, povinnost být pojištěn se netýká zaměstnanců, kteří nemají trvalý pobyt ve Velké Británii. Další výjimky z povinnosti se pojistit se pak týkají vybraných úřadů nebo institucí zřízených zákonem nebo podniků v národním vlastnictví apod.

Zákonem je zajištěno, aby si zaměstnanec mohl kdykoli v pojistné době od zaměstnavatele vyžádat potvrzení o pojištění. Například zaměstnavatel musí předložit toto potvrzení rovněž inspektorovi, který je řádně zmocněn pro účely kontroly naplňování tohoto zákona a dále poskytnout ke kontrole pojistku osobám, které jsou k tomu

[2] Employers´ Liability (Compulsory Insurance) Act 1969

zmocněny právními předpisy. Osobě (zaměstnavateli), která nesplní výše uvedené povinnosti ohledně potvrzení o pojištění a pojistky, hrozí pokuta až do výše 50 GBP.

Zaměstnavatel, který nesplnil povinnost se pojistit, resp. určitého dne není pojištěn, tak spáchal přestupek a je povinen zaplatit pokutu nepřesahující 200 GBP. Pokud přestupek zaměstnavatele jako obchodní společnosti byl spáchán se souhlasem nebo nedbalostí ze strany ředitele či jiného vedoucího pracovníka, tak může být udělena obdobná pokuta.

Minimální limit pojistného plnění činil 2 mil. GBP na jednu pojistnou událost; v roce 1998 byl zvýšen na 5 mil. GBP na jednu událost. Definice pracovního úrazu zahrnuje také mentální „poranění" a nervové šoky. Výluky z pojištění se týkají škodných událostí, jež jsou kryty pojištěním odpovědnosti z provozu vozidla, a pobřežních instalací, jako jsou například ropné plošiny.

Poznámka: Ve Velké Británii existuje ještě plnění na základě „Social Security Act 1989". Jestliže zaměstnanec utrpěl pracovní úraz nebo onemocněl nemocí z povolání, může být odškodněn i podle tohoto zákona. V případě, že ale obdrží plnění od zaměstnavatele, tak stát chce část finančních prostředků, které vyplatil, nazpět.[3]

Finsko – Zákon o pojištění pracovních úrazů

Výše uvedený zákon byl přijat v roce 1948, ale od té doby byl několikrát novelizován. Zákon ukládá zaměstnavateli povinnost pojistit se a platit pojistné. Pojištěnými osobami jsou zaměstnanci, a to jak pro případ pracovního úrazu (a to včetně úrazu na cestě do práce nebo z práce), tak nemoci z povolání. Pojištění je **provozováno soukromými pojistiteli**. Existuje „Federation of Accident Insurance Institutions" (federace pojistitelů pracovních úrazů) jako instituce koordinující činnost 15 pojistitelů. Federace má rovněž právo sjednávat dané pojištění. Organizace působící na pracovním trhu (zaměstnavatelů a zaměstnanců) hrají značnou úlohu při tvorbě odpovídající legislativy. Jejich zástupci působí v „Occupational Accidents Compensation Board" (rada pro odškodnění pracovních úrazů) a angažují se při odvolání poškozených například proti výši vyplaceného plnění.

Pojistné plnění je součástí **finského sociálního zabezpečení** (jde tedy o Workers´s Compensation), jehož konkrétní druhy vymezuje zákon o pojištění pracovních úrazů. Cílem zákona je zajistit poškozeným odpovídající úroveň příjmů. Pojistitel má povinnost získat všechny údaje potřebné pro šetření škodné události a pro výplatu plnění. Určitou specifikou finského trhu může být, že nárok na plnění mají též menšinoví akcionáři a společníci, dále podle zvláštních právních předpisů i studenti, učni a zemědělci.

[3] Pramen: CEA, Employers´Liability and Statutory Compensation for Workplace Injury in Europe: A Survey, RC 0049 (07/00)

Pokud jde o výluky, tak povinnost pojistit se nemá jako zaměstnavatel stát. Ministerstvo financí platí odškodnění státním zaměstnancům. Výjimku mají i tzv. malí zaměstnavatelé, pokud mají zaměstnance pouze na 12 nebo méně pracovních dní v roce. Osoby samostatně výdělečně činné nemají povinnost, ale mají možnost sjednat pojištění dobrovolně. Pokud jde o rodinné příslušníky zaměstnavatele, tak připadá v úvahu pouze dobrovolné pojištění. Určitou zajímavostí je, že fyzický útok během práce může být uznán za pracovní úraz.

Pramen: Statutory Accident Insurance Scheme in Finland, Workers´ Compensation, prezentace poskytnutá Federation of Finnish Financial Services, srpen 2011

Norsko – zákon týkající se pojištění úrazů v průmyslu[4]

Výše uvedený zákon z června 1989 upravuje případy, kdy nastal pracovní úraz zaměstnance při práci pro zaměstnavatele. Zaměstnavatel je povinen sjednat pojištění tak, aby oprávněná osoba byla plně odškodněna.

Stát jako zaměstnavatel nemá povinnost sjednat pojištění. Pokud jde o města a obce, tak příslušné ministerstvo jim může odsouhlasit, že se nemusí pojistit u soukromého pojistitele. Zaměstnanci státu a měst i obcí (v případě, že nejsou soukromě pojištěni) mohou požadovat náhradu škody přímo od svého zaměstnavatele.

Jinak je zaměstnavatel povinen sjednat **pojištění odpovědnosti** u soukromého pojistitele nebo u pojišťovacího poolu. Toto pojištění je přímo aplikovatelné na odškodnění poškozeného, tedy existuje tzv. přímý nárok. Jestliže je pojistná smlouva zrušena, tak pojistitel je nadále odpovědný, a to až do doby než nová smlouva nabude účinnost. Lhůta by ale neměla překročit 4 měsíce od zániku pojištění. V případě, že pojistitel upomíná platbu pojistného nebo sděluje, že smlouva byla zrušena, tak musí zaměstnavatele informovat o důsledcích, které má neexistence pojištění.

Zákon upravuje také právo na náhradu škody. Pojistitel ji může požadovat po tom, kdo způsobil pracovní úraz nebo nemoc z povolání úmyslně. Jestliže nastane případ, že zaměstnavatel je nepojištěný, tak pojistné plnění musí vyplatit všichni licencovaní pojistitelé s tím, že král stanoví právním předpisem například to, jak se výše škody mezi ně rozdělí.

Pojistitelé jsou povinni vést evidenci pracovních úrazů a nemocí z povolání. Státní úřady, organizace zaměstnavatelů i organizace zaměstnanců mohou žádat o vstup do evidence za účelem využití informací v něm obsažených při prevenci.

Na základě zákona jsou **pojištěny pracovní úrazy a nemoci z povolání** způsobené zaměstnancům v činnosti na pracovišti během pracovní doby. Pojistitel v případě škodné události musí zkoumat, zda tomu tak bylo.

[4] Act No. 65 relating to industrial injury insurance dated 16 June 1989

Pojistné plnění může být sníženo, jestliže zaměstnanec úmyslně nebo hrubou nedbalostí přispěl k pracovnímu úrazu. Pojistné podmínky[5] jedné norské pojišťovny obsahují v souladu s jiným zákonem ustanovení, že pokud pojistník nesplnil svoji povinnost poskytnout informace, tak nárok na pojistné plnění může být snížen nebo zcela zaniknout.

V pojistných podmínkách je rovněž upraveno, že pokud probíhá policejní vyšetřování pracovního úrazu nebo probíhá šetření ze strany orgánu inspekce práce, tak pojistitel je oprávněn pozdržet výplatu plnění až do doby, kdy je vyšetřování ukončeno. Z pojistných podmínek také plyne, že částka odškodnění, na niž je nárok podle zákona o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla nebo podle jiného zákona o náhradě škody, se odečítá od výše plnění zjištěné podle tohoto zákona.

Belgie – zákon o pracovních úrazech[6]

Belgický zákon o pracovních úrazech nabyl účinnosti dnem 1. 1. 1972. Týká se opravdu jen pracovních úrazů; nemoci z povolání se hradí ze „státního fondu". Zákon je poměrně detailní, například z hlediska vymezení „zaměstnavatele" nebo definice „cesty do práce a z práce". Za pracovní úraz se totiž považuje i úraz, ke kterému došlo na cestě do práce a z práce.

Velmi podrobně je právně upraveno též odškodnění, jako například smrtelného pracovního úrazu, pracovní neschopnosti, dávek či zdravotní péče. Nároky jsou vymezeny přímo v zákoně nebo je v zákoně zmocnění pro „krále", že stanoví například tarif v případě, kdy poškozený má svobodnou volbu poskytovatele zdravotní péče.

Vyměřovacím základem se rozumí roční odměna, na kterou měl zaměstnanec právo v roce předcházejícím úrazu, s ohledem na funkci, kterou zastával v podniku v okamžiku úrazu.

Poškozený může nezávisle na právech vyplývajících z tohoto zákona uplatnit ve vymezených případech své nároky dle občanskoprávní odpovědnosti vůči zaměstnavateli u soudu v případech vymezených v zákoně.

V případě, že si pracovní úraz způsobí oběť úmyslně, nemá nárok na náhrady stanovené tímto zákonem.

Je též upraveno, že pojišťovna a Fond pracovních úrazů mohou uplatnit nárok vůči pojišťovně, která pojistila odpovědnost vlastníka (řidiče) nebo držitele motorového vozidla nebo proti příslušnému Garančnímu fondu.

Fond pracovních úrazů je veřejnoprávní instituce s vlastní právní subjektivitou, která je zřízena příslušným královským výnosem. Poskytuje plnění v případech, kdy zaměstnavatel nesjednal pojištění nebo pokud pojišťovna neposkytne včas pojistné plnění atd.

[5] Pojistné podmínky k „Employers´ Liability Insurance – Occupational Injury", poskytnuto z Finance Norway - FNO, srpen 2011

[6] Zákon o pracovních úrazech ze dne 10. dubna 1971

Zaměstnavatel je povinen uzavřít pojištění pracovních úrazů u **soukromé pojišťovny**, která je oprávněna uzavírat pojištění proti pracovním úrazům … a vyhovuje všem pravidlům a podmínkám podle tohoto zákona. Zaměstnavatel může mít více pojistných smluv, neboť má právo pojistit u různých pojišťoven zaměstnance, kteří pracují na různých pracovištích zaměstnavatele. Podle CEA[2)] je pojištění povinné pro soukromý sektor, ale dobrovolné pro veřejný sektor.

Zaměstnavatel nebo jeho zástupce je povinen hlásit příslušné pojišťovně a v případech stanovených králem rovněž příslušnému inspektorovi bezpečnosti práce každý úraz, který může být důvodem k použití tohoto zákona. Pracovní úraz může ohlásit poškozený nebo jeho oprávněné osoby.

Škody v důsledku pracovních úrazů, způsobených výbušninami, snadno vznětlivými látkami, korozivními nebo jedovatými látkami při nakládce, vykládce nebo při údržbě vojenské techniky nebo v důsledku explozí způsobených prostou přítomností této techniky, odškodňuje pojišťovna. Ta však může inkasovat od Fondu pracovních úrazů k tíži státu částky, které vynaložila, v případě, že ke škodám, ke kterým došlo v Belgii, došlo v důsledku nahodilé a nepředvídatelné přítomnosti látek nebo techniky.

Dánsko – zákon o pojištění pro případ náhrady zaměstnancům[2)]

Na trhu se nevyužívá pojištění odpovědnosti zaměstnavatele jako například ve Velké Británii, ale Workers´ Compensation (odškodnění zaměstnanců – soukromé pojištění pro případ pracovního úrazu), které je doplněno nepovinným odpovědnostním krytím v rámci pojištění odpovědnosti podnikatelů. Pojištění je povinné a zahrnuje jak pracovní úraz, tak nemoc z povolání. Ale v roce 1999 byly nemoci z povolání vyčleněny do samosprávné instituce. Nepovinné pojištění odpovědnosti má význam tehdy, pokud některá z nemocí z povolání není v oficiálním seznamu těchto nemocí nebo jestliže je třeba uhradit odškodnění ve vyšší částce než je nárok podle zákona o pojištění pro případ náhrady zaměstnancům.

Portugalsko – zákon č. 100/1997 týkající se pracovních úrazů a nemocí z povolání[2)]

Odpovědnost za pracovní úraz může zaměstnavatel dle výše uvedeného zákona přenést na **pojišťovnu**. Je třeba zdůraznit, že v Portugalsku je povinné pojištění pro případ pracovního úrazu zařazeno do pojistného odvětví „úraz", tedy nikoli mezi pojištění odpovědnosti.

Jinak je to ale v případě nemocí z povolání. K vyčlenění nemoci z povolání, resp. jejímu oddělení od pracovního úrazu, došlo vzhledem ke značnému množství případů plicního onemocnění – silikózy. Pro nemoci z povolání byla vytvořena speciální nezisková organizace v rámci státního sociálního zabezpečení.

Mimo EU je soukromé pojištění provozováno taktéž v Turecku a podle dostupných pramenů převažuje v USA. Například zákon státu **Massachussets – Worker´s Compensation Act Chapter 152** – počítá i s tím, že pojistitel přebere uzavřením pojistné smlouvy odpovědnost za zaměstnavatele a vyplatí mu v případě pojistné události odškodnění. Poměrně podrobně je upravena spoluúčast (§ 25A). Komisař pro pojišťovnictví požaduje, aby každý pojistitel navrhl zájemci o pojištění spoluúčast. Jednotlivé výše spoluúčasti musí být zveřejněny a o částkách předem rozhodne komisař. Funguje to přitom tak, že jakmile je zvolena spoluúčast, tak pojištěný zaměstnavatel musí počítat s její úhradou pojistiteli. Ten vyplatí kompletní pojistné plnění a pak požaduje po pojištěném zaměstnavateli úhradu spoluúčasti. Poučit se lze i ze způsobu sjednávání pojištění. Pokud je zájemce o pojištění dvakrát (z nějakých důvodů) pojistiteli odmítnut, pokud jde o sjednání pojištění, tak má možnost se obrátit na komisaře, který – jsou-li příslušným zaměstnavatelem splněny podmínky specifikované v zákoně – určí pojistitele, který musí danému zaměstnavateli po zaplacení pojistného vystavit pojistku.

Na závěr této části – o **vybraných soukromých systémech** pojištění pro případ pracovního úrazu (a nemoci z povolání) je třeba zmínit rovněž jejich výhody a nevýhody[1]. K výhodám nesporně patří zejména: schopnost adaptace na změny v pracovním prostředí, schopnost adaptace na vývoj v oblasti precedenčního práva, pozitivní vliv konkurence na průběh likvidace škod nebo zkvalitňování systému na základě zkušeností pojistitele s likvidací škod atd. K nevýhodám jsou řazeny například: rozdíly v podmínkách mezi pojistiteli, tlak konkurence na snižování sazeb – riziko úpadku, žádná garance kontinuity apod.

3. Charakteristika návrhu zákona – možné řešení

Tuzemské pojišťovny působící na českém pojistném trhu prokázaly, že jsou schopny zvládnout náročné výzvy, resp. společenské objednávky, jako byla například likvidace škod z povodní 1997 a 2002, převod zákonného pojištění odpovědnosti z provozu vozidla na povinné smluvní pojištění či příprava a provozování pojištění cestovních kanceláří pro případ úpadku.

Jsou připraveny vstoupit i do pojištění pro případ pracovního úrazu a úspěšně jej provozovat. Hovoří pro to jak skutečnost, že dvě pojišťovny provozují zákonné pojištění, tak odbornost zaměstnanců pojišťoven a také jejich finanční zdraví, nemluvě o tom, že řada těchto společností je dceřinými společnostmi pojišťoven působících v těch členských státech EU, kde existuje privatizovaný model tohoto pojištění a tedy dlouhodobé zkušenosti tamních pojistitelů v této oblasti.

Jedním z prvotních předpokladů pro soukromé pojištění pro případ pracovního úrazu a nemoci z povolání je příprava příslušné legislativy. Česká asociace pojišťoven se tím zabývala již v letech 2004-2005. V červnu 2011 zahájila činnost pracovní skupina pro pracovní úraz, která dostala stěžejní úkol připravit návrh zákona o pojištění odpovědnosti za škodu z pracovního úrazu nebo nemoci z povolání využitelný v rámci legislativní iniciativy.

