



Pojistné rozpravy/35

Pojistněteoretický bulletin

Editorial	3
Směrnice IDD a její transpozice z hlediska dohledu pojišťoven	5
Transpozice IDD do českého právního řádu	11
Měření výkonnosti pojišťoven podle IFRS 17	18
Aktuální změny paradigmat pojistné teorie a praxe v návaznosti na dynamiku společenského vývoje	25
Revize Solventnosti II standardního modelu 2018	34
Vynutitelnost dohledových opatření a sankcionování	37
Aktuální vývoj judikatury v oblasti pojištění a náhrady škody	43
Dobrovolné zdravotní pojištění	52
Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění	64
Povinné pojištění v moderní ekonomice	72
Pojišťovnictví v USA	76
Vymezení vozidla pro účely pojištění odpovědnosti z provozu vozidla	84
Statistické zdroje pro komparaci českého pojišťovnictví se zahraničními trhy	92
Zaměstnanecké penzijní pojištění jako 2. pilíř penzijního systému	98
Možnosti uplatnění teorie prozařování základních lidských práv a svobod v soukromém pojištění	122
Recenze publikace: Pojišťovací právo	135

Editorial

Jak vylepšit Solventnost II?

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA / předseda redakčního kruhu *Pojištných rozprav*

Federace Insurance Europe (IE) pořádala dne 26. června 2018 konferenci k Solventnosti II (S II) s podtitulem „Dva roky a dva přezkumy“. Zúčastnili se jí nejenom představitelé IE, národních asociací pojišťoven a významných evropských pojišťoven, ale rovněž zástupci národních regulátorů a orgánů dohledu, EIOPA, Evropské komise i někteří poslanci Evropského parlamentu. Tato reprezentativní účast odpovídala důležitosti tématu. Otázky, jak byl aplikován soubor opatření k S II a co ukazuje praxe – tedy posouzení kladů i negativ –, zajímají pochopitelně všechny výše zmíněné zainteresované osoby.

Připomeňme si, že přezkum S II 2018 se měl zaměřit na zjednodušení a fixaci technických otázek spojených s kapitálovými kalkulacemi (nařízení v přenesené pravomoci), kdežto druhý přezkum, v roce 2020, by měl umožnit hlubší změny, včetně zásahu do směrnice a řešení problematiky dlouhodobých investic a dlouhodobých garancí.

IE přistoupila k přípravě konference velmi zodpovědně a s odbornou erudiicí. S předstihem zpracovala stanovisko k radám EIOPA Evropské komisi ohledně přezkumu S II 2018 a provedla dotazníkové šetření v pojišťovnách, aby její představitelé mohli prezentovat reálnou situaci a potřeby evropských pojišťoven. Základní poselství IE zní: „S II vyžaduje vylepšení.“ Důvody lze nalézt jak v řadě stanovisek IE k jednotlivým problémům v oblasti S II od ledna 2016, tak ve výstupech z dotazníkového šetření IE, jež bylo realizováno v květnu 2018, přičemž odpovědi dodalo 75 pojišťoven ze 17 pojištných trhů členských států EU.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že tři čtvrtiny respondentů spatřují pozitivní vliv souboru opatření k S II na jejich řízení rizik, postupy v oblasti správy a řízení a na management aktiv a pasiv. Nicméně 58 % respondentů, kteří nabízejí dlouhodobé pojištné produkty s úspornou složkou a garantovaným výnosem, jsou toho názoru, že S II měla na tyto produkty negativní vliv. Čtyřicet osm procent dotázaných pojišťoven tvrdí, že S II je dovedla k tomu, že neinvestují optimální částky do akcií, dlouhodobých obligací, soukromých investic ani do dluhových cenných papírů bez ratingu. Tato zjištění potvrzují, že pro pojišťovny je obtížné investovat

dlouhodobě a že jsou tlačeny k ústupu od pojištných produktů s garancemi.

Je proto logické, že nový prezident IE Andreas Brandstetter, CEO rakouské UNIQA Insurance Group, zdůraznil, že je třeba přehodnotit příliš konzervativní povahu regulace a skutečnost, že s pojišťovnami se zachází jako s krátkodobými obchodníky, i když jsou většinou dlouhodobými investory. Jeho vystoupení bylo vyvážené, neboť uznal, že Evropská komise jistě korekce učinila, pokud jde např. o vytvoření podmínek pro investice do infrastruktury a odstranění překážek standardní transparentní sekuritizace. V rámci přezkumu S II 2018 je nutno ovšem pokročit dále. Brandstetter zmínil konkrétně potřebu snížit náklady na kapitál v rizikové přírážce. Nyní se požaduje, aby pojišťovny vyčlenily extra kapitál, který v praxi může být potřebný jen ve vzácných případech. Riziková přírážka odnímá podle Brandstettera z rozvah pojišťoven v současné době až 200 mld. EUR, které by místo daného regulatorního opatření mohly být využity produktivně.

Z výše uvedeného plyne, že IE na dané konferenci k S II prezentovala své priority pro přezkum 2018 i pro přezkum 2020, které ještě budou nepochybně precizovány a doplňovány. Bylo by ale chybou vzdát otázku proporcionality. I když v počáteční fázi projektu S II (po roce 2000) silně zaznívalo, že zásada proporcionality bude maximálně promítnuta do směrnice, ve skutečnosti se prosadila minimálně a příslušné články směrnice mají spíše deklaratorní charakter. V této souvislosti může napomoci jako první krok vymezení jednotlivých ustanovení směrnice S II, u nichž přichází v úvahu uplatnění proporcionality (o což se pokouší např. publikace *Regulace pojišťovnictví v EU*). Jako druhý krok by bylo třeba konfrontovat tato ustanovení s realitou či praxí a navrhnout adekvátní řešení proporcionality. Lze uvítat, že EIOPA na konferenci informovala o svém záměru uplatnit proporcionalitu ve zvýšené míře alespoň v několika oblastech. Zdrojem poznatků pro přezkum by mohla být i analýza využití přechodných ustanovení v souboru právních předpisů k S II. Z toho by mohla vyplynout představa o tom, která opatření jsou nadbytečná a která opatření by bylo třeba vtělit do směrnice.