V září 2011 byl pracovní návrh zákona dokončen. Lze jej charakterizovat takto:

- vymezuje základní pojmy, jako zaměstnavatel, poškozený, pracovní úraz či nemoc z povolání,
- ukládá zaměstnavateli povinnost být pojištěn, a to jedinou pojistnou smlouvou,
- v návrhu je zakomponován přímý nárok poškozeného na pojistné plnění,
- vymezuje rozsah pojištění odpovědnosti zaměstnavatele – podle zákoníku práce,
- rehabilitaci ale ponechává na dohodě smluvních stran (tj. pojistitele a pojistníka),
- minimální limit pojistného plnění by měl činit 35 mil. Kč,
- počítá se spoluúčastí (ale jen byla-li sjednána),
- zachraňovací náklady by měly být hrazeny pouze v rámci sjednaného limitu pojistného plnění (a jejich výše může být v pojistné smlouvě omezena),
- pojistné by mělo být stanoveno jako násobek vyměřovacího základu (podle zákona o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti) a příslušné sazby podle rizikovosti činnosti daného zaměstnavatele,
- zahrnuje též právní úpravu „budoucích nároků" a „snížení náhrady",
- komplexně je rozpracováno právo pojistitele na náhradu plnění; například je konkrétně na základě zákoníku práce a dalších právních předpisů definováno též „zvláště závažné porušení předpisů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci", které zakládá právo pojistitele vůči pojištěnému na náhradu toho, co za něho plnil, a to až do výše vyplacených částek,
- zákonným „partnerem" pojišťoven by se měl stát Státní úřad inspekce práce dle zákona č. 251/2005 Sb.,
- nad rámec zákona o pojistné smlouvě jsou vymezeny specifické případy zániku pojištění,
- je upraven výkon státního dozoru a správní delikty.
- je navržena nezbytná změna některých zákonů a zrušení zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců.

Pokud výše uvedený návrh projde pozitivně připomínkovým řízením v rámci České asociace pojišťoven a externím posuzováním, a stane se tak oficiálním, bude možné se mu v budoucnu věnovat v Pojistných rozpravách podrobněji. V každém případě jde o významnou a odborně náročnou legislativu.

Resumé

Foreign models of insurance against occupational injuries and occupational diseases

In the Czech Republic, there is ex-lege liability insurance providing coverage of damage caused by an occupational (bodily) injury or by an occupational disease. There are some reasons a change is needed, as described in a document of the Ministry of Finance, which was published in 2010 under the name "Options of

the conceptual solution to ex-lege liability insurance of the employer against damage caused by an occupational injury or by an occupational disease". Regarding provision of this insurance by private entities, it may be useful to take into account foreign models of the so called Worker´s Compensation or liability insurance of the employer. The author therefore pays attention to the relevant legal regulation in Great Britain, Finland, Norway, Portugal, Belgium, Denmark, etc. In conclusion, he informs about the activity of the working group of the Czech Insurance Association which in early September 2011 prepared a draft legal regulation for liability insurance of the employer against damage caused by an occupational injury or by an occupational disease. Basic principles of this insurance are defined in this article.

Pravidlo 3S – metody zvyšování důvěryhodnosti reportingu v pojišťovnictví

Ing. Kateřina Lhotská, Ness Czech s.r.o.

Spolehlivost, aktuálnost, úplnost a průkaznost informací – kolikrát jste v poslední době slyšeli nebo četli tyto výrazy v souvislosti s požadavky regulace – ať již existující nebo blížící se? Zamýšleli jste se někdy nad tím, co vlastně znamenají? Kdy je nějaká informace spolehlivá, nebo jak zajistit, že je opravdu úplná? Obyčejně si pod těmito výrazy a formulacemi každý dokáže „něco" představit. Problém je v tom, že to „něco" nemusí být vždy stejné. A pokud existuje několik různých „něco", logicky z toho vyplývá, že co je pro jednoho dostatečnou zárukou spolehlivosti nebo průkaznosti, jinému stačit nemusí. Obecně lze konstatovat, že naplnění požadavku na dostatečnou spolehlivost, úplnost, aktuálnost a průkaznost, lze dosahovat pouze na základě využití patřičně kvalitního informačního zdroje. Jedním z nejdůležitějších takových zdrojů je reporting a kvalita takto získávaných informací je dána především jeho důvěryhodností.

Možná je škoda omezovat se pouze na požadavky regulace. Minimálně stejné vysoké nároky by měly pojišťovny mít i na svůj interní reporting jako na zdroj dostatečně kvalitních informací o fungování společnosti a jejím řízení. Investice do reportingu však zpravidla nejsou tím, co pojišťovny vnímají jako prioritní. Přednost mají a budou mít především takové projekty, které mají přímý dopad na postavení společnosti na trhu, její profit a profitabilitu. Problémem ovšem je, že bez dostatečně kvalitních informací není nikdo schopen určit, které investice se skutečně vyplatily, a kdy byly naopak vynaložené prostředky promrhány. Pak se totiž může například lehce stát, že se pojišťovna opájí růstem nové produkce, aby vzápětí vystřízlivěla při pohledu na červená čísla v hospodářském výsledku. Opatření na podporu obchodu bez toho, aby byly důvěryhodně a včas monitorovány výsledky, jsou pak hazardem, který nemá nic společného se zdravým podnikatelským rizikem (které je samo o sobě v pojišťovnictví velice citlivou otázkou). Ale zvýšení důvěryhodnosti reportingu může znamenat i další kvantifikovatelné přínosy. Určitě mezi ně patří úspory času (a tím i nákladů) při sestavování různých výkazů, hlášení a jiných reportů související se snížením pracnosti a zjednodušením jejich kontroly. Dále sem lze započítat i úspory související s možným rozpuštěním části technických rezerv jako důsledek méně konzervativního přístupu k jejich stanovování. V současnosti je toto pojetí dáno částečně i snahou pokrýt možné dopady vyplývající z nepřesnosti podkladů pro výpočet. O profitabilitě jsem se už zmínila. Snad by bylo vhodné doplnit i to, že poznání skutečné profitability (ať již vztažené k produktu, nebo třeba k prodejnímu kanálu) a její kvalifikované řízení je cestou ke zlepšení obchodních výsledků pojišťovny.

Co je důvěryhodnost reportingu?

Důvěryhodnost reportingu byla definována v článku „Reporting v pojišťovnictví a metody jeho zkvalitňování", který byl publikován v Pojistných rozpravách číslo 26. Pojďme si připomenout alespoň hlavní myšlenky. Jak již

bylo konstatováno, kvalita informací je určována kvalitou jejich zdroje, přičemž jeho důvěryhodnost je vlastností, která jej může kvalifikovat stejně jako nedůvěryhodnost pro změnu diskvalifikovat pro použití. Jak však tyto atributy vymezit? Základní definice zní takto: **Reporting je důvěryhodný, pokud splňuje podmínku správnosti, srozumitelnosti a zachování souvislostí.**

Tato definice je také někdy nazývána **pravidlem 3S** (**S**právnost, **S**rozumitelnost, **S**ouvislosti). Jednotlivá **S** jsou pak vymezena takto:

Správnost – Reportovaná data lze považovat za správná, pokud odpovídají ověřitelné skutečnosti.

Srozumitelnost – Reportovaná data jsou srozumitelná, pokud obsahují kvalitativně právě to, co oprávněně očekává jejich příjemce.

Souvislosti – Jednotlivé reporty, které jsou součástí reportingu, popisují skutečnost v souladu s objektivně existujícími souvislostmi.

Tradiční metody se soustředí především na kvalitu reportingu, což je dekomponováno na dosažení odpovídající kvality dat a kvality jejich zpracování. Při konfrontaci s definicí důvěryhodnosti reportingu je zřejmá jejich nedostatečnost, protože částečně naplňují pouze podmínku správnosti a neřeší požadavek srozumitelnosti a respektování souvislostí. To ale ještě neznamená, že je tradiční přístup a priori špatný. Ovšem z pohledu požadavku na použití reportingu jako zdroje kvalitních informací, je kvalita reportingu pouze podmínkou nutnou, nikoliv postačující. Tou je až naplnění všech pravidel **3S**. Pro objasnění rozdílu mezi oběma přístupy, uvádím několik jednoduchých příkladů:

- Tradiční metody se snaží zajistit, že pokud na vstupu vznikne hodnota (například 1000), tak se zobrazí i v reportu, nikde se „cestou" neztratí a ani nezmění. Pravidla důvěryhodnosti se navíc zaměřují i na to, jestli vytvoření této hodnoty na vstupu bylo správné. Jestli odpovídá tomu, co má obsahovat, k čemu se vztahuje a jestli je korektní i způsob jejího vzniku.
- Pravidla důvěryhodnosti dále určují, že se „cestou" nezmění smysl výše uvedené hodnoty 1000, a že s ní všichni pracují v souladu s jejím významem. Pokud je například tato hodnota hrubé předepsané pojistné za konkrétní období, tak není možné, aby byla někým používána v jiném významu (třeba jako zasloužené pojistné).
- Reporting a další zpracování této hodnoty musí respektovat objektivně existující souvislosti. Například u finančního reportingu se musí vycházet ze vztahů mezi výnosy a náklady a jejich časového zařazení. Pokud tedy oněch 1000 je reportované jako hrubé předepsané pojistné za období, musí nám nezměněné vstupovat od měsíce své splatnosti nebo svého vzniku (podle toho, co nastává později) i do výpočtu a reportu

pohledávek, do výpočtu rezervy na nezasloužené pojistné a do výpočtu dalších technických rezerv podle charakteru pojištěného rizika, případně do výpočtu pasivního zajištění a provizí. Musí tedy existovat vazby mezi několika výpočty a reporty.

Pokud spojíme výše uvedené dílčí definice v jednu obecnou, zní takto:

Reporting je důvěryhodný tehdy, pokud zobrazuje správná data, jejichž významu příjemce rozumí a o nichž ví, že se používají korektně i pro související výpočty nebo reporty.

Tolik stručná rekapitulace klíčových myšlenek zmíněného článku. Je evidentní, že samotná definice je příliš obecná na to, aby bylo možno jednotlivá pravidla konkrétně aplikovat. Proto jsou naformulovány jednotlivé dílčí principy a zákonitosti, jejichž respektováním dojde k naplnění definovaných pravidel. Ty jsou pak promítány v každé pojišťovně do odpovídajících opatření v oblasti provozně-procesní, metodické a kontrolní. Tam, kde je to nezbytné, nebo účelné jsou pak jednotlivá opatření podpořena zásahy do IT systémů.

Rozšiřující principy a zákony

Zvyšování důvěryhodnosti reportingu je realizováno za dodržování těchto principů a zákonů:

- Princip sledování účelu
- Princip prapříčiny
- Princip komplexity
- Princip adekvátnosti
- Princip ověřeného zdroje
- Princip jednoho výpočtu
- Princip jednoho obrazu pravdy
- Princip zachování detailu
- Princip dekompozice
- Princip vzniku informace
- Zákon zachování dat
- Zákon jednoznačnosti

Princip sledování účelu

Hovoří o tom, že reporting musí přiměřeně naplňovat požadavky na činnost nebo systém, jehož vstup je využíván. V praxi to znamená, že například požadavky na finanční reporting musí přiměřeně naplňovat požadavky na účetnictví (účetní zásady), požadavky na provozní reporting musí respektovat provozní specifika a sledovaný cíl řízení provozu a obchodní reporting musí naplňovat účel sledovat a zároveň motivovat obchodní síť. Protože finanční reporting je pro každou společnost extrémně důležitý, pokusme se posoudit, jak jsou podpořeny obecné účetní zásady v současné době. Nejedná se o žádný průzkum, proto není u každé zásady uvedeno, kolika procent pojišťoven se daný popis týká. Nicméně ze zkušeností lze konstatovat, že popisovaný stav není ani zdaleka výjimečný a v některých případech je dokonce obvyklý. V žádném případě to ale neznamená, že dané účetní zásady nejsou v pojišťovnách dodržovány. Děje se tak ale zpravidla „ručně" na straně účetnictví a bez vazby do primárních informačních zdrojů. To ovšem také znamená, že při kontrole zaúčtovaných dat se jen velmi těžko dosahuje shody s primárními hodnotami a musí být pamatováno na to, že se takové nestandardní zásahy prováděly a jak se realizovaly.

Nezávislost účetních období

Vyžaduje účtování hospodářských případů do období, se kterým věcně a časově souvisí, a nikoli do období, kdy došlo k pohybu peněžních prostředků. Uplatňování této zásady vede k časovému rozlišování nákladů a výnosů.

Lze konstatovat, že tato zásada je ze strany reportingu jednou z nejméně podporovaných. Projevuje se to většinou tak, že reporty vytvářené se stejnými vstupními parametry poskytují při opakovaném spuštění odlišné výsledky, které mohou být neúplné, aniž to uživatel reportu zjistí. Jednotlivé transakce (předpisy, škody, pohyby rezerv, provize apod.) jsou zařazovány do reportu na základě rozdílných časových údajů. Často není respektováno pravidlo, že o transakci se účtuje buď v období, ke kterému se vztahuje (např. podle splatnosti), nebo v období, ve kterém se o ní dozvím (podle toho, co nastává později). Vyjmenované příklady se vztahují k jednoduchým záležitostem. Ovšem mnohem závažnější je nedodržování této zásady ve vzájemných souvislostech. Například není stejné předepsané pojistné, které je zaúčtováno a to, které vstupuje do dalších závěrkových zpracování (pohledávky, rezerva nezaslouženého pojistného, další technické rezervy v závislosti na povaze rizika, pohledávky, provize, případně zajištění atd.).

Vymezení účetní jednotky

Účetní jednotka je uzavřený celek, za který se vede účetnictví, sleduje majetek a závazky, předkládají a sestavují účetní výkazy.

Finanční reporting zpravidla nemá na tuto zásadu žádný vliv. Teoreticky mohou tvořit výjimku výstupy z tzv. servisních středisek poskytujících služby více subjektům, pokud tyto subjekty interně nedostatečně oddělí. Žádný takový případ není ovšem znám.

Zákaz kompenzace

Stanoví, že lze provádět vzájemné vyrovnání položek v rámci účetní závěrky pouze ve specifických případech stanovených zákonem o účetnictví.

Naplňování této zásady je zpravidla bez jakéhokoliv vlivu a dopadů finančního reportingu. V omezených případech se může projevovat například tak, že pohledávky a přeplatky jsou při výpočtu agregovány a přitom může dojít k jejich vzájemné kompenzaci.

Nepřetržitost trvání firmy

Zásada předpokládá nepřetržitost trvání firmy (konec její činnosti není pevně určen).

Tato zásada je bez vlivu finančního reportingu. Ve výjimečných případech se stává to, že nějaký report je časově omezen v důsledku chyby.

Stálost metod

Tato zásada stanoví, že firma nesmí během účetního období měnit způsoby oceňování, postupy odpisování, postupy účtování, uspořádání a obsah položek účetní závěrky a postupy pro provedení konsolidace účetní závěrky.

Největším ohrožením dodržování této zásady jsou zdánlivě „nic neměnící" úpravy reportů prováděné v průběhu účetního období (roku). Každá taková změna je totiž v podstatě modifikací metody výpočtu dané veličiny a může tedy ve svém důsledku znamenat její proměnlivost. Optimálním řešením je tedy provádět změny reportů využívaných v rámci finančního reportingu vždy k začátku roku. Pokud to není z nějakých důvodů možné, tak to znamená provést generování takového reportu od počátku roku až do okamžiku jeho změny a opravit zaúčtované hodnoty. To nemusí být vždy jednoduché a hrozí tu vážné nebezpečí, že nebudou dodrženy všechny souvislosti. Proto by se takováto změna reportu měla provádět pouze z velice závažných důvodů (například odstranění chyby s velkým dopadem).

Zásada opatrnosti

Zásada určuje, že majetek a výnosy nesmějí být nadhodnocovány, závazky a náklady naopak podhodnocovány.

Tato zásada je často v důsledku nedůvěryhodnosti reportingu naplňována konzervativněji, než by tomu bylo, kdyby se pojišťovny mohly na svůj reporting opravdu spolehnout. Nejedná se tedy o nedodržování zásady, ale o přehnanou opatrnost. Lze tedy konstatovat, že tuto zásadu reporting nepodporuje.

Zásada objektivity

Určuje, že účetnictví musí být vedeno úplně, průkazně a správně tak, aby věrně zobrazovalo předmět účetnictví. Naplňování této zásady je přinejmenším sporné. Vzhledem k tomu, že nedůvěryhodnost reportingu ještě a priori nemusí znamenat, že reporting poskytuje chybné podklady (přestože je to pravděpodobné), nelze s určitostí ani konstatovat, že z tohoto důvodu není zásada podporována. Nicméně nedůvěryhodný zdroj nemůže určitě být zdrojem průkazným. Proto se lze přiklonit k tomu, že tato zásada není zpravidla reportingem naplňována.

Historické ceny

Podle této zásady se majetek oceňuje k okamžiku jeho pořízení. Výjimku tvoří možnost oceňovat určité složky majetku – např. krátkodobé cenné papíry – tzv. reálnou hodnotou.

Tato zásada není vždy naplňována. Například v oblasti cizoměnových operací se často stává, že historické ceny nejsou uchovávány. V pojišťovnictví to však nemusí mít dopad jen v okamžiku, kdy k takové operaci dojde, ale třeba i do rezervování těchto případů. Při malých objemech se nejedená sice o závažný problém, ovšem u pojišťovny poskytující příhraniční služby v cizí měně většího rozsahu může docházet k poměrně značným rozdílům, pokud tyto operace nejsou v rámci reportingu ošetřeny správně.

Bilanční kontinuita

Určuje, že zahajovací bilance pro dané účetní období musí souhlasit se závěrečnou bilancí minulého účetního období.

Často není reportingem podporována. Změnové reporty za období (většinou měsíční), u kterých je počátek období reprezentován počátečním stavem a konec období koncovým stavem, mnohdy nerespektují to, že koncový stav předchozího období musí být stejný jako počáteční stav následujícího období.

Zásada materiality

Požaduje, aby účetní výkazy obsahovaly takové kvantitativně vymezené informace, které jsou pro uživatele významné z hlediska jejich rozhodování.

Zásada není vždy reportingem podporována. Pokud je v jeho rámci zjištěna nějaká materiální informace, je v důsledku nedůvěry v samotný informační zdroj nutno nejdříve složitě ověřovat, zda je informace opravdu pravdivá. To je ovšem ta lepší varianta. Horší je, když reporting nedokáže nějakou informaci a hlavně její materialitu zachytit.

Princip prapříčiny

Tento princip určuje postup řešení nekonzistencí. Pokud je nějaká zjištěna, je nutno vždy hledat její příčiny a tyto příčiny odstranit. V praxi to znamená, že není přípustné trvalé řešení ve formě kompenzace následků. Pokud je například chybně reportováno předepsané pojistné a příčinou je to, že chybou procesu předepsané pojistné neoprávněně vzniká, je zapotřebí odstranit tuto chybu a nikoliv například do reportu zařadit nějaké kompenzační položky, které nám budou „odečítat" nesprávně vzniklé předpisy. Důvodem je to, že takto chybně generovaný předpis se promítá do každého jeho použití i v jiných reportech. Kompenzace v rámci jednoho nebo i několika reportů tak nezaručí odstranění všech nekonzistencí. Naopak dojde zpravidla k porušení souvislostí a tím pádem ke zhoršení situace.

Kompenzační řešení lze použít pouze ve specifických a výjimečných případech. Ani tak by se nemělo týkat oblastí s potenciálně velkým dopadem a řešení by mělo být pokud možno jen dočasné. Zároveň musí být zajištěno to, že kompenzace je prováděna analogicky u všech souvisejících (odvozených) veličin tak, aby nedošlo k porušení souvislostí. Samozřejmostí je pak průběžný monitoring problému.

Podle mého názoru není tento princip v pojišťovnách uplatňován dostatečně. Důvodem je zpravidla neuvědomění si nebezpečí pramenící ze „zakonzervování" problému. Důsledkem jsou pak právě ona rychlá kompenzační řešení se všemi výše popsanými nedostatky a absencí jakéhokoliv monitoringu problému.

Princip komplexity

Tento princip určuje, že nekonzistence a diskrepance nejsou nikdy řešeny izolovaně, ale vždy ve vzájemných souvislostech. Je tedy nutné nejdříve odhalit prapříčinu všech rozdílů a navrhnout řešení pokrývající maximum z nich a zároveň nevytvářející nové problémy. V praxi to znamená, že je nutno se velmi zaměřit na souvislosti a vždy analyzovat všechny dopady navrhovaných úprav. Komplexitu je také nutno chápat v čase. Přístup ke hledání řešení tedy nelze omezovat pouze na současný stav, ale měly by se zohlednit i budoucí známé události.

O principu komplexity platí v podstatě totéž co o principu prapříčiny. Tedy že je uplatňován nedostatečně. Příčiny jsou podobné: neuvědomění si nebezpečí pramenícího z podcenění problému a jeho následků. Analýzy dopadů se sice zpravidla v nějaké formě provádějí, ale pokud se ukáže, že navrhované řešení ovlivňuje celou řadu souvisejících oblastí (a je tedy přiměřeně nákladné), hledá se řešení jednodušší. Tím je často nějaké kompenzační, a tedy i méně komplexní řešení.

Princip adekvátnosti

Určuje, že každé přijaté opatření musí být adekvátní dopadům plynoucím ze zjištěných nekonzistencí. Je tím míněno, že úsilí (prostředky) vynaložené na řešení problému by neměly být větší než nepříznivý účinek v případě jeho neřešení. U nedostatků s malým dopadem pak zpravidla stačí jednoduché opatření podchycené například metodicky bez složitých zásahů do IT systémů. V těchto případech je ovšem zároveň nutné kontrolovat účinnost takového opatření a zároveň to, jestli se dopad a riziko časem nezvětšují a nenastal tedy čas na investování více úsilí a prostředků do řešení daného problému.

Určit adekvátní náklady je často velice složité. Jak již bylo uvedeno, často není dostatečně analyzována prapříčina, problémy se neposuzují komplexně a tedy je jasné, že nejsou ani známy skutečné dopady. Proto není ani možné zodpovědně stanovit, které náklady jsou ještě adekvátní, a kdy je dopad problému menší než prostředky nutné k jeho odstranění. Zpravidla se tedy volí jednodušší přístupy, které ovšem místo řešení problému přináší spíše jeho překrytí se všemi negativními důsledky.

Princip ověřeného zdroje

Tento princip určuje, že pro použití dat jako informačního zdroje musí být zaručeny a známy tyto okolnosti:

- Význam dat – jaký věcný význam data mají, co popisují.
- Produktové nebo jiné závislosti – jak se mění význam dat v závislosti na produktu nebo na jiných okolnostech (typ pojistníka, časová závislost, posloupnosti stavů apod.).
- Použitelnost dat – k čemu je možné je použít (případně za jakých podmínek) a k čemu v žádném případě ne.
- Odkud se data do zdroje dostávají a jakým způsobem.
- Neměnnost dat uložených ve zdroji – data lze pouze přidávat, ale není možno je mazat ani modifikovat.
- Historie dat – zda měla data v minulosti vždy stejný význam, nebo zda se tento význam měnil (pokud ano, tak kdy a jak).
- Jaké jsou nad daty prováděny kontroly a výsledky těchto kontrol.

V optimálním případě je v pojišťovně používán pro reporting pouze jeden takový zdroj, ovšem v některých specifických případech je možno využívat více zdrojů za předpokladu, že množiny dat tam uložených jsou navzájem disjunktní. Tedy, že neobsahují data vztahující se věcně a časově k stejným okolnostem nebo událostem. Tato podmínka nevylučuje, že tato data nemohou být uložena v pojišťovně na více místech. Pouze jedno takové místo lze však pokládat za ověřené a data z něj považovat za informační zdroj. Tomuto zdroji se také někdy říká referenční.

Pokud již pojišťovny přistupují k budování nějakého společného datového zdroje, zpravidla se omezují pouze na technickou část takových řešení a opomíjejí význam dat, jejich vzájemné věcné závislosti, relevanci pro různé účely a jejich historii. Přímým důsledkem je pak to, že zatímco technická kvalita dat se zlepšuje, jejich informační hodnota stagnuje nebo v některých případech může i klesat.

Princip jednoho výpočtu

Každý výpočet veličiny musí být v pojišťovně prováděn právě jednou (na jednom místě). Takto prováděný výpočet je nazýván referenčním. Platí pro něj to, že by neměl využívat jiná data než referenční. Pokud je tuto veličinu nutné používat na více místech, (mezi-)výsledek výpočtu musí být uložen pro další použití. Pokud není tento princip dodržen, dochází zpravidla k rozdílům v kalkulacích.

Dodržování tohoto principu nejvíce ohrožuje roztříštěnost jednotlivých IT systémů v rámci jedné pojišťovny. Měnit tyto aplikace je zpravidla velmi komplikované, v některých případech dokonce nemožné. Určitým kompromisem je ponechání všech výpočtů v nezměněné podobě, jejich „ignorování" a používání pouze těch, které jsou označeny jako referenční (prováděné nad referenční množinou dat, ukládající mezi-výsledky pro další použití atd.).

Princip jednoho obrazu pravdy

Stanoví, že pro informační hodnotu nějakého zdroje a její zvyšování má větší prioritu zachování souvislostí před dosažením dílčí správnosti. Tedy platí, že úprava některých veličin by neměla být prováděna za cenu, že budou porušeny vzájemné souvislosti s jinými veličinami a konzistence informačního zdroje. Zjednodušeně lze tento princip shrnout do věty: „Může to být špatně, ale musí to být stejně". Tento princip nepřímo vyplývá i z principů prapříčiny a komplexity. Jejich dodržením dochází zpravidla automaticky i k dodržení principu jednoho obrazu pravdy.

Pokud jsou principy prapříčiny a komplexity aplikovány nedůsledně, je logické, že podobně nedokonalé je i respektování principu jednoho obrazu pravdy. Pojišťovny se zpravidla omezují na vytváření reportů z jednoho úložiště dat a hůře ošetřují, jestli související reporty jsou vytvářeny ze stejné množiny a za použití stejných (nebo kompatibilních) metod.

Princip zachování detailu

Podle tohoto principu by měla být uchovávána veškerá data v maximální míře detailu, různě agregované formy by měly být produkovány pouze pro specifické účely a neměly by být vytvářeny při současném zrušení detailní formy. Detailní forma musí být uchovávána v rámci ověřeného (referenčního) zdroje. Agregované formy by měly být tvořeny za použití principu jednoho (referenčního) výpočtu.

Největším nebezpečím pro respektování tohoto principu je vytváření různých agregovaných forem dat, aniž by bylo možné zjistit, z kterých dat vlastně tato forma vznikla.

Princip vzniku informace

Tento princip určuje, že při vzniku každá transakce (např. předepsané pojistné, pojistné plnění, změna rezervy, platba, provize apod.) musí vzniknout zároveň všechny klíčové věcné (např. produkt, riziko, druh předpisu, typ plnění apod.) a časové údaje (např. účetní období, datum a čas vzniku transakce apod.). Pokud to z nějakého důvodu není možné (zpravidla technického – například komplikovanost změny v IT systému, kde transakce vzniká), musí být klíčové údaje vygenerovány „nejdříve, jak je to možné" a zároveň musí být zajištěna jednoznačná vazba na původně vzniklou transakci. Až takto obohacená data mohou být součástí ověřeného zdroje, kde naopak nesmí figurovat transakce původní (nebo musí být zřetelně oddělena tak, aby nemohlo dojít k záměně).

Respektování tohoto principu je přímo závislé na možnostech pojišťovny modifikovat svoje IT systémy, které příslušné transakce generují. Dodavatelé těchto systémů se zpravidla orientují pouze na samotnou podporu činností se správou pojištění, likvidací, prodejem pojištění apod. a nutnost o všech těchto aktivitách následně reportovat ve svých řešeních podceňují. Proto je tento princip často nedodržován.

Zákon zachování dat

Zákon zachování dat zní:

Žádná data nemohou být nevratně změněna nebo zrušena.

Ze zákona vyplývají tyto způsoby práce s daty:
- Pokud mají být data modifikována, je nutné, původní zachovat a změnu provést až na jejich nově vzniklé kopii (verzi). Pro tu samozřejmě také platí zákon zachování dat.
- Pokud mají být data zrušena, je nutné, aby byla tato data označena příznakem zrušení.
- Nastavení příznaku zrušení je specifickým případem změny.

Zákon je v IT systémech pojišťoven zpravidla dodržován, i když ne důsledně. Existují data, u kterých znamená jejich změna nenávratnou ztrátu původních hodnot.

Zákon jednoznačnosti

Zákon jednoznačnosti zní: **Data mají vždy právě jeden význam, který je jednoznačně pojmenovaný a neměnný.**

Ze zákona vyplývá, že nelze využívat data ve více než jednom významu. Pojmenování významu je zpravidla spojeno s názvem nějaké datové položky, nebo sloupce reportu. Mohou ale vznikat i složitější konstrukce. Může se třeba jednat o kombinaci datové položky a hodnoty v jiné datové položce nebo ve více položkách. Pak hovoříme o tom, že význam je na této hodnotě závislý a typickým příkladem může být třeba odlišný význam pole „pojistná částka" na poli „kód produktu".

V pojišťovnách se zpravidla neprojevuje nedodržování tohoto zákona v tom smyslu, že by data měla více významů, ale spíše v tom, že v některých případech není význam znám přesně, nebo dokonce vůbec. Jedná se pak spíše o jeho „tušení", které se samozřejmě vyvíjí v čase – buď se zpřesňuje, pokud se najde někdo, kdo se významem začne zabývat, nebo se zamlžuje, pokud například ten, kdo o významu věděl nejvíc, pojišťovnu opustí.

Opatření na zvýšení důvěryhodnosti

Zvýšení důvěryhodnosti reportingu se zpravidla nedosáhne pouhými úpravami jednotlivých reportů (tím se mnohdy situace naopak zhorší), ale kombinací cílených a vzájemně provázaných opatření v provozně-procesní, metodické a kontrolní oblasti. Tato opatření je v některých případech nutné a někdy vhodné podpořit příslušnými změnami IT systémů. Neznamená to tedy, že zásah je nutné provádět vždy. Toto rozhodnutí zpravidla závisí na posouzení dopadu v souladu s principem adekvátnosti.

Provozně-procesní

Tato opatření mají za cíl odstranit příčinu diskrepancí a tím pádem i nepříznivé následky. Aby byla účinná, je nutné poznat pravou příčinu problému a nikoliv následek, který je za některé příčiny často zaměňovaný (princip prapříčiny). Tuto příčinu je nutné zkoumat ve vzájemných souvislostech a simulovat, jaké dopady bude mít její odstranění (princip komplexity). Pokud by mělo řešení nepříznivý dopad na jiné veličiny, nejedná se pravděpodobně o prapříčinu, nebo existují ještě jiné prapříčiny a je zapotřebí pokračovat v jejich analýze.

Výsledné řešení musí být přiměřené možným nepříznivým dopadům (princip adekvátnosti). Provozně-procesní opatření mají pozitivní dopad především na zlepšení **Správnosti** a **Souvislostí**.

Při stanovování a návrhu úprav procesů je vhodné mít na paměti, že není zpravidla účelné všechny činnosti v pojišťovně za každou cenu svázat přesně definovanými procesy. Posouzení míry závisí na mnoha okolnostech. Jednou z nich může být velikost pojišťovny (ve větších je nutné více činností podchytit procesy, v menších to pro změnu může vyvolat ztrátu jejich pružnosti). Nebezpečí z přílišného „zaprocesování" spočívá především v komplikovanosti změn, ztrátě schopnosti řešit mimořádné situace, alibismu pracovníků v případ nutnosti výjimečně udělat „něco jinak", a také ve ztrátě jejich motivace (pocit „kolečka v soukolí"). Pokud se naopak zvolí příliš nízká úroveň „zaprocesování" může dojít k těžkostem v řízení, nekontrolovanému dublování některých činností, nebo naopak k jejich neprovádění, k nižší zastupitelnosti apod.

Metodická

Metodická opatření na podporu důvěryhodnosti jsou zaměřena především preventivně. Tzn., že jejich cílem je vytvořit tokové prostředí v pojišťovně, které bude předcházet možným kolizím a nedokonalostem majícím za následek snižování kvality poskytovaných informací. Zpravidla napomáhají zlepšování v oblastech všech **3S**.

Sem patří tato opatření:
- Zavedení a používání slovníků pojmů
- Určení vlastníků dat
- Definice referenčních dat a nastavení referenčních výpočtů
- Určení náležitostí reportů a jejich nastavení
- Vznik rozhodných údajů pro reporting

Zavedení a používání slovníku pojmů

Slovníky pojmů vytvářejí uživatelé (nikoliv IT) za účelem sjednocení názvosloví, zajištění používání stejných pojmenování a výrazů pro stejné skutečnosti a jednotné chápání jejich významu. Slouží k jednoznačné a zjednodušené komunikaci mezi uživateli navzájem a mezi uživateli a IT. Aby bylo zavedení těchto slovníků opravdu účinné a přineslo očekávaná pozitiva, je zapotřebí dodržet tyto zásady:
- Pojem, který není ve slovníku, „jako by nebyl".
- Každý pojem je nadefinován právě jednou.
- Existující pojmy je možné využít pro definici jiných pojmů (pozor na cyklické definice, kdy je pojem definován jiným pojmem, ten pak dalším pojmem a dalším a tak dále, až se k definici nějakého pojmu použije definice jeho předchůdce).

- Každý pojem má svého vlastníka, který za pojem odpovídá a určuje pravidla pro jeho používání.
- Definice pojmů nelze měnit (výjimkou mohou být třeba opravy chyb apod.). V případě potřeby změny lze založit novou verzi pojmu, nebo úplně nový pojem.
- Je vhodné zajistit odpovídající kulturu definování (pravidla pro vytváření definic).

Níže je uveden příklad takového slovníku. *Text kurzívou* označuje údaje, které vyplňuje IT (může jich být víc, než je uvedeno v příkladě – záleží na tom, kolik IT systémů pojišťovna využívá), ostatní vyplňují uživatelé. Pro samotnou realizaci lze použít i poměrně jednoduché prostředky (např. Excel). Pro větší pojišťovny se složitější terminologickou základnou a složitými odpovědnostmi je vhodnější využít sofistikovanější řešení (aby se zajistilo sdílení, přístup pouze k některým záznamům, historie změn apod.)