V řadě otázek by mohla vstoupit do hry i teoretická rovina. Vždyť konstatování prezidenta IE, že současná regulace má příliš konzervativní povahu, je možno brát jako výzvu pro teoretické zkoumání. Problém netkví ve zdůvodnění potřeby právní regulace finančního systému, resp. pojišťovnictví, ani ve vymezení negativ přílišné regulace. Lze se v zásadě shodnout na tom, že důvodem regulace je zejména zachování finanční stability, potenciálně vysoká ziskovost oboru, asymetrie informací, složitost pojištění a ochrana spotřebitele. Na druhé straně, regulace něco stojí a náklady nakonec v převážné míře nese spotřebitel. Regulace může snahou o stanovení detailních pravidel omezit prostor pro konkurenci nebo rovnou ohrozit konkurenci mezi podnikajícími subjekty. V případě souboru opatření k S II hrají náklady bezesporu významnou roli – vždyť IE na konferenci prezentovala, že požadavky k S II se nacházejí na více než 3500 stranách a počet reportovacích formulářů skončil na 184 stranách. V odhalování pozitiv a negativ regulace je určitě účelné pokračovat, ale současně je třeba stále hledat inteligentní regulaci a vyváženost mezi požadavky na finanční stabilitu a ochranu spotřebitele a nezbytností zachovat efektivnost oboru a neomezovat konkurenci. Věřme, že těmto a podobným otázkám se bude nadále věnovat i tento náš časopis.

Resumé

How to improve Solvency II?

The aim of this editorial is to present shortly the basic results of the Insurance Europe (IE) Conference on Solvency II – Two years on and two reviews – which took place on June 26, 2018. The author mentions the tasks of Solvency II (S II) review 2018 and S II review 2020 and conclusions from a survey of European insurers carried out by the IE in May 2018. It enabled the IE to define key pros and cons of the S II regime which are stated in this article. The author adds his own comments on the S II challenges and emphasizes that regulation in common and S II regulation is the field also for the theoretical work.

Směrnice IDD a její transpozice z hlediska dohledu pojišťoven

Zuzana Silberová / ředitelka sekce dohledu nad finančním trhem / Česká národní banka

Oblasti regulace a dohledu v sektoru pojištnictví prošly v posledních letech poměrně náročným vývojem, a to jak z pohledu posílení obezřetnostních pravidel, včetně zohlednění důležitých aspektů finanční stability tohoto odvětví, tak rovněž i z pohledu pravidel odborné péče a ochrany klientů. Dohled ČNB pozitivně vnímá potřebu posílení a zpřehlednění pravidel odborné péče v oblasti pojištnictví, kterým je věnován následující text.

Posílení ochrany klientů finančních služeb, podpora férového jednání a zajištění srovnatelných podmínek fungování finančních institucí vůči klientům jsou jedněmi z oblastí, na které je kladen v poslední době velký důraz nejen v ČR, ale i na úrovni EU. K jejich naplnění by mělo dojít zejména prostřednictvím dodržování pravidel a principů, jež mají být postupně implementovány jednotlivými segmenty finančního trhu. Není sporu o tom, že zejména posílení férového jednání na finančním trhu může zvýšit důvěru zákazníků v jednotlivé služby poskytované příslušnými finančními institucemi.

Ačkoliv „informační asymetrie“ zákazníků na finančním trhu, zejména pak v případě pojišťovacích institucí, byla již delší dobu zmiňována v řadě dokumentů i diskuzí na různých evropských fórech, přichází některá nová závazná pravidla až nyní. Tato skutečnost dokresluje, jak obtížné se hledá cesta k dosažení určitého konsenzu napříč celým spektrem zainteresovaných subjektů.

V poslední době si i samotné pojišťovny stále více uvědomují, že uživatelé finančních služeb a jejich spokojenost jsou jedním z důležitých faktorů udržitelnosti jejich obchodu a tím i faktorem pro zachování jejich finanční síly a podnikání jako takového. Současně jednotliví hráči na trhu – vzhledem k jejich vyššímu počtu a příp. i rozdílným zájmům – nejsou vždy sami schopni napravit nedostatky, které se na pojištním trhu v průběhu let objevily.

Je vhodné připomenout, že první impuls ke zlepšení nepříznivého stavu na pojištním trhu v ČR dala v roce 2012 ČNB. Mj. i vzhledem k absenci nezbytných samoregulačních standardů trhu postupně vydala metodická stanoviska (především úřední sdělení, dohledové benchmarky či upozornění pro veřejnost). Těmi se snažila nastavit dohledová očekávání vůči dohlíženým osobám a upozor-

nit na některá jednání či oblasti, u kterých je v návaznosti na vlastní dohledové poznatky potřeba dosáhnout změny či zlepšení (řízení kvality distribuce, transparency předsmulvních informací, včetně informací o nákladech a poplatcích, propagace pojištění apod.). Reakce trhu byla nejprve vesměs rezervovaná. Poukazováno bylo na to, že tato stanoviska nejsou právně závazná a ČNB se snaží suplovat roli regulátora, která jí nepřísluší. K tomu je nutné uvést, že zveřejňování dohledových stanovisek či benchmarků vnímá dohled v rámci své dlouhodobé strategie jako jednu z forem naplnění jednoho ze svých cílů a principů jednání vůči dohlíženým subjektům, a to zajištění předvídatelného a transparentního dohledu.

Přes určitou počáteční rezervovanost trhu registrovala ČNB postupný obrat ve vnímání svého přístupu, když např. dohledový benchmark k řízení a kontrole kvality činnosti distribuční sítě pojišťovny, vydaný v roce 2012 (následně nahrazený dohledovým úředním sdělením ČNB), nastartoval diskuzi o potřebě celkového zvýšení standardu odborné péče při poskytování pojišťovacích služeb. Následně pak některé asociace v rámci přijímání samoregulačních opatření začaly přicházet s vlastním návrhem řešení, který byl dle jejich pojetí standardním nástrojem pro zkvalitňování fungování trhu tak, jak je tomu i v jiných zemích. Příslušné asociace vycházely z přístupu, že trh sám nejlépe ví, jak dosáhnout náležitého efektu, neboť regulatorní zásahy zvenčí, pokud nejsou dobře nasměrovány, mohou v některých případech přinést i vedlejší nežádoucí efekty.

Seberegulační mechanismy jsou jednou z možných cest ke zlepšení situace, neboť každá pojišťovna či distributor rozumí lépe potřebám svých zákazníků a zná lépe vlastní obchodní model, a tak by je měli být schopni adekvátně implementovat do svých postupů. Problémem však může být schopnost účastníků trhu vzájemně se dohodnout na společných a zároveň dostatečně konkrétních a účinných pravidlech, která budou všechny zainteresované strany ochotny akceptovat a dodržovat. V porovnání s textem směrnice IDD (*Insurance Distribution Directive*), který je pouhou minimální harmonizací, tvoří samoregulace jen zlomek toho, co je považováno za férový způsob jednání se zákazníky. Ani sebelepší regulace či samoregulace tak samy o sobě nedokážou předejít všem problémům, které mohou v praxi nastat. Bude proto především záležet na tom, jak budou nové požadavky příslušnými subjekty v praxi implementovány a naplňovány.

Mimo výše zmíněnou „metodickou“ činnost zároveň ČNB u pojišťoven kontinuálně prováděla (a provádí) kontroly a dohled v oblasti odborné péče. Typicky identifikované nedostatky byly následující:

- nedostatečné předsměrní kontroly distributora,
- nedostatky v kontrolách kvality distribuční činnosti v průběhu smluvní spolupráce s distributorem, např.:
 - absence efektivních preventivních opatření k zabránění missellingu a nekalým obchodním praktikám,
 - nevěnování dostatečné pozornosti kvalitě záznamů požadavků a potřeb zájemce o pojištění,
 - nedostatečné nastavení systému kontaktování klientů při zjištění rozporů v záznamech,
- nedostatky v poskytování předsměrních informací či netransparentnost informací o nákladech a poplatcích,
- nedostatky v propagaci, zejména u investičního životního pojištění,
- nedostatky ve vyhodnocování obsahu stížností na činnost pojišťovacích zprostředkovatelů a v navazujících nápravných opatřeních,
- nedostatky v procesu likvidace pojistných událostí (průtahy v šetření, věcné nedostatky při šetření a nedostatky z hlediska způsobu a obsahu komunikace, nerekonstruovatelnost procesů, úprava postupů ve vnitřních předpisech),
- nedostatky v procesu ukončení smlouvy.

V návaznosti na ukončené kontroly či šetření dohledu na dálku pojišťovny přistupovaly a přistupují k přijetí nápravných opatření, jejichž plnění dohled průběžně sleduje. V závažnějších případech recidivy bylo s příslušným subjektem zahájeno správní řízení. Z výše uvedeného výčtu nejčastějších nedostatků vyplývá, že pro dohlážené subjekty existuje nejen obecně prostor pro zlepšení, ale právě i pro naplnění požadavků plynoucích ze směrnice IDD. Jaké nejbližší výzvy tedy stojí před jednotlivými zainteresovanými stranami?

Zmírňování důsledků informační asymetrie

Je obecně známým faktem, že směrnice IDD představuje jen minimální harmonizaci. Návrh zákona o distribuci pojištění nicméně nad její rámec obsahuje pouze několik

dalších povinností nebo omezení. Oproti některým jiným státům (např. Velké Británii nebo Nizozemsku) tak nezakazuje provizní modely odměňování nebo současné vykonávání agentské a makléřské činnosti. Větší volnost s sebou však nese také větší odpovědnost pro dohlážené subjekty, což klade důraz na vyšší míru profesionality v daném odvětví. V minimálním standardu odborné péče v oblasti distribuce pojistných produktů totiž není možné do detailu popsat veškeré požadavky na činnosti dohlážených osob. To na ně klade vyšší nároky při vytváření standardů odborné péče v rámci vlastního obchodního modelu a celkové firemní kultury. Zároveň se tímto také ponechává prostor pro vytvoření příp. i nových modelů poctivého jednání se zákazníky za současného zachování a respektování stanovených principů. Jelikož se v případě směrnice IDD jedná pouze o minimální standard, bylo by žádoucí, aby dohlážené subjekty jen formálně nenaplněly literu zákona, ale aby se jim podařilo implementovat postupy, které by vedly k dosažení cíle nové úpravy (i tím, že půjdou ve svém i klientově zájmu nad rámec minimálního standardu, např. poskytnutím nejen informace, která plyne pouze ze zákona, ale i takové informace, pokud to smysl a účel konkrétní situace vyžaduje).

Netřeba rozsáhle připomínat, že jedním z cílů odborné péče je vytvoření takových podmínek pro zákazníky, které jim umožní činit racionální a informovaná rozhodnutí. Prostředí, v němž mohou zákazníci spoléhat na to, že tento princip je zajištěn a funguje, je tak nezbytnou podmínkou a důležitým předpokladem pro zdravý chod trhů s finančními produkty. Na trzích s asymetrickými informacemi je také klíčovou podmínkou zajištění takové míry transparentnosti, která tento cíl dokáže naplnit. Společným úsilím všech zainteresovaných stran by mělo být tomuto cíli se co nejvíce přiblížit. Pokud zákazníci nenaplní svá očekávání nebo budou ve své důvěře zklamáni, pak se budou dovolávat nápravy, příp. hledat jiné segmenty finančního trhu, je-li to možné. Na otázku, jak tohoto cíle dosáhnout, však neexistuje jednoduchá odpověď. Směrnice IDD a návrh zákona o distribuci pojištění poskytují určitý návod, pokud jsou správně vnímány jejich cíle obsažené v příslušných nosných principech (např. nejlepší zájem zákazníka, řízení rizika konfliktu zájmů, profesionalita distributora apod.). Tyto principy je nutné vždy dodržovat a v následující části se jim budeme věnovat podrobněji.