Název pole	Význam	Příklad
Pojem	Jednoznačný název pojmu používaný při definici požadavků uživatelů na report, nebo pro definice jiných pojmů.	Měsíční účetní hrubý předpis
Definice pojmu	Přesná definice pojmu. Lze použít přesný popis, nebo třeba popis typu „pole Roční pojistné na obrazovce Detail smlouvy".	Hrubé předepsané pojistné, jehož účetní období odpovídá požadovanému měsíci.
Oblast	Skupina pojmů mající mezi sebou logický vztah.	Předpisy
Doména reportingu	Označuje, pro jaký typ reportingu se daný pojem výhradně používá.	Finanční reporting
Vlastník	Kdo za daný pojem obsahově a věcně odpovídá a určuje pravidla pro jeho užívání.	Odbor účetnictví
Označení v reportu	Označení pojmu v reportech (název sloupce).	Hrubý předpis
Výpočet	U pojmů pro vypočítávané hodnoty obsahuje vzorec.	N/A
Použití	K čemu se pojem smí používat a k čemu se výslovně použít nesmí.	Pro závěrkové reporty pracující s předepsaným pojistným (předpisy, pohledávky, rezervy, zajištění, provize). Nepoužívat při výpočtu dluhu k upomínání.
Verze	Datum, od kterého lze pojem používat.	1. 1. 2011
Název pole v IT systému A	*Název datového pole v IT systému A, nebo způsob, jak je možno pole získat.*	*Premium. Monthly když Premium. AccPeriod=účetní období and Premium. Type='Account'*
Název pole v IT systému…	*Název datového pole v IT systému …, nebo způsob, jak je možno pole získat.*	…
Poznámka	Libovolná poznámka nezařaditelná v rámci jiných položek slovníku pojmů.	Náhrada za dříve chybně definovaný pojem *Měsíční předpis*

Určení vlastníků dat

V pojišťovnách (a nejen tam) je poměrně hluboce vžitá představa, že vlastníkem dat je IT. Není to však pravda. Neznamená to, že IT nevlastní žádná data, ale jsou to vesměs taková, která slouží jeho vlastnímu provozu (například různá nastavení, přístupová práva, uživatelské účty a profily apod.). Pro ta ostatní je zapotřebí vlastníka určit a není to vždy úplně jednoduché. Nicméně existuje pravidlo, které tomuto určení napomáhá:

Vlastníkem by měl být ten, kdo má z dat největší užitek a má nejvíce možností jejich obsah ovlivnit ať pozitivně, nebo negativně. Mezi jeho úkoly patří především:

- Odpovídat za obsahovou správnost dat.
- Určovat pravidla přístupu a používání dat (po dohodě s ostatními uživateli).
- Podílet se na definici pojmů a kontrolovat používání slovníku pojmů.
- Popisovat objektivně existující souvislosti mezi daty.
- Spolupracovat na tvorbě reportů využívající tato data.
- Kontrolovat dodržovaní metodických opatření pro práci s daty.

Následující tabulka ukazuje příklad nastavení vlastnictví dat v pojišťovně. Je zde uveden pojem „spoluvlastník", který označuje toho, kdo má z dat také výrazný užitek a má také možnost jejich obsah zásadně měnit (tedy měnit s velkým dopadem). Proto je vhodné, aby se na vlastnictví dat podílel a zároveň nesl přiměřenou odpovědnost vyplývající z povinností vlastníka. Odpovědnost hlavního vlastníka přitom zůstává zachována.

Oblast	Vlastník	Spoluvlastník
Klienti	Obchodní služba	
Smlouvy a rizika	Správa smluv	
Předpisy	Správa smluv	
Platby	Platební styk	
Výplaty plnění	Platební styk	Likvidace
Unity	Správa smluv	Asset management
Technické rezervy (bez RBNS)	Pojistná matematika	
Podíly na zisku a bonusy	Správa smluv	
Škody	Likvidace	
RBNS	Likvidace	
Pohledávky a přeplatky	Správa smluv	
Provize	Obchodní služba	
Zajištění	Pojistná matematika	
Odměny zaměstnavatelům	Obchodní služba	Správa smluv

Definice referenčních dat a nastavení referenčních výpočtů

Toto opatření ve své podstatě vychází z principů „ověřeného zdroje" a „jednoho výpočtu" a je jejich praktickou realizací. Referenční data jsou taková, která lze považovat za „nejlepší možná" a jsou proto využívána v rámci celého reportingu. Jak stanoví i princip „ověřeného zdroje" je výhodnější, když jsou uložena na jednom místě, není to však nepřekročitelnou podmínkou. Na referenční data jsou uplatňovány ve zvýšené míře pravidelné kontroly. Referenční data jsou propojena s referenčními výpočty, jejichž (mezi-)výsledky jsou ukládány pro další použití (princip „jednoho výpočtu"). Referenční výpočty by neměly využívat jiná data než referenční.

Určení náležitostí reportů a jejich nastavení

Nastavení závazného formátu reportu pomáhá zlepšit jeho srozumitelnost, zprůhledňuje práci s ním a pomáhá eliminovat omyly plynoucí z jeho nesprávného používání. Každý report by měl v hlavičce obsahovat nejméně tyto údaje:

- Název reportu.
- Doménu reportu (např. finanční reporting, provozní reporting apod.)
- Datum a čas vytvoření
- Seznam a hodnoty všech parametrů, se kterými byl report vytvářen
- Verzi reportu.

K těmto parametrům lze přidat ještě tyto, které nejsou nezbytně nutné, ale jejich použití může výrazně pomoci především při analýze některých rozdílů:

- Informaci o tom, zda byl report vytvářen za uzavřené období (jen u finančního reportingu)
- Informaci o tom, zda se jedná o první vytvoření reportu s danými parametry
- Jméno uživatele, který report vytvářel.

Důležité také je, aby všechny názvy byly v souladu se slovníkem pojmů. Pro větší srozumitelnost je přiložen příklad.

Měsíčný změna RBNS Verze: 3.11

Doména: Finanční reporting
Datum a čas vytvoření: 3. 5. 2011 14:32
Parametry: Účetní měsíc: 201104
Útvar: L03 – Likvidace pojištění osob
Skupina: Vše
Uzavřené období: Ano
Spuštění reportu: 1
Uživatel: Příhodová Alena

Útvar	Skupina	Riziko-kód	Riziko-název	Stav-1.1.	Stav-počátek měsíce	Stav-konec měsíce	Změna za měsíc	Změna YTM

Vznik rozhodných údajů pro reporting

Toto opatření plně vychází z „principu vzniku informace". S jeho realizací však mohou být spojeny určité problémy. Nejzávažnější komplikací jsou velmi vysoké náklady v souvislosti s nutnými zásahy do již existujících IT systémů, přičemž takové změny znamenají i zvýšené riziko zavlečení chyby do těchto aplikací. V takových případech je tedy nutno uplatnit i „princip adekvátnosti" a porovnávat tyto náklady a rizika (respektive jejich dopady) s očekávanými přínosy. Pokud se ovšem pojišťovna připravuje na pořízení nového IT systému (na správu smluv, likvidaci apod.) je určitě vhodné požadovat, aby „princip vzniku informace" systém respektoval již od samého počátku. Lze přitom očekávat argumentaci dodavatele (ať již interního nebo externího), která se bude zaštiťovat „nesystémovým řešením" nebo „že to je záležitostí reportingu, který vytvářený systém neřeší". Je zapotřebí se nenechat odradit a na požadavku důsledně trvat. Zmíněná argumentace je zpravidla vedena snahou odsouvat tento problém s tím, že „reporting se vždycky nějak vyřešil a teď jsou na pořadu dne důležitější věci". Výsledky tohoto přístupu nakonec vidíme kolem sebe dnes a denně…

Kontrolní

Do této skupiny patří metody, které nemají za cíl předcházet chybám, ale co nejdříve na možné nekonzistence upozornit. Jejich aplikací dojde ke zlepšení ve všech 3S. Konkrétně se jedná o tyto metody:

- Kontrola datových toků
- Kontrolní body a součty
- Kontroly dávek
- Kontrola očekávané skutečnosti

Kontrola datových toků

Při této kontrole se prochází cesta, kterou data putují od svého vzniku až po zobrazení v reportu. Zpravidla se postupuje zpětně, tedy z reportu k místu vzniku dat. Tímto místem není myšleno zadání hodnoty do vstupního pole nějakého IT systému, ale skutečný vznik. Tedy například zapsání výše pojistné částky do příslušného políčka na papírovém formuláři při sjednání smlouvy. Při analýze datových toků je nutno kontrolovat především:

- Zda data nemění „cestou" svůj význam.
- Že související veličiny mají společný zdroj (výpočet).
- Zda stejné veličiny v různých reportech mají stejný zdroj.
- Že „cesty" souvisejících veličin se ve směru ke zdroji potkávají, ale neprotínají.

Kontrolní body a součty

Určení datových toků je důležité i pro stanovení kontrolních bodů. Je to zpravidla nějaký přechod mezi systémy, nebo to může být i místo v rámci systému, které má podobný charakter. Na těchto kontrolních bodech je vhodné provádět kontrolu pomocí kontrolních čísel. Jedná se o poměrně jednoduché opatření, ovšem velice spolehlivé. Nezjistíme sice zpravidla, kde konkrétně problém nastal, ale jsme alespoň informováni o tom, že došlo k určité nestandardnosti.

Kontroly dávek

Jedná se o analogii „náležitostí reportů" popsanou výše. Informace o dávce je vhodné přiměřeně doplnit nebo modifikovat tak, aby byla informace co nejúplnější. Pokud na sebe navazuje několik dávek, musí být vše zabezpečeno tak, aby následující dávka nebyla spuštěna dřív, než původní skončí (což je jednoduché), a zároveň, aby se nespustila v případě, že předchozí dávka skončila chybou (to už je komplikovanější).

Kontrola očekávané skutečnosti

Jedná se v podstatě o model chování reálného kmene, pomocí kterého odhadujeme předpokládané výstupy z reportingu. Pokud je mezi predikcí a skutečností nevysvětlitelně velký rozdíl, došlo pravděpodobně k nějaké nekonzistenci. Při nastavování modelu je nutné volit kompromis mezi úrovní granularity a pracností, ošetřit mimořádnosti (kalamity apod.), pracovat se sezónními vlivy (cestovní pojištění, …) a se všemi dalšími nestandardnostmi. Je také nezbytné rozpoznat, co je ještě přijatelná odchylka (vzniklá nepřesností modelu) a co je již rozdíl, kterým bychom se měli zabývat.

Jak postupovat při zvyšování důvěryhodnosti reportingu

Výše popsané postupy, principy a konkrétní opatření zaručují dostatečným způsobem dosažení důvěryhodnosti reportingu. Jak ale zajistit jejich praktickou realizaci? Pokud se pojišťovna rozhodne se touto oblastí vážně zabývat, velmi záhy se zastaví u první otázky – jak a odkud začít? Odpovědět na ni není vůbec jednoduché. Ukažme si tedy základní posloupnost nutných kroků. Celý proces lze rozdělit do několika fází, které mají svoji logickou návaznost a z nichž by neměla být žádná přeskočena. Mají toto pořadí:

1. Zjištění stavu reportingu
2. Identifikace problémových míst
3. Analýza dopadů
4. Prioritizace
5. Analýza příčin nedůvěryhodnosti
6. Návrh řešení
7. Rozhodnutí o realizaci
8. Realizace.

Pojďme se na jednotlivé fáze podívat podrobněji, specifikujme jaké činnosti a proč se v nich provádějí, a co je jejich výstupem.

Zjištění stavu reportingu

V této fázi se provádí mapování aktuálního stavu reportingu. Zjišťuje se, jaké reporty jsou v pojišťovně využívané, kdo je vytváří a jak, kdo je využívá a k čemu, jaká je jejich historie atd. Dále se mapují hlavní činnosti (procesy) pojišťovny, produktová skladba (i minulá) a úroveň technologické podpory. Všechny reporty jsou propojeny s činnostmi/procesy, ke kterým se vážou, podobně jako s produkty.

Výstupem je komplexní přehled o všech reportech, jejich obsahu, primárním účelu, vzájemných vazbách, způsobech vzniku, četnosti vytváření, uživatelích, způsobech využití a vazbách na produkty a činnosti.

Identifikace problémových míst

V rámci této etapy se analyzují jednotlivé výstupy, zjišťují se nekonzistence a to nejen v rámci jednoho reportu, ale i mezi reporty navzájem. Za tímto účelem se analyzují jednotlivé produkty a procesy a zjišťují se jejich omezení. Podobně se postupuje i při posuzování technologické podpory. Speciální pozornost je pak věnována právě tomu, zda a jak jednotlivé reporty a reporting jako celek tato omezení respektují a řeší.

Výstupem je seznam problémových míst reportingu s uvedením aktuálního stavu, správného (požadovaného) stavu a vysvětlením, v čem problém spočívá.

Analýza dopadů

Analýza dopadů je důležitá pro kvantifikaci rozdílů mezi aktuálním a požadovaným stavem a pro odhad možných vyšších nákladů (nebo nižších výnosů) při neřešení identifikovaných problémů. Analýza se provádí pro každé problémové místo zvlášť. V některých případech lze dosáhnout poměrně exaktních odhadů, v jiných je přesnost menší. Vodítkem mohou být například finanční ztráty, které díky konkrétnímu problémovému místu utrpěla pojišťovna v minulosti. Analýza dopadů by neměla pomíjet možnou eskalaci problémů do vyšších budoucích nákladů (snížení výnosů) i v delším časovém horizontu. Nemělo by se zapomínat také na reputační riziko.

Výstupem je seznam problémových míst doplněný o finanční dopady v různých časových horizontech (krátkodobý, střednědobý, dlouhodobý). Tento seznam je podkladem pro prioritizaci.

Prioritizace

Na základě analýzy dopadů jsou jednotlivým problémovým místům přiděleny priority pro řešení. Výstupem je prioritizovaný seznam problémových míst.

Analýza příčin nedůvěryhodnosti

Jednotlivá problémová místa jsou analyzována z pohledu pravidel důvěryhodnosti a jednotlivých principů a zákonitostí. Je určena příčina nedůvěryhodnosti, přičemž se nejčastěji uplatňují principy prapříčiny, komplexnosti a sledování účelu. Výstupem je seznam problémových míst s určenou příčinou (prapříčinami).

Návrh řešení

Pro každé problémové místo je vytvořen návrh řešení (případně návrh na dočasnou kompenzaci). Může se přitom vycházet z opatření, která jsou naznačena v tomto článku, nebo lze použít i jiná. U každého řešení je důležité určit náklady na jeho realizaci. Nejedná se přitom jen o náklady na úpravy na úrovni technologií, ale výdaje celé společnosti. Při hledání řešení by měl být zohledňován i princip adekvátnosti. Jinak totiž hrozí, že příslušný návrh by byl v dalším kroku odložen pro svoji neekonomičnost.

Výstupem etapy je návrh řešení a náklady na jeho realizaci pro každé problémové místo.

Rozhodnutí o realizaci

Na základě předložených návrhů řešení, nákladů na jejich realizaci, priorit jednotlivých problémových míst a výše jejich finančních dopadů je rozhodnuto o realizaci/odložení realizace. Rozhodnutí by přitom mělo respektovat princip adekvátnosti. Vyšší efektivity nákladů na odstranění problémových míst lze dosáhnout propojením řešení, které mají synergický efekt (princip komplexnosti). Výstupem je rozhodnutí o realizaci/odložení realizace.

Realizace

Probíhá vlastní realizace řešení. V jejím rámci dojde k odstranění (případně dočasné kompenzaci) problémového místa. Důležitým krokem v této fázi je samozřejmě ověření, zda bylo opravdu problémové místo odstraněno (kompenzováno), nebo ke zlepšení nedošlo, případně došlo i ke zhoršení (vytvoření nového problémového místa).

Co dodat…

Samotné zvyšování důvěryhodnosti reportingu je jistě úloha nesmírně obtížná a dlouhodobá. Vedle podceňování jeho role se na tom podílí i to, že výsledky a přínosy nejsou okamžitě zjevné a zastánci „rychlých řešení" jsou zpravidla zpochybňovány. Ovšem samotný posun v kvalitě získávaných informací je pouze prvním krokem. A nutno dodat, že tím jednodušším. Daleko složitější je dosaženou důvěryhodnost reportingu a tedy i kvalitu získávaných informací udržet. Výrazně tomu může pomoci například to, že se podaří prokázat souvislost s dosahovanými hospodářskými výsledky. Pak totiž podstatným způsobem roste motivace a zájem celé pojišťovny udržet dosažený stav…

Resumé

3S rule – improving of trustfulness of reporting in insurance

The article continues in the subject described in the article "Reporting in insurance and ways of its improvement" published in No. 26 of this journal. The basic definition is enlarged by more precisely principles and rules. Subsequently explains specified steps in operational and process area, methodology and control procedures. The subject is described generally; nevertheless the article pays enhanced focus to the financial reporting in conclusion. Trustfulness of this kind of reporting can be decisive factor with big impacts (in both meanings – positive and negative). There are described basic requirements to reports and also evaluated, which are now usually fulfilled and which not.

The article enlarges the new view on subject. The difference is particularly in the way how ensure quality of reporting. Usual methods are based on "technical" quality, but they usage is just fulfillment of necessary condition, no sufficient. These are reachable by application of methods, which ensures conservation of content, right understanding and compliance with objectively existing context.