Kvalitní a vhodné produkty

Transpozice směrnice IDD nespočívá pouze v detailnějším stanovení pravidel týkajících se distribuce ve srovnání s těmi aktuálními, ale i v tom, že její rozsah pokrývá mnohem více fází obchodního vztahu než jen fázi předsmluvní. Jejím smyslem je alespoň v základních obrysech pokrýt celý produktový cyklus. I jen jediný nekvalitní článek tohoto řetězce v rámci vztahu pojišťovna–zákazník může vést k nespokojenosti zákazníků a tím negativně ovlivnit i důvěru v kvalitu a spolehlivost poskytovaných pojišťovacích služeb. Proto je nutné odpovědně se věnovat poskytování služeb zákazníkovi ještě před jejich vznikem a dále i v době existujícího smluvního vztahu, a to až do jeho ukončení.

Mezi největší a nejdůležitější změny, které směrnice IDD přináší, je regulace dohledu nad produktem a jeho řízení ze strany tvůrce produktu. Nová právní úprava není v tomto ohledu založena na striktních, přesně vymezených pravidlech, ale spíše na principech. Smyslem těchto principů není stanovení konkrétních parametrů produktů a omezení produktových inovací ani určování konkrétního obsahu smluv, nýbrž posílení hodnotového zaměření pojištných produktů směrem ke klientům, kteří pojišťovací služby využívají. Co to tedy konkrétně znamená pro účastníky trhu? – Tvůrce pojištných produktů musí již při jejich navrhování či podstatné změně zohlednit zájmy zákazníků a vzít v potaz jejich požadavky a potřeby. Tyto faktory však musí být zohledněny nejen při vstupu do smluvního vztahu, ale i po uzavření pojištné smlouvy, tedy např. při změně nebo zániku pojištění.

Tzn. že tvůrce produktu si musí předem stanovit cílový trh zákazníků, kterým své produkty hodlá nabízet, a tyto produkty testovat na různých potenciálních scénářích vývoje. Aby tomuto požadavku byl schopen dostát, musí mít nastaveny odpovídající procesy, včetně zajištění schopnosti monitoringu vývoje jednotlivých produktů nejen z finančního úhlu pohledu, ale i z pohledu zajištění férového jednání s klienty a postupů pro přijímání náležitých opatření, pokud dojde k nežádoucímu vývoji. Princip zajištění férového jednání vůči zákazníkům by měl tedy prostupovat napříč celou firemní kulturou a napříč principy fungování a řízení společnosti. Měl by se tak stát i nedílnou součástí jejího kontrolního prostředí coby důležité komponenty řídicího a kontrolního systému tvůrce produktu. Praxe ukazuje, že většina pochybení vzniká právě při slabém kontrolním pro-

středí a nedostatečně funkčním řízení příslušného subjektu. Výsledek tohoto testování by měl prokázat, že produkt, resp. celý produktový cyklus nebude mít na zákazníka negativní efekt.

Snaha minimalizovat rizika újm na straně zákazníků

Každý pojištný produkt může mít jiný negativní efekt na zákazníka v různé fázi životního cyklu. Proto je nutné dobře porozumět povaze každého pojištného produktu, který je uváděn na trh, a také povaze a schopnostem vlastních zákazníků (cílového trhu).

Nelze podat úplný výčet možného nevhodného jednání vůči zákazníkům. Jako nežádoucí příklady lze nicméně uvést uzavření nechtěné smlouvy nebo smlouvy s nechtěným obsahem (např. v důsledku neinformovaného rozhodnutí), doporučení nevhodného pojištného produktu, který neodpovídá požadavkům a potřebám zákazníka, či uzavření smlouvy s vyššími náklady (např. v důsledku přepojištění nebo vícenásobného pojištění) nebo s vyšší ztrátou (např. v důsledku podpojištění).

Výběr vhodného distribučního kanálu

Vytvořením pojištného produktu tento proces nekončí. Tvůrce produktu je dále v situaci, ve které musí vybrat pro daný produkt příslušný vhodný distribuční kanál podle vlastností produktu a jeho cílového trhu. Z požadavků směrnice IDD vyplývá nutnost kvalitní a spolehlivé spolupráce mezi tvůrcem produktu a příslušným typem distribuce. Jedná se o nový významný impuls k tomu, aby tvůrci pojištných produktů a jejich distributoři spolu více a lépe komunikovali a spolupracovali.

Profesionalita distributorů

Směrnice IDD přináší rovněž některé zvýšené nároky na profesionalitu osob, které se podílejí na vytváření produktu a jejich distribuci. Požadavky na důvěryhodnost jsou pro všechny participující osoby srovnatelné; rozdíly však mohou nastat v otázce odborné způsobilosti v závislosti na tom, o jak složité produkty se má při jejich distribuci jednat. Návrh zákona o distribuci pojištění stanoví jen mi-

minimální požadavky na úspěšné zvládnutí odborné zkoušky a zajištění průběžného vzdělání distributorů.

Důležitým pojmem je slovo „minimální“, neboť kvalita služeb poskytovaných příslušným distribučním místem se bezpochyby odvíjí od získaných znalostí a zkušeností stejně jako od schopnosti uplatnit je v praxi. V této souvislosti je možné předpokládat postupný přesun od propagace některých produktů zaměřených pouze a výhradně na jeho cenu k širší a komplexnější nabídce produktů orientovaných více proklientsky, a to včetně vysvětlení důležitých charakteristik a rizik produktu. Velmi důležitou roli pak budou hrát preference klienta samotného, zda upřednostní kvalitu poskytovaných služeb před prostým parametrem ceny produktu. Lze předpokládat, že tyto změny nenastanou obratem, nýbrž si naopak vyžádají pro všechny zúčastněné strany čas nezbytný k tomu, aby se mohly v plné míře novým požadavkům přizpůsobit a tyto mohly být postupně uplatňovány v praxi.

Oblast pojišťovnictví je po odborné stránce velmi náročná, dynamicky se vyvíjí a některé pojistné produkty jsou velmi komplikované. Současně vyžaduje v řadě případů až velmi detailní zohlednění konkrétních podmínek příslušného případu či situace. Je-li uzavření pojištění ze strany běžného zákazníka stále spíše příležitostnou aktivitou, pak v těchto specifických případech nabývá individuální přístup ke klientovi více na významu. Samotné sdělování informací bez poskytnutí individualizovaného a kvalifikovaného vysvětlení a odpovědného doporučení od zkušeného odborníka totiž nemusí být vždy postačující. Zajištění vysoké profesionality jednotlivých distributorů je tak zcela zásadním předpokladem.

Informační model ochrany klienta

V současné době je všeobecně upřednostňován způsob ochrany klientů v rámci tzv. „liberálního informačního modelu“. Ten se více zaměřuje na vytvoření podmínek, které zákazníkům umožňují rozhodovat o vlastních záležitostech mj. tím, že budou v pravý čas vybaveni relevantními informacemi.

Bez povinnosti sdělovat informace by zákazníci byli zcela závislí na poradcích. Informační povinnost tak podporuje větší samostatnost v rozhodování klientů. Může se zdát,

že tento informační model je tak více náročný pro zákazníka, avšak současně je třeba poznamenat, že i tak by měl v některých případech poskytovat ochranu klientům již *ex ante*, např. díky povinnosti poskytnout v určitých komplikovaných případech upozornění nebo poučení, které by měly usnadnit klientovi jeho rozhodování.

Cílem IDD je, aby veškeré obchody, ať už s poskytnutým poradenstvím, nebo bez něj, byly v souladu s požadavky a potřebami zákazníka. Někteří účastníci trhu si dosud stále nechtějí připustit, že svou činností mohou ke snížení informační asymetrie sami přispět. Jelikož je v praxi poskytnutí jasných a srozumitelných informací někdy vnímáno jako zbytečný náklad, byla stanovena některá pravidla pro povinné sdělování informací. Správné informace mohou zákazníkovi pomoci činit lepší rozhodnutí. I propagační materiály vytvářejí v zákaznických určitá očekávání, a proto by jejich obsah neměl být v rozporu se skutečným obsahem nabízeného produktu.

Test požadavků a potřeb, test vhodnosti, test přiměřenosti

Test požadavků a potřeb je požadovanou ochranou zákazníka v sektoru pojišťovnictví již řadu let. Neuvědomění si jeho významu vede v praxi k jeho nedostatečnému naplňování, což do budoucna může pro některé distributory (a potažmo i pojišťovny) představovat zdroj problémů. Současný stav proto vyžaduje zlepšení. V praxi totiž tento test není často vnímán jako nezbytný či z pohledu zákazníka jako užitečný pracovní postup nebo metoda, při nichž se může v plném rozsahu projevit kvalita konkrétního distributora / distribučního místa, ale spíše jen jako formální výstup v podobě písemného záznamu požadavků a potřeb k založení do složky klienta. Tento přístup je možné označit z dlouhodobého hlediska za nevyhovující a neudržitelný. Očekává se, že směrnice IDD přinese nový impuls k přehodnocení tohoto přístupu a že informace získané od zákazníků budou kvalitně vyhodnocovány. Výsledkem tohoto hodnocení bude doporučení takového postupu, který bude vhodné aplikovat v konkrétním obchodním případě. Záznam z jednání pak má tvořit závěrečné stvrzení postupu a výsledku tohoto celkového procesu jednání s klientem (jehož náročnost závisí na složitosti produktu) v podobě, ze které lze tuto úvodní fázi v rámci daného obchodního případu rekonstruovat. Někdo může poznamenat, že vlastní

průběh jednání s klientem je mnohem důležitější než jeho záznam. Naše dohledové zkušenosti však ukazují, že tam, kde je záznam vyplňován nedostatečně, jsou často indikovány také problémy spojené s vlastní odbornou péčí. Problém tedy často netkví pouze v obsahu záznamu, ale v samotném způsobu, jakým je vlastní činnost daného distributora / distribučního místa prováděna.

Směrnice IDD také rozšiřuje některá specifická pravidla na pojištné produkty spojené s investiční složkou. Dochází tak k rámcovému sjednocení požadavků pro produkty nabízené v režimu MiFID II a v režimu Solventnosti II. Tato změna by v této oblasti měla znamenat ukončení regulační arbitráže mezi jednotlivými sektory finančního trhu a vést k dosažení srovnatelné úrovně ochrany zákazníka u substitučních produktů. V některých zemích musel sektor pojišťovnictví již dříve dodržovat některá pravidla MiFID (např. v Itálii nebo Německu). Kromě informačních povinností je tím míněn také test vhodnosti nebo přiměřenosti, který specificky zohledňuje investiční složku produktu. Na základě přístupu pojišťoven i očekávání dohledu ČNB z minulosti však věříme, že by se nemuselo jednat o dramatickou změnu, neboť pojištný trh začal již dříve sám v určité míře používat např. investiční dotazníky (standardně používané v oblasti kapitálového trhu) pro jednání se zákazníky o investiční složce.

Nejllepší zájem zákazníka, pravidla pro řízení střetu zájmů a odměňování

Důležitou roli v této oblasti dále hraje princip poctivého jednání. Ten vychází ze základního požadavku, že při uzavírání pojištné smlouvy je nutné zohlednit vedle zájmů vlastních i zájmy smluvního partnera. Požadavek na zohlednění jiného zájmu však může jít ještě dále, je-li např. řešena ochrana zranitelných (slabších) osob.

Povinnost upřednostnit zájmy zákazníka před vlastními zájmy tvůrce produktu nebo distributora je známa také z jiných oblastí. Má doplňující funkci k principu poctivosti a znamená, že v případě potenciálního nebo skutečného vzniku střetu zájmů by měl být upřednostněn zájem zákazníka. Tuto povinnost je třeba vykládat zejména tak, že konkrétní uplatňovaný obchodní model by neměl způsobit újmu zákazníkovi jenom proto, že se nachází v postavení slabší smluvní strany.