Informace ve zdravotnictví

Ing. Žaneta Boučková, Ph. D., Ing. Jan Öhm, Technická univerzita v Liberci

V současné době jsou projednávány zákony, konkrétně zákon o zdravotních službách, zákon o zdravotních pojišťovnách a novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, které by mohly vnést nová pravidla do způsobu vedení zdravotnické dokumentace a také ovlivnit možnosti využití soukromých pojistných produktů při krytí zdravotních rizik a zákonem vymezených nákladů zdravotní péče.

Pojem informace se v obecném pojetí chápe jako údaj o reálném prostředí, který zahrnuje také v něm probíhající procesy. Ekonomické vědy přistupují k informaci jako ke zdroji, který může vést k zisku nebo užitku. Informace nám umožňují odstraňovat neurčitosti systémů. V příspěvku se zaměříme na informace, které hrají důležitou roli při rozhodování soukromých pojišťoven vstupujících na trh zdravotní péče.

Asymetrie informace

Při rozhodování o rozšíření možnosti uplatnění soukromých pojišťoven a jejich pojistných produktů na trhu zdravotní péče v České republice je třeba nejprve zvážit zásadní ekonomický problém spočívající v asymetrii informace mezi klienty a pojišťovnami. Samotný výklad tohoto tržního selhání není jednotný. Na jedné straně existují názory, že na trhu je lépe informována strana poptávky po pojištění. Zákazník pojišťovny nejlépe zná svoji individuální rizikovost, a tím pádem může těžit z nabízených pojistných produktů. V konkrétním případě zdravotního pojištění budou tedy pojištění vyhledávat klienti s vyšší než průměrnou rizikovostí a budou si sjednávat také vyšší pojistné krytí, což ve výsledku při racionálním chování pojišťovny musí vést ke zvyšování pojistných sazeb. Naopak klienti s nižší rizikovostí nebudou mít v takovém případě zájem o sjednání takové pojistky a situace vyústí v ekonomicky známý jev nepříznivého výběru. Tuto myšlenku vyjádřili například Stiglitz s Rothschildem ve své známé práci z roku 1976 (Stiglitz, a další, 1976). Ačkoliv sám Stiglitz tuto teorii o mnoho let později lehce zpochybnil (Stiglitz, 2009), je rozhodně legitimní a byla inspirací pro mnohé vlády směrem k regulatorním opatřením na pojistných trzích.

Oproti této interpretaci asymetrie informace vystupují však i mnohé námitky. Jaroslav Daňhel (Daňhel, a další, 2005) shrnuje možné přístupy teorie her v oblasti pojišťovnictví se závěrem, že individuální ekonomické subjekty jsou při rozhodování o tom, zda se pojistí, nedostatečně informačně vybaveny. Klienti pojišťoven nemohou exaktně a priori kvantifikovat svou rizikovost, a tudíž provádět „sebeselekci", jak tvrdí Stiglitz. S přihlédnutím k dalším aspektům z humanitních věd (psychologie, sociologie apod.) je pak i na základě empirických zjištění potvrzeno, že jedinec preferuje menší ztrátu v podmínkách jistoty před možností ztráty velké. V tradičních myšlenkových konceptech je tak na základě konkávní funkce užitku (předpoklad averze k riziku) vysvětlována poptávka po pojištění.

Ve prospěch informační výhody pojistitele, tedy strany tržní nabídky, hovoří i další argumenty. Z hlediska informačního je zásadní rozdíl mezi přístupem jednotlivce při možnostech zjištění apriorních pravděpodobností finančních ztrát oproti přístupu pojišťovny. Pojišťovna získává výhodu v tom, že k daným jevům může přistupovat jako k hromadným a využít matematicko-statistické metody k odvození předpokládaného škodního průběhu. Ačkoliv se jedná pouze o příležitost vycházet z minulých realizací daného rizika, je tato výhoda zřejmá (Daňhel, a další, 2005).

K tomu je třeba podotknout ještě dvě poznámky. Za prvé, pojistný kmen pojišťovny může být tak malý, že nebude adekvátně fungovat statistický zákon velkých čísel, resp. riziko s takto malým kmenem spojené (čili variabilita v rámci daného statistického souboru) bude nepřiměřeně vysoké. V tomto případě je však nasnadě otázka, zda by pojišťovna v takovém případě vůbec měla na trhu existovat. Obecně lze říci, že toto riziko se pojišťovna snaží eliminovat v rámci svého risk managementu a je spojeno se samotným podnikáním v oboru pojišťovnictví.

Druhá připomínka může směřovat ke struktuře pojistného kmene pojišťovny. Je samozřejmé, že pojistný kmen pojišťovny nebude strukturálně shodný se standardním statistickým souborem, ale inklinuje spíše k vyšší rizikovosti (Daňhel, a další, 2005). V pojištěních spojených se zdravím či životem pojištěných však často dochází k naprosto opačnému efektu, kdy bývají sjednávána klienty s nižší rizikovostí. Příčinou je sociální status jedinců, kteří tato pojištění uzavírají, ať už z důvodů vlastní odpovědnosti, ekonomických možností ke sjednání pojištění či samotné selekce pojišťoven a distribučních sítí (Vostatek, 2000).

Z výše uvedeného lze shrnout, že pojišťovny čelí endogennímu riziku vyplývajícímu z asymetrie informace za pomoci převážně matematicko-statistických metod. Toto riziko je plně v souladu se samotnou podstatou pojišťovací činnosti a vyplývá ze stochastického charakteru jevů, které jsou předmětem komerčního pojištění. Racionálně chovající se pojistitel si tedy vybere do svého portfolia takové spektrum rizik, které bude těmto předpokladům vyhovovat. Oproti tomu faktory vyplývající z morálního hazardu a nepříznivého výběru se jeví jako exogenní, nepřirozeně vnesené do tržního systému. Na straně nabídky je však výhoda pojistitele činitelem endogenním, jelikož pojistitel je právě tím subjektem, který může využít informací o minulém průběhu náhodných jevů. Vnější příčiny nedokonalosti trhu lze spatřovat v existenci podvodných subjektů provozujících činnosti související s pojistným byznysem, což je analogií stejného faktoru na straně poptávky (Daňhel, a další, 2005).

Přijmeme tedy tezi, že subjekty pojistného trhu mohou být ve zkoumaném odvětví oboustranně asymetricky informovány a v souladu s cílem článku se bude následující kapitola věnovat rozboru problematiky nahlížení do zdravotní dokumentace v souvislosti s asymetrií informace na pojistných trzích. Je však třeba striktně oddělit sektor veřejného zdravotního pojištění a – na víceméně tržně orientovaných principech – sektor pojištění komerčního.

Zdravotnická dokumentace a oprávněný přístup k informacím

Než přistoupíme k rozboru dopadů na asymetrii informací v případě změny omezení přístupu do zdravotnické dokumentace, je důležité definovat, co vše pojem zdravotnická dokumentace zahrnuje.

Zdravotnickou dokumentaci vymezuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Přesněji se jedná o § 67b, který definuje obsah zdravotnické dokumentace. Definice zdravotnické dokumentace zahrnuje tři oblasti. První dokumentaci charakterizuje jako osobní údaje pacienta a informace o jeho zdravotním stavu. Další upravuje možné vedení dokumentace na záznamovém nosiči ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. A poslední upravuje zdravotnickou dokumentaci jako údaje vedené v listinné nebo elektronické formě. V žádném jiném právním předpise nelze nalézt detailnější definici zdravotnické dokumentace.

Výše zmíněný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, také upravuje, které osoby mají oprávnění k přístupu do zdravotnické dokumentace pacientů. V zákoně je taxativně uvedeno, kdo smí i bez souhlasu pacienta nahlížet do zdravotnické dokumentace.

Zdravotní pojišťovny

Z pohledu přístupu do zdravotnické dokumentace jsou zdravotní pojišťovny (veřejné a zaměstnanecké) ve významném postavení. Revizní lékaři zdravotních pojišťoven mají dle § 67b odst. 10 zákona č. 20/1966 Sb., oprávnění nahlížet do zdravotní dokumentace bez souhlasu pacientů. Rozsah této možnosti dále upravuje § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Nahlížení v takovém rozsahu je umožněno z důvodu možné kontroly oprávněnosti a správnosti vyúčtované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Legitimitu právní úpravy zvýhodňující postavení zdravotních pojišťoven lze zdůvodnit existencí veřejného zájmu. Stát je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění za některé skupiny obyvatel. Státní prostředky plynou poskytovatelům zdravotní péče i prostřednictvím orgánů státní správy. Zainteresovanost státu při financování zdravotní péče lze považovat za hlavní aspekt při zakotvení možnosti zdravotních pojišťoven nahlížet do zdravotnické dokumentace i bez souhlasu pacientů.

Soukromé pojišťovny

Sledování zdravotního stavu je pro soukromé pojišťovny poskytující pojištění osob velice zásadní činností. Komerční pojišťovny posuzují zdravotní stav klientů pro správné stanovení výše pojistného rizika, od kterého

se následně odvíjí výše pojistného. Pak také pojišťovny zkoumají zdravotní stav pojištěného v případě kontroly oprávněnosti výplaty pojistného plnění. Právo soukromých pojišťoven nahlížet do zdravotnické dokumentace pojištěnců upravuje § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě. Pojišťovny z hlediska tohoto zákona mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace (požadovat údaje o zdravotním stavu), pokud údaje souvisejí se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného nebo šetřením pojistné události. Zásadní podmínkou pro možnost nahlížení je písemný souhlas pojištěného. Soukromé pojišťovny dále pověřují smluvní zdravotnická zařízení k nahlížení do zdravotnické dokumentace pro potřeby šetření zdravotního stavu pojištěnců. Tato zdravotnická zařízení jsou uvedena ve výčtu subjektů, které dle § 67b odst. 10 zákona č. 20/1966 Sb., mají již oprávnění nahlížet do zdravotní dokumentace bez souhlasu pacientů.

Existenci právní úpravy pojistné smlouvy, jejíž součástí je i uvedená podmínka pro pojišťovny pro nahlížení do zdravotnické dokumentace, lze zdůvodnit potřebou zajistit ochranu spotřebitele – klienta (pojištěnce). Tento přístup se běžně používá v zemích EU. Nastavení podmínek vychází z práva Evropského společenství, kde je straně – soukromé pojišťovně – přisuzována silnější a výhodnější postavení vzhledem k její odbornosti a ekonomickým možnostem oproti klientům.

Zdravotní pojišťovny versus soukromé pojišťovny v situaci tržních selhání

Potenciální změny v přístupu ke zdravotnické dokumentaci nabízejí určitý prostor k jednoduché analýze možných dopadů. Komerční pojišťovny mají nesporný zájem na tom, aby měly přístup ke zdravotní dokumentaci svých klientů, pokud možno bez větších překážek. Snaží se tím čelit morálnímu riziku ze strany svých klientů a získat více informací k eliminaci jevu nepříznivého výběru. V dnešní situaci je přístup pojišťoven k informacím o pacientech realizován prostřednictvím písemného souhlasu klienta. Soukromé pojišťovny tedy mají možnost přístupu ke zdravotnické dokumentaci, jelikož si mohou vymínit tento přístup např. obligatorním zakotvením do pojistné smlouvy k určitým druhům pojištění.

Problém může nastat v souvislosti s časovým hlediskem obou typů tržního selhání. V případě morálního hazardu se racionálně jednající pojišťovna chrání při konstrukci produktu zakotvením výluk, časových franšíz (čekací či karenční doby) nebo jiných klauzulí v pojistné smlouvě. Až jejich porušením vzniká konkrétní realizace morálního rizika, jež by měla být odhalena v rámci mechanismů kontroly právě i díky umožněnému nahlížení do zdravotní dokumentace.

Poměrně nespravedlivě se ale může jevit stav, kdy zdravotní pojišťovna může čelit morálnímu hazardu zdánlivě a priori, jelikož nemá povinnost písemného souhlasu a je na taxativně vyjmenovaném seznamu institucí a osob, které mají přístup ke zdravotní dokumentaci. Jak již bylo zmíněno, daná úprava je především odůvodněna účastí

státu v systému veřejného zdravotního pojištění a existencí tzv. „veřejného zájmu". Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny sice mají možnost strukturu svých pojistných kmenů určitým způsobem regulovat (na rozdíl od VZP), ale v součtu podle zákona (č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění) musí de facto přijmout všechny obyvatele s trvalým pobytem v dané zemi. Tudíž je eliminace morálního rizika u jedné pojišťovny vlastně pouze jeho přesunem na pojišťovnu jinou. Míra realizace morálního rizika se odvíjí od celé řady aspektů (etická úroveň, kulturně-historický kontext apod.). Jeho samotná existence avšak není v systému komerčního pojištění endogenně zakořeněna. Když bude chtít klient (ať už z jakéhokoliv důvodu) podvádět, pak se již nejedná o náhodný jev.

Důležitým rozdílem je také poskytování plnění obou druhů pojišťoven. Zdravotní pojišťovny poskytují plnění pro své klienty ve formě věcných dávek, zatímco pojišťovny komerční převážně formou dávek peněžních. Komerční pojištění má navíc v tomto segmentu dobrovolnou podobu. Charakter pojistných podvodů je tedy odlišný.

Podle zveřejněných údajů ČAP bylo v ČR v roce 2010 soukromými pojišťovnami šetřeno 5142 případů pojistných podvodů. Pojištění osob se týkalo 943 případů, což představuje 18,3 % z celkového počtu šetřených podvodů. Podíl případů segmentu pojištění osob se o několik procentních bodů zvýšil v porovnání s předchozími roky. Tento vývoj lze očekávat vzhledem ke zvyšujícímu se podílu životního pojištění vůči neživotnímu pojištění na předepsaném pojistném. Přesto nelze tyto údaje považovat za alarmující.

V souvislosti s připravovanými legislativními změnami v systému zdravotního zabezpečení v ČR existuje možnost rozšíření využití soukromých pojistných produktů při financování zdravotní péče. Pro porovnání efektů inverzního přístupu lze zvolit USA, kde zdravotnický systém byl založen na soukromém zdravotním pojištění s prvky veřejného zabezpečení za pomoci programů Medicare a Medicaid. Podle dostupné studie bylo v USA v roce 1998 zdravotními pojišťovnami prošetřováno 42 371 případů pojistných podvodů. Největší podíl mezi pachateli podvodů byl zjištěn u poskytovatelů zdravotní péče (72 %) a klientů (10 %). Podle posledních informací se na pojistných podvodech v letech 2006 - 2008 podíleli poskytovatelé zdravotní péče ze 48 % a klienti z 33 %. Odhaduje se, že v roce 2007 počet pojišťovnami šetřených pojistných podvodů dosáhl téměř půl miliónu (průměrně 363 případů na pojišťovnu).

Z výše uvedených informací lze vysledovat jasné tendence vyššího výskytu pojistných podvodů v případě zvyšujícího se podílu soukromých pojistných produktů při krytí nákladů zdravotní péče.

Soukromým pojišťovnám k preventivnímu odhalování morálního rizika nepomůže ani tak zpřístupnění zdravotní dokumentace bez souhlasu klienta, ale spíše důsledná spolupráce ve svém vlastním – tržním – segmentu zdravotního a nemocenského pojištění s cílem čelit exogenním vlivům rizika. Z tohoto hlediska se jako účelné jeví

např. vytváření registrů rizikových klientů podobně jako tomu je i u jiných druhů komerčního pojištění nebo jak velí obdobná praxe z oblasti kreditních ratingů u bankovního sektoru.

Analogická situace nastává u nepříznivého výběru klientů. Zdravotní pojišťovny nefungují na tržních principech a nestanovují pojistné dle výše rizika. Vlivem nevhodného nastavení přerozdělení pojistného docházelo k tomu, že zaměstnanecké zdravotní pojišťovny přijímaly do pojištění především pojištěnce, kteří nevyžadovali nákladnou péči. Výsledkem byla větší koncentrace rizikovějších a nákladnějších pojištěnců u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Schválením změny v přerozdělení pojistného (zohlednění nákladových indexů věkových skupin pojištěnců) od roku 2007 měl být vztah mezi VZP a zaměstnaneckými pojišťovnami narovnán. Je logické, že z hlediska rizikovosti bude existovat pojišťovna, která bude sdružovat tržně nežádoucí pojistný kmen, avšak ze sociálního hlediska existují pádné důvody pro existenci takové instituce.