Předem prakticky nelze popsat všechny možné situace, při kterých střet zájmů vzniká. Přesto lze těmto situacím předcházet, neboť některé střety zájmů vykazují jistou pravidelnost a lze se s nimi při určité kombinaci pravomocí a odpovědností setkat. Vznik střetu zájmů zpravidla souvisí s určitými ekonomickými motivy. Dlouhodobě bylo pozorováno, že už i pouhá možnost vzniku střetu zájmů je rizikem, neboť jde o test, zkoušku osobní integrity jednotlivce, zda zohlední zájem zákazníka, či nikoli. Proto by měly být v konkrétní instituci vyvinuty postupy, aby situace, při kterých střet zájmů vzniká, byly identifikovány a aby byla v návaznosti na to přijata konkrétní opatření, která zamezí možnosti vzniku či naplnění tohoto rizika nebo jej minimalizují.

Střet zájmů bývá často spojován se způsobem odměňování distributorů, zejména u provizního modelu, příp. u pohyblivé složky odměny závislé především na objemu prodeje. Proto by měl být každý způsob odměňování posouzen z pohledu, zda poskytuje pobídku, která může vést k upřednostnění vlastního zájmu před zájmy zákazníka, v důsledku čehož může být klient poškozen.

Zvláštní pravidla pro střet zájmů dle IDD jsou nastavena pro životní pojištění. Rozložení odměny však bylo již dříve do naší legislativy implementováno a zavedení cenové regulace nebo zákazu některých konkrétních způsobů odměňování nad rámec směrnice IDD se nepředpokládá.

Účinné nástroje dohledu a sankcionování

Dohled v souvislosti s návrhem zákona o distribuci pojištění celkově vítá zpřehlednění dohledových kompetencí. Za užitečné považuje také širší škálu nástrojů pro výkon dohledu zejména v otázce přijímání nápravných opatření a také zpřehlednění systému sankcionování, který je pro dohlížené subjekty mnohem lépe předvídatelný. Dosavadní systém zpravidla neumožňoval uložit peněžitou sankci za porušení pravidel odborné péče ihned, ale teprve tehdy, pokud nebylo příslušným subjektem splněno opatření k nápravě. Tento systém se neukázal jako efektivní, neboť některé dohlížené subjekty využívaly takto nastavený právní rámec a spoléhaly na to, že v případě zjištění pochybení provedou nápravu až po upozornění na nedostatky ze strany dohledu ČNB. Zatímco podle nové úpravy nápravná opatření směřují do budoucnosti, peněžitou sankci lze uložit i za minulá závazná jednání. Tato možnost tak má

nepostradatelnou preventivní funkci z pohledu rizika opakování deliktu. V konkrétním případě tak ČNB bude moci v závislosti na závažnosti zjištěného závadného jednání dohlíženého subjektu nově zvažovat, zda postačí uložit „jen“ opatření k nápravě, či zda použít silnější nástroj.

Technologický rozvoj

Vedle výzev vyplývajících z implementace IDD se v sektoru pojišťovnictví, obdobně jako v jiných sektorech finančního trhu, očekává vývoj a následné využívání nových technologií i u poskytování služeb. Na některých trzích lze již nyní sledovat rozšiřování aplikací umělé inteligence a tzv. „robo-advice“, a to nejen v důsledku zákazu poskytování provizí na těchto trzích, ale i vzhledem ke skutečnosti, že se placené poradenství stalo velmi nákladnou záležitostí. Bude nutné sledovat současné a budoucí trendy, které jsou velmi často spojovány s digitalizací služeb a fenoménem nazvaným „big data“. I pro pojistný trh bude nutné včas a dostatečně reagovat na měnící se podmínky, aby udržel kontakt s vývojem v této oblasti. Tyto nové technologie s sebou často přinášejí i potřebu změny obchodního modelu instituce, což je časově i nákladově náročný proces, který musí být dokonale promyšlen a připraven tak, aby proběhl úspěšně.

Resumé

Insurance Distribution Directive and its transposition from the perspective of insurance companies

This article discusses the current development of regulation and supervision in terms of conduct of business activities provided by insurance companies from the perspective of the Czech National Bank (CNB) with the main focus being the Insurance Distribution Directive (IDD). This article explains the basic bearing principles of IDD, mainly client's best interest and reduction of the information asymmetry impacts, product oversight and its management by product developers, risk management of conflict of interests and distributors' professionalism. This paper also lists typically identified shortcomings in insurance companies in terms of CNB supervisions of conduct of business in order to describe challenges ahead of insurance companies to comply with requirements arising under IDD.

Transpozice IDD do českého právního řádu

Ing. Jiří Šindelář, Ph.D., MBA / předseda představenstva a výkonný ředitel / Česká asociace společností finančního poradenství a zprostředkování; Vysoká škola finanční a správní

Článek pojednává o možných efektech transpozice evropské směrnice o distribuci pojištění (*Insurance Distribution Directive*, IDD) do českého právního řádu, se zaměřením na oblast investičního životního pojištění (IŽP). Na půdorysu kvantitativní analýzy vývoje tohoto odvětví pojištění v ČR je provedeno srovnání regulatorních režimů distribuce IŽP před a po transpozici, s důrazem zejména na oblast informačních povinností a pravidel jednání se zákazníky.

Směrnice IDD byla přijata v roce 2016 jako primární evropský regulativ oblasti distribuce pojištění. Její cíle jsou – v návaznosti na starší směrnici IMD (*Insurance Mediation Directive*) – především následující (EC, 2017):

- dosažení větší transparentnosti v cenách a nákladech pojištných produktů,
- zavedení jednoduchého, standardizovaného produktového dokumentu v oblasti neživotního pojištění (tzv. „IPID“¹⁾),
- regulace tzv. „vázaného prodeje“,
- zavedení nových pravidel jednání a zvýšení transparentnosti distribuce, s cílem zamezení tzv. „missellingu“.