Na straně nabídky existuje určité riziko morálního hazardu, který je určitým způsobem vnitřně zakotven v systému, ale nebyl dosud rozebírán. V případě pojištění, která jsou pro společnost důležitá, existuje obava ze strany státu (veřejnosti), aby byla populace adekvátně zajištěna. Tudíž zdravotní pojišťovny vystupují v preferovaném postavení a v případě finančních problémů je téměř jisté, že stát přispěchá na pomoc. To samozřejmě evokuje určité riziko, které představuje pokušení manažerů pojišťoven chovat se rizikověji (amorálněji) než kdyby jejich role nebyla tak významná. Konkrétně jde o problém mezi těmi, kteří mají možnost rozhodovat o pojištění v rámci svého společenského pověření (agent) a těmi, kteří je vedením pověřili (principal). Výhodou veřejné formy zdravotních pojišťoven je fakt, že selhání z tohoto uspořádání vyplývající je rozloženo na celou společnost, jelikož vlastníky (shareholders) jsou prostřednictvím státního aparátu v podstatě samotní zúčastnění obyvatelé (stakeholders), kterých se rozhodování týkají. Ztráta i zisk z těchto selhání jsou tedy socializovány. Takto vznikající morální hazard je v systému inherentní a není možné se z něj vyvázat. Demokratické struktury jsou založené na tomto principu a jediným ohrožením je nemožnost účasti většinových zúčastněných aktérů (stakeholders) na kontrole a řízení pojišťovny za pomoci demokratických mechanismů.

Pokud bude narůstat úloha soukromého pojištění, může být legitimní otázka, zda se komerční pojišťovny nedostanou do situace, která je zde líčena jako role pojišťoven veřejných (zdravotních). Potom, při umožnění stejných pravidel jako mají dnes pojišťovny zdravotní, může dojít k přílišnému oddělení (rozevření nůžek) mezi aktéry, kteří v systému rozhodují a těmi, kteří jsou v systému pouze zúčastněni. Ve strukturách veřejného pojištění bude výsledek (ztráta) v určité míře socializován, ale v komerční pojišťovně bude socializován pouze výsledek ztrátový, zatímco zisky budou vždy privátní.

V tomto ohledu tedy není příliš důvodů ke změně současného legislativního stavu z hlediska přístupu do zdravotnické dokumentace, jelikož nemění (a ani nemůže změnit) realizaci tržního selhání v podobě

morálního hazardu na straně poptávky po pojištění. Došlo by ovšem ke změně informační asymetrie směrem ke zvýhodnění strany komerčních pojišťoven.

Závěr

Z uvedeného rozboru vyplývá, že autoři shledávají potenciální změny v oblasti možností nahlížení do zdravotnické dokumentace jako určitý zásah do asymetrie informace na pojistných trzích. V souvislosti s rostoucí úlohou soukromého pojištění je nutné, aby informační výhoda nebyla komerčními subjekty zneužitelná, ale naopak vedla pojistitele k větší odpovědnosti. Pojišťovny by měly čelit exogenním vlivům asymetrie informace za pomoci větší spolupráce a koordinace činností v oblasti detekce pojistných podvodů. Stejně tak otázka nepříznivého výběru souvisí s pojistitelností jednotlivých rizik. Zdravotní a komerční pojišťovny by měly mít jasně vymezeno (na základě socioekonomické reality) v jakých segmentech se mohou pohybovat.

Použitá literatura

[1] STIGLITZ, J. a ROTCHSCHILD, M. Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. The Quarterly Journal of Economics. 1976, Sv. 4, 90.

[2] STIGLITZ, J. Selected Works of Joseph E. Stiglitz: Information and economic analysis. Vol. I. Oxford : Oxford University Press, 2009. 702 p. ISBN 9780199533701.

[3] DAŇHEL, J. a další Pojistná teorie. 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2005. 332 s. ISBN 80-86419-84-3.

[4] POLICAR, R. Zdravotnická dokumentace v praxi. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

[5] HOŘEJŠÍ, B.; SOUKUPOVÁ, J.; MACÁKOVÁ, L.; SOUKUP, J. Mikroekonomie. 5. vyd. Praha: Management Press, 2010. 576 s. ISBN 80-7261-218-5.

[6] VOSTATEK, J. Sociální a soukromé pojištění. Praha: Codex Bohemia, 2000. 601 s. ISBN 80-85963-21-3.

[7] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění

[8] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

[9] Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění

[10] Výroční zpráva ČAP 2010 [online]. [cit. 15. 8. 2011]. Dostupné z WWW: <http://www.cap.cz/ItemF.aspx?list=DOKUMENTY_01&view=pro+web+V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1vy>

[11] America's Health Insurance Plans (Center for Policy and Research) [online]. [cit. 15. 8. 2011]. Dostupné z WWW: <http://www.ahipresearch.org/pdfs/FraudPrevention2011.pdf>
[12] Coalition Against Insurance Fraud [online]. [cit. 15. 8. 2011]. Dostupné z WWW: <http://www.insurancefraud.org/healthinsurance.htm>

Resumé

Healthcare system information

The proposed changes in the healthcare system might have influence on the use and significance of private insurance products in relation to funding selected health care segments in the Czech Republic. The article analyzes the existence of asymmetric information between clients and insurance companies in the area of the healthcare market. The main goal of the article is to examine the issues of access to medical records both in terms of patient health and from a private insurance company's point of view. The authors summarize the impact of changes in medical records access on the information asymmetry. The outcome of the article is a recommendation for private insurance companies to increase the level of cooperation and coordination of activities concerning fraud detection and creation of high-risk client registry.

Povinnost unisexového tarifování podle rozhodnutí evropského soudního dvora

JUDr. Erika Mačáková, LL.M., Ph. D., advokátka

V březnu 2011 rozhodl Evropský soudní dvůr o zrušení části směrnice Rady 2004/113/ES ze dne 13. prosince 2004, kterou se zavádí zásada rovného zacházení s muži a ženami v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování. Rozhodnutí ve věci C 236/09 ze dne 1. března 2011 zakazuje použití pojistně-matematických výpočtů u různých pohlaví jako faktoru pro určení výše pojistného či pojistného plnění, a to k 21. prosinci 2012.

Rozhodnutí mělo širokou publicitu nejen v odborných kruzích, což s ohledem na závažnost jeho dopadů na tarifování rizik je pochopitelné.

Předmětným rozhodnutím byla zrušena doposud právem aprobovaná možnost použití pojistně-matematických výpočtů při určování výše pojistného a pojistného plnění v případě mužů a žen, a to i v případě, že tyto údaje jsou spolehlivé, aktualizované a veřejně dostupné.

Předmět rozhodnutí

Podstatou soudního rozhodnutí bylo posoudit, zda-li je čl. 5 odst. 2 směrnice Rady 2004/113/ES, kterou se zavádí zásada rovného zacházení s muži a ženami v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování (dále jen „Směrnice 2004/113") slučitelný s čl. 6 odst. 2 Smlouvy o Evropské unii, konkrétně se zásadou rovnosti a nediskriminace zaručenou tímto ustanovením.

Článek 5 Směrnice 2004/113, nazvaný Pojistně-matematické faktory, říká, že:

1. Členské státy zajistí, aby ve všech nových smlouvách uzavřených nejpozději po 21. prosinci 2007 nevedlo použití pohlaví jako faktoru při výpočtu výše pojistného a pojistného plnění pro účely pojištění a souvisejících finančních služeb u jednotlivých pojištěnců k rozdílům ve výši pojistného a v pojistném plnění.
2. Bez ohledu na odstavec 1 mohou členské státy do 21. prosince 2007 rozhodnout o povolení přiměřených rozdílů ve výši pojistného a pojistného plnění u jednotlivých pojištěnců, je-li pohlaví určujícím faktorem při hodnocení rizika založeném na příslušných a přesných pojistně-matematických a statistických údajích. Dotyčné členské státy vyrozumí Komisi a zajistí, aby přesné údaje týkající se použití pohlaví jako určujícího pojistně-matematického faktoru byly shromažďovány, zveřejňovány a pravidelně aktualizovány. Tyto členské státy po pěti letech od 21. prosince 2007 svá rozhodnutí přezkoumají s přihlédnutím ke zprávě Komise uvedené v článku 16 a výsledky přezkumu předají Komisi.
3. Náklady související s těhotenstvím a mateřstvím nesmí u pojištěnců v žádném případě vést k rozdílům ve výši pojistného a pojistného plnění.

Členské státy mohou odložit provádění opatření nezbytných pro splnění tohoto odstavce nejdéle na dva roky od 21. prosince 2007. V takovém případě dotyčný členský stát neprodleně vyrozumí Komisi.

Podstata argumentace Evropského soudního dvora (ESD) měla rovinu věcnou, do které se ale výrazně promítly argumenty právně-formální i aspekty časové.

a) Argumentace věcná

Soud při předmětném rozhodování musel porovnat čl. 5 Směrnice 2004/113 se základními smluvními dokumenty a zejména zásadami, na kterých stojí Evropská unie.

Ze základních předpisů Evropské unie soud vycházel zejména z článku 6 Smlouvy o Evropské unii, který ve svém odstavci 2 stanoví, že EU ctí základní práva zaručená Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod a ta, jež vyplývají z ústavních tradic společných členským státům, jako obecné zásady práva Společenství.

Články 21 a 23 Listiny základních práv Evropské unie uvádějí, že se **zakazuje jakákoli diskriminace založená na pohlaví a že rovnost žen a mužů musí být zajištěna** ve všech oblastech.

Pojem diskriminace přitom definuje přímo Směrnice 2004/113, která dělí diskriminaci na přímou a nepřímou. Definice je však poměrně abstraktní (pokud se s jednou osobou zachází z důvodů jejího pohlaví méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci), a tudíž ve své podstatě zahrnuje téměř jakýkoliv rozdílný přístup mezi muži a ženami.

Formálně technicky bylo použití pojistně-matematických faktorů ve Směrnici 2004/113 koncipováno jako výjimka z pravidla zákazu diskriminace.

Obecně každá výjimka pojmově obsahuje prvek časové omezenosti (a)nebo jistou vědomou odchylku od rovnovážného stavu.

Pojistně-matematické faktory používané v pojišťovnictví nejsou „výjimkou" ve smyslu použitém ve Směrnici 2004/113, ale jsou elementárním principem fungování pojišťoven. Tyto faktory tedy nepřistupují do pojištění jako prvky mimořádné, ale představují samou podstatu pojišťovnictví při oceňování a práci s rizikem. Směrnice to koneckonců i přiznává, když tvrdí, že *některé kategorie rizik se mohou lišit mezi muži a ženami. V některých případech je pohlaví jedním, nikoliv však jediným z rozhodujících faktorů, při hodnocení pojišťovaných rizik* (čl. 19 Preambule Směrnice 2004/113).

Současně ale znovu zdůrazňuje, že i tam, kde tyto rozdílné faktory existují, mohou členské státy rozhodnout o povolení „výjimek". Směrnice blíže definuje podmínky povolení „výjimky", a to pokud základní pojistně-matematické a statistické údaje, z nichž výpočty vycházejí, jsou (kumulativně):
1. spolehlivé,
2. pravidelně se aktualizují a
3. jsou veřejnosti k dispozici.

b) Argumentace časová
Časový aspekt „výjimky" představovala zejména povinnost zajistit ve všech nových smlouvách uzavřených po 21. prosinci 2007 nemožnost použití pohlaví jako faktoru při výpočtu výše pojistného a pojistného plnění. Pokud však členské státy použijí zákonnou výjimku, musejí tyto státy po pěti letech od 21. prosince 2007 svá rozhodnutí přezkoumat s přihlédnutím ke zprávě Evropské komise (čl. 5 bod 2 Směrnice 2004/113).

Evropský soudní dvůr toto ustanovení hodnotil tak, že v něm chybí ustanovení o době uplatňování těchto výjimek, tedy že jsou členské státy, které využily uvedené možnosti, oprávněny umožnit pojistitelům uplatňování tohoto nerovného zacházení **bez časového omezení**.

Důvody přijetí Směrnice 2004/113 versus pohlaví jako pojistně matematický faktor

Obhajitelnost „výjimky" vyznívá ještě hůř ve vztahu k důvodům a cílům, pro které byla Směrnice 2004/113 přijata. Tam soud zejména poukazoval na to, že účelem směrnice je stanovit rámec pro boj proti diskriminaci na základě pohlaví v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování s cílem zavést v členských státech zásadu rovného zacházení s muži a ženami (čl. 1 Směrnice 2004/113). Jinými slovy, ideálním stavem je podle evropského práva situace prostá jakékoliv diskriminace.

Jako další z argumentů pro zrušení „výjimky" posloužil i osmnáctý bod odůvodnění Směrnice 2004/113, který říká, že v době, kdy byla směrnice přijata, bylo používání pojistně-matematických faktorů týkajících se pohlaví běžně rozšířeným postupem v pojišťovnictví. Toto konstatování evokuje výklad, že pohlaví jako pojistně-technický faktor je v dnešní době již překonaným parametrem, relevantním pouze v době vzniku právního rámce, nikoliv však nyní.

Těžiště soudní argumentace

S ohledem na shora uvedené pak soud uzavřel, že cílem sledovaným Směrnicí 2004/113 v oblasti pojišťovnictví je, jak to odráží její čl. 5 odst. 1, použití pravidla stejné výše pojistného a stejného pojistného

plnění pro obě pohlaví. Osmnáctý bod odůvodnění této směrnice výslovně uvádí, že, aby se zajistilo rovné zacházení s ženami a muži, nemělo by používání pohlaví jako pojistně-matematického faktoru vést k rozdílům ve výši pojistného a v pojistném plnění. Devatenáctý bod odůvodnění uvedené směrnice označuje možnost členských států nepoužít pravidlo stejné výše pojistného a stejného pojistného plnění pro obě pohlaví jako „výjimku". Za těchto okolností existuje nebezpečí, že výjimka z rovného zacházení s muži a ženami stanovená v čl. 5 odst. 2 směrnice 2004/113 bude právem unie povolena bez omezení.

Faktor pohlaví ESD vyložil nikoliv jako standardní parametr při hodnocení rizika, ale jako parametr výjimečný, který navíc bez časového omezení působí neodůvodněné rozdíly mezi muži a ženami, a tudíž působí diskriminačně. Takové ustanovení je pak v rozporu s uskutečňováním cíle rovného zacházení s muži a ženami.

Jakkoliv se shora uvedené rozhodnutí velkého senátu Evropského soudního dvora může zdát jako formalistické či dokonce demagogické, nelze nevidět, že dobrým důvodem pro vydání takovéto rozhodnutí byla nepřesná a z pohledu pojistné techniky neobhájitelná definice pojistné matematiky jako „výjimky" přímo ve Směrnici 2004/113. V tomto smyslu přispěl k současnému stavu unisexového tarifování stejnou měrou orgán legislativní i soudní.

Další otázkou je, nakolik je či není evropský trend k výkladu diskriminace záměrně sociální. Není pochyb o tom, že rozhodnutí soudu přineslo paradoxně zcela zjevnou diskriminaci mezi muži a ženami, pokud jde o analýzu rizika. Že se tak děje zcela zřejmě v neprospěch exaktních vědeckých disciplin, je rovněž nepochybné. Není ale nepravděpodobné, že by evropské instituce dospěly ke stejnému závěru bez ohledu na znění Směrnice 2004/113 a její výklad, že se prostě jedná o otázku přístupu a zjevného upřednostňování sociálního aspektu před aspekty tržními. Pro pojišťovny, pro které je mapování rizik pomocí exaktních parametrů stěžejním způsobem práce, to není dobrá zpráva. Přináší velkou nejistotu do dlouhodobých modelů postavených na predikovaném a měřitelném chování. Není přitom nepravděpodobné, že podobně diskriminačně bude v budoucnu hleděno třeba na parametr věku nebo zdraví.

Resumé

Unisex rates in the European Court of Justice ruling

In March 2011 the European Court of Justice decided about an annulment of the part of Council Directive 2004/113/EC of 13 December 2004 implementing the principle of equal treatment between men and women in access to goods and services and their provision. The decision (Case C 236/09 of 1 March 2011) prohibits the use of actuarial calculations of different sex as a factor in determining the amount of premium and insurance indemnity, as of 21 December 2012.

The Court concluded that the purpose of Directive 2004/113 in the insurance services sector is, as is reflected in Article 5(1) of that directive, the application of unisex rules for premiums and benefits.

There is a risk that the EU law may permit the derogation from equal treatment of men and women, provided for in Article 5(2) of Directive 2004/113, to persist indefinitely.

Corporate Governance – předmět a nástroj regulace

Drahomír Kubáň, Allianz pojišťovna, a.s.

Tři východiska regulace

Corporate governance je součástí práva společností. Governance znamená vykonávání kontroly nad společností.[1] Řízení a kontrola jsou prvky jednoho systému regulující se navzájem. Řekne-li se řízení, znamená to kontrolu, a řekne-li se kontrola, znamená to řízení. Pojem corporate governance byl poprvé použit v roce 1960.[2] Současná vlna reforem byla spuštěna vydáním Cadburyho Code of Practice, který byl zveřejněn v roce 1992 Burzou cenných papírů v Londýně.[3] Definic tohoto pojmu najdeme celou řadu. Vybíráme definici z Cadburyho Report on the Financial Aspects of the Corporate Governance: „Corporate Governance je systém, kterým je společnost řízena a kontrolována." A následuje věta „představenstva jsou odpovědná za řízení (governance) svých společností".[4] Budeme v dalším pro zjednodušení používat pro pojem governace české slovo řízení. Bude-li to pro osvětlení mnohoznačnosti významu pojmu účelné, použijeme anglický výraz. Úvahy a výklady se vztahují na pojišťovny a zajišťovny. Pro zjednodušení budeme používat slovo pojišťovna. Citovaná definice pracuje s pojmy řízení a kontrola, protože tak, jako i jiné definice, vyjadřuje faktickou činnost spojenou se správou a řízením společnosti. Spojení správa a řízení v souvislosti s corporate governance použila v roce 2001 Komise pro cenné papíry při tvorbě Kodexu správy a řízení společnosti.[5] Řízení pojmově obsahuje i kontrolu, neboť řídící činnost je zároveň činností kontrolní. Rozlišovat je však nutno mezi činností výkonnou (výkonné představenstvo, ředitelé) a kontrolní.[6]

„Corporate governance" je subsystém všeobecného sociálního systému, který má aspekty ekonomické a kulturní, které nelze vždy vtěsnat a ani to není nutné, do právních norem.[7] Jde o systém složitý svým vnitřním uspořádáním, jak se tedy říká komplexní. Čím větší korporace, čím rozsáhlejší je její činnost, tím je řízení a kontrola společnosti složitější. Ovšem tím větší je i význam governance pro organizační i operační řízení. Jak ukázaly tři výzkumy společnosti McKinsey provedené v roce 1999 až 2000 v Asii, Evropě, Spojených státech a v Latinské Americe akcionáři se stávají postupně aktivnější ve Spojených státech i jinde, protože věří, že lepší corporate governance přinese lepší výsledky. Podobně v roce 2002 výzkum provedený touto společností na rozvíjejících se trzích v Asii ukazuje, že společnosti, které přijaly přísná pravidla corporate governance jsou odměňovány institucionálními investory.[8]

---

[1] Oxford Advanced Learner's Dictionary, 7. vydání, 2005. str. 672. zemi se vládne, společnost se kontroluje.

[2] Eells, Richard S.F., The meaning of Modern Business: An Introduction to the Philosophy of large Corporate Enterprise, Columbia Press N.Y., 1960, WIKIPEDIA 01.10.2011

[3] Plný text na www.ecgi.org/codes/documents/cadbury.pdf , Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance

[4] Cadbury Report 2.5

[5] Plný text na www.mfcr.cz. Kodex správy a řízení společnosti - Corporate Governance, 5. konečná verze, únor 2001, kterou vypracovala skupina pro Komisi s cennými papíry, pod vedením Tomáše Ježka a za odborné spolupráce Jennie Mills a Barry Bird, British Know How Fund, převzato ke dni 31. 12. 2005, zdroj: FNM

[6] „O definici corporate governance si jednoduše myslím, že jde o systém, kterým je společnost řízena" („Corporate Governance is the system by which companies are run"]. P. Charkham, poradce guvernéra Bank of England a člen Cadburyho výboru píše A. Cadburymu19. prosince 1991.

[7] Haberer Thomas, Corporate Governance, Wien 2002, str. 2

[8] Plný text na www.mckinseyquarterly.com/three_surveys_on_corporate_governance_965. Srov. též práci John M. Olin Center for Law, Economics and Business, What matter in Corporate Governance, Harvard 09/2004. Zabývá se vlivem jednotlivých ustanovení korporátního práva na hodnotu firmy. Plný text na www.law.harvard.edu./programs/olin_center/

Společenská smlouva

Korporace je založena smlouvami, které upravují vztahy mezi jednotlivými jejími účastníky a umožňují jim řídit firmu podle svého[9]. Mezi jednotlivými účastníky probíhají ekonomické transakce na základě propojení nekonečné řady smluv[10]. Hodnota těchto ekonomických transakcí vyjadřuje hodnotu korporace[11]. Vztah hodnoty společnosti a jejího uspořádání uvnitř i navenek řeší dvě teorie. Teorie agent principál, která zdůrazňuje vlastnickou strukturu. Naopak teorie osob zúčastněných (stakeholder, na rozdíl od shareholder) zdůrazňuje, že účelem firmy je vytvořit hodnotu všem zúčastněným osobám. Vzhledem k tomu, že obě teorie vyjadřují hodnotu firmy, navrhuje Thomsen je spojit do jednoho rámce, vycházejíc z teorie zúčastněná osoba – agent[12]. Tímto spojením teorie vztahu účastník – agent vede k závěru, že manažer jedná jako agent, nikoliv jen ku prospěchu vlastníka, nýbrž a zejména všech účastníků[13]. Rozlišují se dva okruhy účastníků. Vnitřní okruh účastníků tvoří představenstvo, dozorčí rada a vlastníci (akcionáři), vnější okruh pak pojistníci a jiní beneficienti, zaměstnanci, věřitelé, dohledové orgány, spotřebitelé. Jde tedy o osoby na korporaci ekonomicky a sociálně zúčastněné (zainteresované).

Uspořádání společnosti se pohybuje mezi zájmy účastníků a zájmy manažerů. Privilegium uspořádat své smluvní vztahy náleží z logiky věci vnitřnímu okruhu účastníků, primárně toto právo přísluší vlastníkům a managementu. Má především za cíl chránit zájmy vlastníků, investorů a podle intenzity veřejného zájmu dalších účastníků vztahů. Míra ochrany vlastníků a investorů určuje korporátní strukturu. Oddělení výkonné činnosti od činnosti kontrolní je základním postulátem každé regulatorní konstrukce korporace[14].

Řídit společnost podle svého v rámci daném právními předpisy je základem ekonomických a společenských vztahů ve společnosti. Regulace vyplňuje tento volný prostor a určuje dělbu moci mezi účastníky smlouvy. Vzájemný poměr volného výběru, jak organizovat denní obchod a předepisování činností, určuje míru ochrany účastníka. Větší volnost prospívá vlastníkům a investorům. Na činnosti společnosti je však zainteresován širší okruh osob, účastníků, než jsou management, vlastníci a investoři. Ekonomické zájmy účastníků nemohou být vždy shodné, naopak mohou být v mnohém protikladné; tak akcionář usiluje o zvýšení hodnoty společnosti, a tím svého podílu v ní, pojistník očekává splnění závazků, management zajímavé pobídky, zaměstnanci benefity, věřitel či investor např. rychlé zhodnocení finančních prostředků atd.

Regulace a řízení pomocí principů

Jak bylo shora uvedeno, řízení není jen kategorie ekonomická a právní, nýbrž i společenská. Chování účastníků nelze upravovat pouze právními normami. Regulace vymezuje v rychle se měnícím tržním prostředí, komplexitě

[9] Easterbrook Frank H. and Fischel Daniel R. The Economic Structure of Corporate Law, Cambridge, London 1991, str. 1
[10] Thomsen Steen, Economics and Management, 2004, str. 4, plný text www.emeraldinsight.com, též Easterbrook, Fischel str.12
[11] Easterbrook, Fischel, str. 17
[12] Hill C.W., Jones T.M. Stakeholder-agency Theory, 1992 (Thomsen str. 4)
[13] Thomsen str. 4, Haberer str. 4 a násl.
[14] Haberer str. 4

vztahů, neustálé inovaci finančních produktů rámec celého systému a uspořádání základních prvků corporate governace a musí se vyhýbat detailním pravidlům, chtíc ponechat volnost účastníkům systému. Pružnou aplikaci předpisů umožňují především dobrovolná pravidla chování představující uznávané standardy relevantního trhu[15]. Tato pravidla chování bývají nazývána též soft law[16]. Doporučení jsou zpravidla postavena na principech (principle based approach). V mnohém jsou však předstupněm tzv. tvrdé regulace, kdy jsou doporučení, kodexy chování a obchodní etiky apod. transformovány do legislativních aktů.

Regulace pomocí principů je prvním východiskem současné regulatorní politiky na světové úrovni. Princip regulace založený na řízení rizik (risk based principle approach) je druhým východiskem a ochrana účastníka, a zejména spotřebitele, třetím východiskem současné regulace.

V roce 2001 zavedl britský dohled Financial Services Authority (Úřad pro finanční služby, zkráceně FSA) 11 principů regulatorního systému, které z větší části byly uplatňovány již jeho předchůdcem Securities and Investment Board (Rada pro cenné papíry a investice)[17]. Není od věci je citovat:

1. firma musí provozovat podnikání s integritou,
2. musí podnikat vysoce odborně, s péčí a diligence (náležitá péče),
3. firma věnuje náležitou péči organizaci a kontroluje své záležitosti odpovědně a efektivně s adekvátním systémem řízení rizik,
4. firma musí udržovat odpovídající finanční zdroje,
5. firma musí dodržovat řádné standardy tržního chování,
6. firma musí věnovat náležitou pozornost zájmům svých zákazníků a chovat se k nim čestně,
7. firma musí věnovat náležitou pozornost informačním potřebám svých klientů a sdělovat jim informace způsobem, který je jasný, čestný a není zavádějící,
8. firma musí řešit konflikty zájmů čestně, a to jak mezi sebou a zákazníky, tak mezi zákazníky a ostatními klienty,
9. firma musí zajistit odpovídající ochranu klientských aktiv, pokud je za ně odpovědná,
10. firma musí mít s regulátorem/dohledem otevřené vztahy spolupráce a musí sdílet (s FSA) přiměřeně vše týkající se firmy, o čem (FSA) očekává, že bude informován.

Smyslem regulace založené na principech je odklon od diktátu prostřednictvím detailních, přikazujících pravidel a dohledových činností, jak mají firmy provádět svůj obchod. Přístup regulace a/nebo dohledu založený na principech samozřejmě neznamená opuštění podrobných pravidel, zejména pokud jde o ochranu spotřebitele, povolovací procesy, informační povinnosti, harmonizaci finančního trhu vnitřního i evropského. Regulace založená na principech znamená položení většího důrazu na dodržování principů a na výsledky jako prostředek pro dosažení regulatorních cílů a menší důraz na příkazové normy. Regulace založená na principech

[15] Např. OECD Principles of Corporate Governance, 2004, OECD Guidelines on Insurer Governance, 2011, Guidelines for Pension Fund Governance, 2005. Plný text na www.oecd.org/dataoecd. Dále např. Úřední sdělení České národní banky č. 21/2008 k pravidlům obezřetného výkonu činností penzijními fondy, Úřední sdělení České národní banky z 27. 5. 2011 k výkonu činnosti na finančním trhu – operační riziko v oblasti informačního systému, Úřední sdělení České národní banky ze dne 10. 12.2010 k výkonu činnosti na finančním trhu:kvalitativní požadavky související s výkonem činnosti – základní informace. Plné texty www.cnb.cz

[16] Toto tzv. měkké právo charakterizoval prezident European Policy Forum Graham Mather jako „regulaci na tichých podrážkách", která by se časem „měla stát tzv. tvrdou regulací nebo být zrušena", Neu Zürcher Zeitung z 23. 10. 2011

[17] Principles – based regulation, Focusing on the outcomes that matter, FSA 2007. Plný text na www.FSA.gov.uk

umožňuje jak pro spotřebitele, tak pro investory vyšší efektivitu a účinnost naplňování požadavků regulátora a/nebo dohledu (FSA).

Regulace a řízení na základě systému řízení rizik

Politika řízení rizik (Risk based approach) je vedle řízení na základě principů druhým východiskem řízení a nástrojem regulace. Pojišťovny musí řádně ohodnocovat a řídit svá rizika, hodnotit aktiva a závazky, včetně technických rezerv. Každý podnik musí vyvinout odpovídající mechanismy. Musí mít cit pro vnímání rizik. Rovněž rizikově založený přístup je pojímán jako orientovaný na principy. Jako příklad nejlepších praktik lze uvést požadavky německého dohledového orgánu Bundesanstalt für Finanzdientsleistungsaufsicht (Spolkový Úřad pro dohled nad finančními službami, zkráceně BaFin) na rizikový management v pojišťovnách[18].

Rizikový management zahrnuje dle BaFin definici strategie rizik, která je konzistentní s obchodní strategií, odpovídajícími organizačními a operačními pravidly, vnitřním rizikovým řízením a kontrolním systémem, právě tak jako interním systémem auditu a interní kontroly. Rizika, která se berou v potaz, musí mít materiální povahu (princip materiality, který je ovšem podřízen principu proporcionality). Riziko je definováno jako možnost nedosažení výslovně formulovaného nebo nepřímo sledovaného cíle. Všechna rizika identifikovaná managementem jako rizika, která mohou mít dopad na finanční pozici pojišťovny, výkon nebo tok peněz jsou považována za materiální. Termín riziko je definován ve vztahu k jeho dopadům. Riziko musí být interpretováno z pohledu cílů, kterých má být dosaženo. Lze jej vymezit jako negativní pokles nebo pozitivní pokles (nebylo dosaženo cílů). Negativní pokles je ztráta. Z tohoto pohledu je třeba vnímat řízení rizik. Nicméně management se musí zabývat jak podnikatelskými možnostmi, tak riziky, kterým pojišťovna čelí. Kvalitativní vyhodnocení rizik, definované jako materiální, je prvním úkolem v jejich zvládání. Přičemž se bere v úvahu jak efekt s dopadem do závěrky, tak mimo ni. Kategorizace rizik snižuje jejich komplexitu (tedy složitost). Minimální kategorizace rizik zahrnuje upisovací riziko, tržní riziko, kreditní riziko včetně rizika země, operační riziko, riziko likvidity, riziko koncentrace, strategické riziko, reputační riziko (poznámka autora: strategické a reputační riziko je v současné době zahrnováno do rizik operačních)[19].

Odpovědnost za řízení rizik je celková. To znamená, že všichni manažeři jsou informováni o rizicích, kterým je pojišťovna vystavena, mohou posoudit hlavní dopady a mohou podniknout opatření, jak dopadům zamezit. To znamená, že všichni manažeři jsou odpovědni za zavedení, stálý rozvoj a fungování systému řízení rizik. Každá pojišťovna musí mít odpovídající systém řízení rizik, jehož prvky jsou zejména proporcionalita, proces identifikace rizik, materialita, zohlednění vnějších a vnitřních faktorů, strategie pojišťovny, ekonomické a politické situace apod., strategie rizik a jejich rozpoznávání, techniky snižování rizik, kontrolní mechanismy, postupy, že

[18] Zirkular 3 /2009 – Minimum Requirements for Risk management in Insurance Undertakings, 2009. Plný text na www.bafin.de. Dále srov. Směrnice Evropského parlamentu a rady 2009/138/ES o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solventnost II), čl. 44 , z. č. 277/2009 Sb. o pojišťovnictví, § 7, vyhl. č. 434/2009 Sb., § 2 a část III

[19] Rámcová směrnice Solventnost II vyjmenovává a definuje následující rizika: upisovací riziko, tržní riziko, úvěrové riziko, operační riziko, riziko likvidity a riziko koncentrace, čl. 13 body 30, 31, 32, 33, 34, 35.

rizika musí být řízena soustavně na principu shora dolů. Obchodní strategií pojišťovny je obchodní orientace, cíle a plánování v přiměřeném časovém horizontu. Naproti tomu strategie rizik je popis, jak se čelí rizikům, která vzniknou z obchodní strategie. Je v odpovědnosti managementu a nelze ji přenést. Zásadním požadavkem je náležitá dokumentace. Strategie musí obsahovat definici rizik, resp. jejich typologii, význam rizika, tj. rizikovou toleranci z hlediska finančního vyjádření, původ rizika jak z hlediska pojistného odvětví, tak příp. geografického, kde tedy vzniká. Rizika vyplývající z obchodní strategie se promítají do rizikové strategie s ohledem na jejich dopad do finanční situace, výkonnosti a do toků peněz pojišťovny a postupů, jak rizika řídit v denním obchodě. Riziková strategie je neustálý proces. Objeví-li se nové riziko např. v souvislosti se zavedením nového produktu, vstupu na trh, pandemie, nové obchodní strategie musí být vyhodnoceny jeho dopady a přehodnocen celkový rizikový profil (BaFin).

Systém řízení rizik je součásti řízení pojišťovny. Proto musí být zasazen do jejího organizačního rámce, což se promítá do organizační struktury (vzájemné nadřízenosti a podřízenosti a odpovědnosti) a operační struktury (upisování, investiční řízení, rezervování, zajištění atd.) pojišťovny a odpovědnosti managementu a odpovědnosti funkce řízení rizik, včetně zamezení konfliktu zájmů. Osoba odpovědná za vymezení rizika nemůže současně riziko monitorovat a kontrolovat. Jak jsme se již zmínili odpovědnost managementu je celková a nelze ji přenést (BaFin).

Zmíníme se i o kompetencích osoby odpovědné za funkci řízení rizik. Nezávislost této funkce spočívá v tom, že tato osoba není odpovědná za přijetí rizika nebo za zpracování na operační úrovni. Funkce, resp. osoba v této funkci, je odpovědná za identifikaci, analýzu a vyhodnocení rizik, vývoj metod a procesů pro vyhodnocování rizik a jejich monitorování, hlášení o identifikovaných a analyzovaných rizicích a koncentraci rizik, doporučení limitů, monitorování limitů rizik na souhrnné úrovni, monitorování opatření k zamezení rizikům, vyhodnocení plánovaných strategií z hlediska rizik, vyhodnocení nových produktů a stávajícího portfolia z hlediska rizik, ověřování vyhodnocení rizik prováděné podnikovými útvary (BaFin).