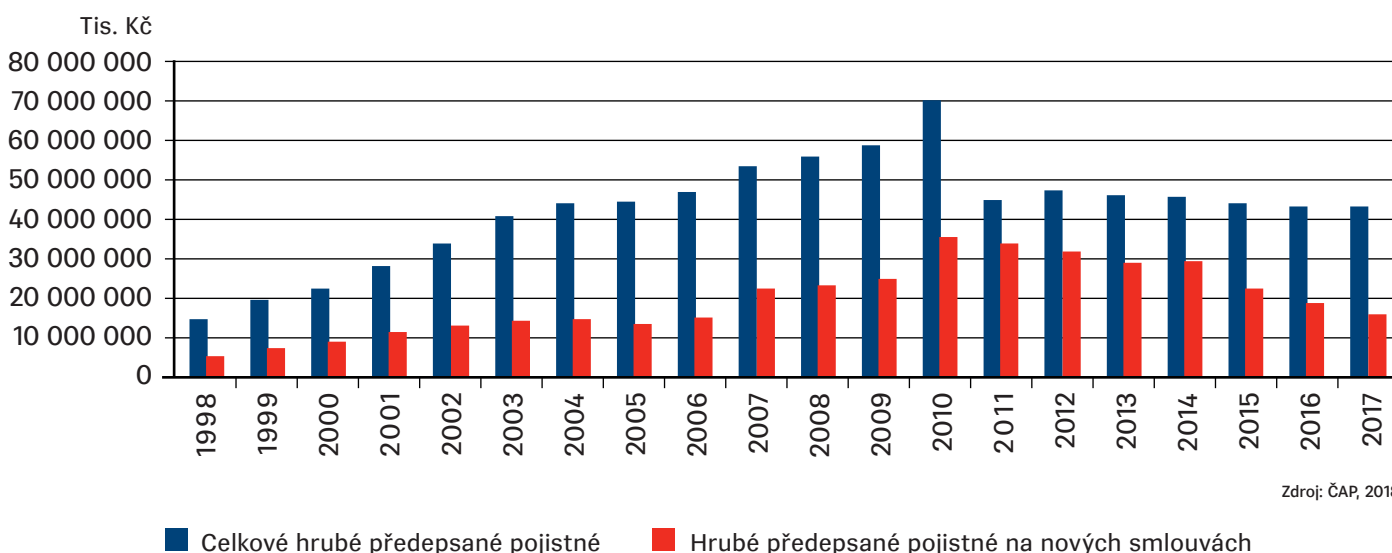
Do českého právního řádu byla směrnice IDD implementována novým zákonem o distribuci pojištění ve 2. polovině 2018.

Ten přináší řadu regulatorních novinek jak evropského, tak domácího původu, od nových konceptů odbornosti distributorů přes produktové řízení až po zcela reformovaná pravidla jednání se zákazníky. Dopad této nové regulace na distribuci pojištných produktů může být značný, jak ukazují paralelní příklady z odvětví úvěrů anebo kolektivního investování (Karfíková a Vybíral, 2017). Cílem tohoto článku je tedy identifikovat dopady těchto regulatorních změn na pojištný trh, zejména na oblast distribuce životního pojištění. Za tímto účelem byla nejprve zpracována kvantitativní analýza vývoje distribuce životního pojištění v uplynulé dekádě, na kterou navazuje komparativní analýza původních a nových zákonných podmínek pro jeho prodej, včetně srovnání s nejčastějšími substitučními produkty. Článek poté diskutuje možné efekty a očekávání s využitím analogií z příbuzných odvětví finančního trhu (penzijní spoření, kolektivní investování). V závěru pak autor odvozuje doporučení směrem k budoucí právní úpravě distribuce pojištění.

Analýza vývoje trhu životního pojištění v ČR

Trh životního pojištění prochází v současné době ne zcela pozitivním obdobím, kterému předcházelo v uplynulých 20 letech několik vývojových fází, jak ilustruje graf 1.

Graf 1: Vývojové tendence hrubého předepsaného pojištného životního pojištění v letech 1998–2017



Prvním vývojovým obdobím, které lze pokládat za určující pro současnou podobu trhu, je bezpochyby silný rozmach životního pojištění v letech 1998–2004. V té době rostly takřka všechny parametry distribuce životního pojištění, počínaje počtem smluv i průměrným pojistným a konče celkovým počtem klientů ve kmeni. Jak naznačuje Daňhel a Oborilová (2016), toto období překotného rozvoje životního pojištění, zejména ve spojení s investičním fondem, zadělalo na mnohé současné problémy.

Po krátké stagnaci let 2004–2005 předepsané pojistné obnovilo silný růst, aby v roce 2010 – v období plnohodnotné ekonomické krize – překonalo rekordních 70 mld. Kč hrubého předpisu. V tomto období opět prudce akceleroval i nový obchod, zejména v letech 2009–2010. Jak ukazuje graf 2, tento růst byl však tažen především jednorázovým pojistným a v mnohem menší míře pojistným běžně placeným. To byl ostatně i hlavní faktor růstu celkového předepsaného pojistného, což přispělo k pozdější rychlé kontrakci.