Ochrana účastníků a pojistníků jako spotřebitelů

Ochrana účastníků a tedy i pojistníků a dalších zákazníků patří k předpokladům řádného fungování trhu. Hlavním cílem úpravy v oblasti pojištění a zajištění a dohledu nad touto oblastí, je přiměřená ochrana pojistníků a oprávněných osob[20]. Systém řízení pojišťovny musí obsáhnout zájmy všech účastníků. Pro účastníky včetně spotřebitelů platí požadavky na efektivní systém řízení. Regulace má své náklady, na druhé straně sehrává pozitivní roli v tom, že zlevňuje náklady všem účastníkům tím, že upravuje jejich vztahy a předchází dlouhým hledáním řešení případně sporům. Čím je systém řízení kvalitnější, tím větší je hodnota společnosti pro všechny účastníky. Účastníci musí mít k dispozici informace o strategii, plánech a jednotlivých činnostech společnosti,

[20] Bod 16 důvodů Solventnost II

majetkových poměrech a vlastnických vztazích a organizační struktuře[21]. Výčet příkladů řádného řízení odpovídá především zájmu vlastníků a investorů, což k zajištění efektivní ochrany spotřebitele nestačí. Spotřebitel se pohybuje v tržním prostředí a čelí soutěži nabídek pojišťoven. Je vystaven tlaku různých prodejních kanálů. Pojišťovny jako poskytovatelé služeb nabízejí škálu produktů a služeb, které se neustále mění (někdy pouze zdánlivě). To jsou některé významné skutečnosti ovlivňující sociální a právní postavení spotřebitele. Tento vliv však nemusí být a není vždy negativní. Tak hospodářská soutěž pojišťoven přispívá ke zkvalitnění nabídky, snižování cen, také různost distribučních kanálů je ku prospěchu spotřebitele, neboť vzájemná konkurence prodejních – poradenských služeb vede k jejich zkvalitnění a též ke snižování cen. Úloha regulátora spočívá v tom, aby ochranou spotřebitele eliminoval negativní vlivy trhu a naopak, jak již bylo řečeno úvodem, udržoval trh stabilní. K tomu vytváří regulátor různé právní, etické, organizační a jiné nástroje. Především spotřebitel musí být jasně, jednoduše informován o všem, co potřebuje pro své rozhodnutí o nabízené službě a jejím poskytovateli. Pojišťovna musí nabízet takové produkty, které odpovídají potřebám spotřebitele. Spotřebitel si musí být vědom nejen svých práv, ale i svých povinností spojených s finanční službou, která se mu dostává. Spotřebitel se vzdělává a je vzděláván ve znalostech financí. Pro řešení sporů se uplatňuje funkce ombudsmana. Shrnuto smyslem regulace je zajistit pro spotřebitele spravedlivý obchod a podporovat účinný, spořádaný a férový trh.

Systém řízení pojišťoven v doporučeních OECD

Směrnice OECD o systému řízení v pojišťovnách (OECD Guidelines on Insurer Governance) byly vytvořeny v roce 2005 jako doporučení OECD. Revidovaná verze byla schválena radou OECD 19. května 2011. Základem pro Směrnici jsou tzv. Principles OECD of Corporate Governance z roku 1999, novelizované v roce 2004. Tyto Principy tvoří též základ pro doporučení rady OECD o základních principech regulace zaměstnaneckých penzijních systémů. Na rozdíl od Principů z roku 1999, které mířili především vně OECD, jsou adresáty Směrnice pojišťovny z členských i nečlenských zemí OECD.

Směrnice jsou nezávazným doporučením pro pojišťovací sektor tj. pro akciové společnosti, vzájemné pojišťovny nebo další typy poskytovatelů pojištění přímého a pro zajišťovny.

Zásady jsou rozděleny do čtyř částí:
1. struktura governance,
2. vnitřní mechanismy governance,
3. skupiny a konglomeráty,
4. ochrana zainteresovaných osob.

[21] Srov. přílohu 5 k vyhlášce č. 434/2009 Sb. a čl. 51 směrnice solventnost II

1. Struktura governance

První část se tedy zabývá strukturou řízení. Základním principem je jasné stanovení povinností, odpovědností a požadavků na kvalifikaci řídících osob a ochrana práv akcionářů a dalších zainteresovaných osob jako jsou pojistníci, zaměstnanci, věřitelé a orgány dohledu.

1.1 Představenstvo a klíčové výkonné funkce

Základním prvkem řídicí struktury pojišťovny je představenstvo jako řídící orgán stanovící základní povinnosti, odpovědnosti, hodnoty a cíle, strategii a organizaci pojišťovny. Představenstvo činí klíčová obchodní rozhodnutí, vybírá klíčové výkonné pracovníky, kteří nesou odpovědnost za uplatňování rozhodnutí představenstva. Úloha klíčových pracovníků v doporučení OECD se ovšem odvíjí od toho, zda představenstvo je výkonným orgánem či nikoliv.

Směrnice přikládají velký význam zvýšení nezávislosti rozhodovaní ve skupinových strukturách. Podstatná část představenstva má sestávat z nevýkonných členů představenstva, kteří nebudou závislí na skupině a jejím managementu. Důsledkem předchozí teze je doporučení rozdělení pozice předsedy a hlavního výkonného manažera (Chief Executive Officer). Kde jsou pozice kombinovány (spojeny), představenstvo má zasedat bez výkonných členů nebo jiného managementu a zvážit jmenování vedoucího nezávislého člena s jasným mandátem a autoritou.

1.2 Výbory

Bez ohledu na strukturu a systém řízení novým prvkem uspořádání činnosti představenstva jsou výbory. Jsou to orgány ustavené představenstvem, které mají za cíl zlepšit efektivitu, kvalitu a nezávislost rozhodování a zlepšit řízení a dohled nad pojišťovnou. Základním postulátem jejich činnosti je nezávislost a v koncepci představované směrnicí OECD z roku 2011 též vázanost na nezávislé členy představenstva. Zejména se doporučuje zajistit, aby výbory byly nezávislé při projednávání či posuzování transakcí mezi propojenými osobami, finančního a nefinančního zpravodajství (reporting), nominací členů představenstva a výběru osob pro klíčové výkonné funkce, výběru auditora, aktuára, velkých outsourcingových aranžmá a v odměňování. Z výčtu plyne, jaké výbory si OECD představuje, že pojišťovna zřídí.

1.3 Externí auditor

Externí auditor je součástí (vnitřní) struktury řízení pojišťovny. Auditor prověřuje, jakou má pojišťovna kontrolu nad svým výkaznictvím, ověřuje hodnotu závazků z pojistných smluv a posuzuje přiměřenost technických rezerv.

2. Vnitřní mechanismy řízení

Vnitřní mechanismy řízení jsou systém řízení rizik a systém vnitřní kontroly, podporované minimálně klíčovými funkcemi, které zahrnují řízení rizik, aktuárkou funkci, funkci compliance a funkci interního auditu.

3. Skupiny a konglomeráty

Směrnice uvádí, pokud jde o skupiny a konglomeráty, čtyři základní doporučení. Za prvé, vlastnictví, struktura, smlouvy a vztahy musí být transparentní jak uvnitř skupiny, tak navenek vůči zainteresovaným osobám. Uspořádání skupiny musí být srozumitelné též představenstvu a osobám v klíčových výkonných funkcích. Za druhé, představenstvo a klíčové výkonné osoby musí mít přehled o obchodních operacích a rizicích skupiny a největších společnostech ve skupině. Za třetí, systém řízení má být koherentní, funkční a transparentní, musí zajistit odpovědnost představenstva pojišťovny ve skupině činit nezávislá rozhodnutí, kontrolní funkce kontrolující společnosti musí postupovat z hlediska perspektivy skupiny a podporovat kontrolní funkce v kontrolované společnosti. Kontrolní funkce pojišťovny ve skupině musí být zachovány a podporovat nezávislou kontrolu operací pojišťovny a identifikaci a zmírňování šíření rizik. Za čtvrté, doporučuje se rozvinout tok informací v rámci skupiny, aby byl komplexní přehled o skupinových dohodách, operacích, rizicích, a tak mohla být identifikována a zmírněna rizika, týkající se skupiny.

4. Ochrana zainteresovaných osob

Struktura a systém řízení pojišťovny by měly zajistit náležitou ochranu zájmů a práv všech zainteresovaných osob (včetně pojistníků, zaměstnanců, věřitelů, dohledu a spotřebitelů) řádným otevřeným a tržním chováním, efektivním řízením, nápravnými mechanismy a respektem k právům a očekáváním akcionářů (nebo členů – pojistníků – u vzájemných pojišťoven) a pojistníků podílejících se na přebytku.

5. Transparentnost a zveřejnění

Pojišťovny by měly přesně a jasně zveřejňovat aktuální informace, aby poskytly účastníkům a obzvláště akcionářům (resp. členům vzájemných pojišťoven) a pojistníkům řádný pohled na jejich strategii a cíle, obchodní aktivity, systém řízení, vlastnickou strukturu, kompenzace, výkon, finanční situaci a na to, jak zvládají rizika, kterým jsou vystaveny. Zveřejnění musí být provedeno způsobem, který nepřinese dodatečné úsilí uživatelům.

6. Tržní chování a finanční vzdělávání

a) Poznej svého zákazníka

Pojistitel by měl vyhodnotit úroveň, jak klient porozuměl pojistnému produktu a rizikům. Toto ohodnocení by se mělo aplikovat obzvláště ve smlouvách, které jsou složité, obsahují závazky dlouhodobé povahy nebo představují podstatnou část současných nebo budoucích příjmů nebo zahrnují důležitý přenos rizik na pojistníka.

Kde se to jeví na základě podstaty nebo složitosti smlouvy, pojistitel by měl usilovat, aby porozuměl potřebám, rizikové toleranci a kapacitě zákazníků.

b) Čestné zacházení
Pojišťovna by měla jednat se zákazníky a pojistníky čestně a držet se náležitých standardů tržního chování ve všech stádiích existence pojistné smlouvy.

c) Informace na míru
Pojišťovna by měla poskytnout zákazníkovi a pojistníkovi vhodnou, relevantní a konkrétní informaci týkající se pojistných produktů a smluv, včetně krytí, benefitů, závazků, poplatků a jiných záležitostí vztahujících se k pojištění.

7. Náhrada (odškodnění)

Pojišťovny by měly zřídit férové, účinné a transparentní procesy pro vyřizování stížností a postupy pro odvolání, procedury pro řešení sporů a vedle toho identifikovat alternativy pro náhrady pojistníkům (pozn. např. stížnosti adresované dohledu).

Pojistníci by měli mít přístup k zákonem upraveným náhradovým mechanismům, aby urovnali spory s pojistiteli, minimálně soudní cestou nebo prostřednictvím regulatorního či dohledového orgánu.

Systém řízení (System of governance) podle Solventnosti II a připravovaných delegačních aktů

Systém řízení pojatý v navrhovaném tzv. delegačním aktu ve formě nařízení, který se v Evropské komisi připravuje, konkretizuje a dílem i nově upravuje pravidla pro řídicí a kontrolní systém pojišťovny, vycházejíce ze směrnice Solventnost II. Stručně se budeme zabývat koncepcí úpravy, neboť znění nařízení se stále na evropské úrovni diskutuje. Nařízení zahrnuje pravidla řízení klíčových činností pojišťovny, jak z hlediska principů, tak operačních a organizačních požadavků.

Systém řízení (System of governance) je obsažen v kapitole IX a je rozdělen do pěti částí: Prvky systému, funkce, požadavky na bezúhonnost, outsourcing, otázky odměňování.

Část první nazvaná prvky systému řízení obsahuje obecné požadavky na řízení, princip proporcionality, systém řízení rizik, oblasti, které pokrývá systém řízení rizik, ohodnocení aktiv a závazků, validaci technických rezerv a dokumentaci k nim a interní kontrolní systém.

Podrobněji se zastavíme u obecných požadavků na řízení. Je povinností (poznámka autora:jde o nařízení) pojišťovny zajistit účinnou spolupráci, vnitřní výkaznictví a komunikaci všech dotčených úrovní, průhlednou

organizační strukturu s jasně danými odpovědnostmi a vztahy podřízenosti a nadřízenosti. Členové orgánů kolektivně (tj. v celku, neboť každý má svou způsobilost k výkonu funkce a příslušnou odpovědnost) mají odpovídající kvalifikaci, znalosti a vlastnosti řídit podnik. Podobně to platí i o zaměstnancích. Každý musí znát svoji odpovědnost v podniku a mít podmínky pro plnění úkolů. Každá pojišťovna musí mít fungující informační systém a řádnou politiku uchovávání záznamů. Bezpečnost, integrita a důvěrnost informací je dalším požadavkem. Každý musí dostat včas informace, které potřebuje ke svému rozhodování. Funkce řízení rizik, compliance, vnitřní audit a aktuárská funkce jsou v pojišťovně povinné. Jejich výkon musí odpovídat strategickému obchodnímu směřování pojišťovny. Politika odměňování musí podporovat řízení rizik. Politiku zachování provozu pojišťovny musí mít vypracována každá pojišťovna. Ve vedení pojišťovny musí být nejméně dvě osoby. Pojišťovna musí předcházet konfliktům zájmů a řešit je. Pro aplikaci těchto principů platí samozřejmě princip proporcionality.

Část druhá se zabývá výčtem a obsahem funkcí v pojišťovně, které zabezpečí systém governance. Proto se tyto funkce nazývají klíčovými. Jde ve smyslu čl. 19 odst. 29 směrnice Solventnost II o funkci rizikového managementu, funkci compliance (zajišťování shody), funkci interního auditu a funkci aktuárskou. V části třetí se návrh zabývá požadavky na způsobilost a nezávislost osob v klíčových funkcích pojišťovny. Část čtvrtá se zabývá externím zajištěním služeb nebo činností (outsourcing) a stanoví základní požadavky, jako je přijetí písemných zásad pro politiku outsourcingu, která hodnotí dopad outsourcingu do obchodní činnosti pojišťovny. Předpis též ukládá pojišťovně povinnost provést prověrku dodavatele služeb a vymezuje základní náležitosti smlouvy. Otázky odměňování upravené v části 5 jsou exponovaným tématem. Nařízení stanoví zásady odměňování v pojišťovně; politika odměňování musí být písemná, v souladu se strategií rizika a obchodní politikou.

V pojednání jsme se podrobně nezabývali evropskou legislativou. V odpovídajících pasážích byly ovšem prameny především rámcová směrnice Solventnost II a připravované nařízení použity. Rámcová směrnice je přijata a účinná; v současné době se diskutuje její dodatek (tzv. Omnibus II). Rovněž v přípravě jsou tzv. delegační akty jako implementační pravidla, která budou vydána ve formě nařízení, jakož i tzv. implementační akty jako doporučující směrnice. V současné době se připravuje ve spolupráci se všemi relevantními účastníky trhu transpozice směrnice do zákona o pojišťovnictví. Solventnost II je významným předělem v (nejen!) pojetí řízení společnosti. Je důkazem teze, že pravidla chování vydávaná po dohodě účastníků relevantního trhu ve formě doporučení, osvědčí-li se, jsou transformována do právních předpisů. Příkladem je směrnice OECD o řízení v pojišťovnictví charakterizovaná výše.

V aplikační praxi musí pojišťovna přihlížet jak k právním předpisům, tak doporučením nadnárodní úrovně nebo České národní banky jako dohledového orgánu. K nejlepším praktikám, s nimiž je třeba pracovat, patří i kodexy chování a obchodní etiky profesních sdružení nebo koncernů, k nimž podnik náleží.

Resumé

Corporate Governance – subject and instrument of regulation

This article is devoted to a very important and up-to-date issue, which is corporate governance and system of governance. The author starts with describing theoretical approaches to the topics and with definitions of the relevant terms formulated by international institutions and also by reputable professionals. The added value of this part of the article consists in stating the reference sources. Then the author explains the difference between a risk-based principle approach and a risk-based approach regarding risk management in an insurance company and outlines the BaFin's actual policy in this field. Consumer protection is deemed an integral part of the system of governance of an insurance company. The author pays attention to the OECD and EU documents concerning corporate governance and system of governance of insurance companies. The significance of the Solvency II framework directive is emphasized, too, including the information about the EU preparation of the delegated acts or draft regulation, respectively.

28/2012

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 Pankráci 1724/129/budova Gemini B/, 140 00 Praha 4
Tel.: +420 222 350 164, fax: +420 221 413 400
e-mail: pojistne.rozpravy@cap.cz
Internet: www.cap.cz

Redakční kruh:
Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., 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 Křivohlávek, CSc., RNDr. Lucie Mazurová, Ph.D., Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc. (předseda), JUDr. Věra Škopová, Mgr. Jan Šváb, Ph.D., prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Redakční práce:
Mgr. Eva Trojanová

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

Tisk: Printo, spol. s r.o., Ostrava

© Přetisk a rozmnožování povoleno jen se souhlasem redakce.

Cena: 250 Kč

Do výroby předáno: leden 2012

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, tj. České asociace pojišťoven, pokud není uvedeno jinak.

česká asociace
pojišťoven