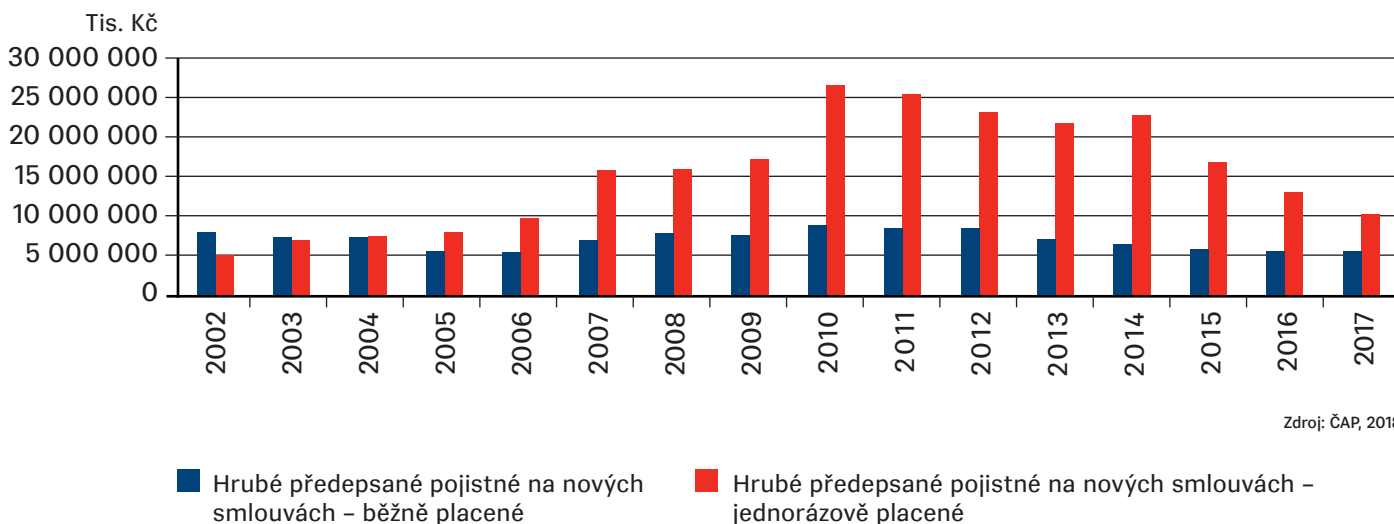
Závěrečnou fází byl postupný útlum nového obchodu časově související s nástupem hospodářské krize od roku 2010 až do současnosti. Kromě definitivního působení negativních makroekonomických impulzů, z nichž obchod s životním pojištěním koreluje zejména s vývojem hrubého domácího produktu (Kábrt, 2016), na trh zjevně začaly

doléhat i negativní jevy založené v předchozím boomu. Na jedné straně šlo o nárůst předčasně ukončených běžně placených smluv, tzv. „storen“ (Jedlička, 2015), na straně druhé pak o postupný úpadek nového předpisu, zejména u jednorázově placených smluv. Odvětví IŽP, jak vyjadřuje graf 3, neslo tento vývoj obzvláště těžce.

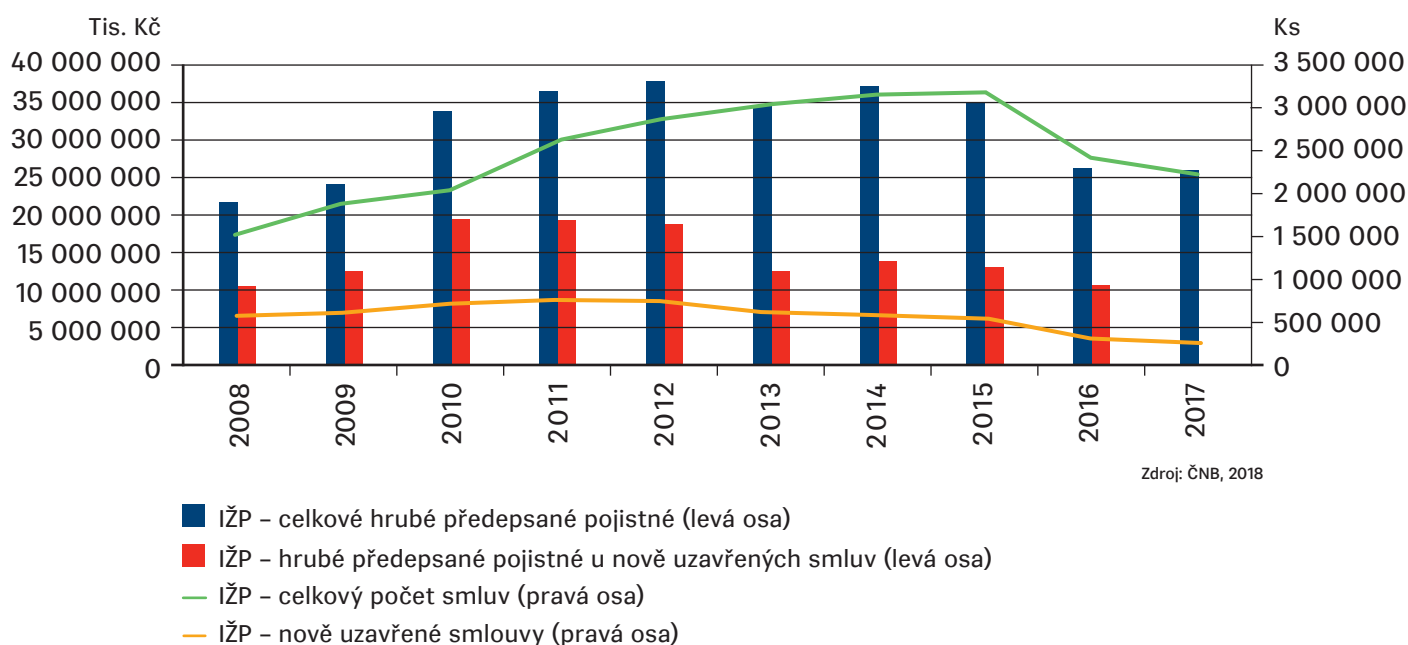
Souhrnné působení všech výše uvedených faktorů dovedlo trh životního pojištění do stavu, kdy celkové předepsané pojistné pokleslo zhruba na úroveň roku 2003, s podobnou úrovní nové obchodní produkce. Jak dokládá graf 4, z pohledu počtu pojištěných subjektů (počtu smluv ve kmeni) je trh dokonce na nižších číslech, než tomu bylo před 15 lety. Pokles bylo optikou této statistiky možno předvídat již v „rekordním“ roce 2010.

Z provedené analýzy vyplývá, že životní pojištění prodělává velmi složité období celkové kontrakce. Významným činitelem tohoto vývoje je celkový úpadek distribuce tohoto produktu, jak dokládá všeobecný útlum nového obchodu, ať už na úrovni smluv, či na úrovni nově předepsaného pojistného. O důvodech tohoto stavu lze dlouze diskutovat, jeho manifestace je však faktem, který trh bolestně pociťuje. Jak se do těchto trendů promítne nová regulace v podobě směrnice IDD, která dominantně míří právě na oblast distribuce?

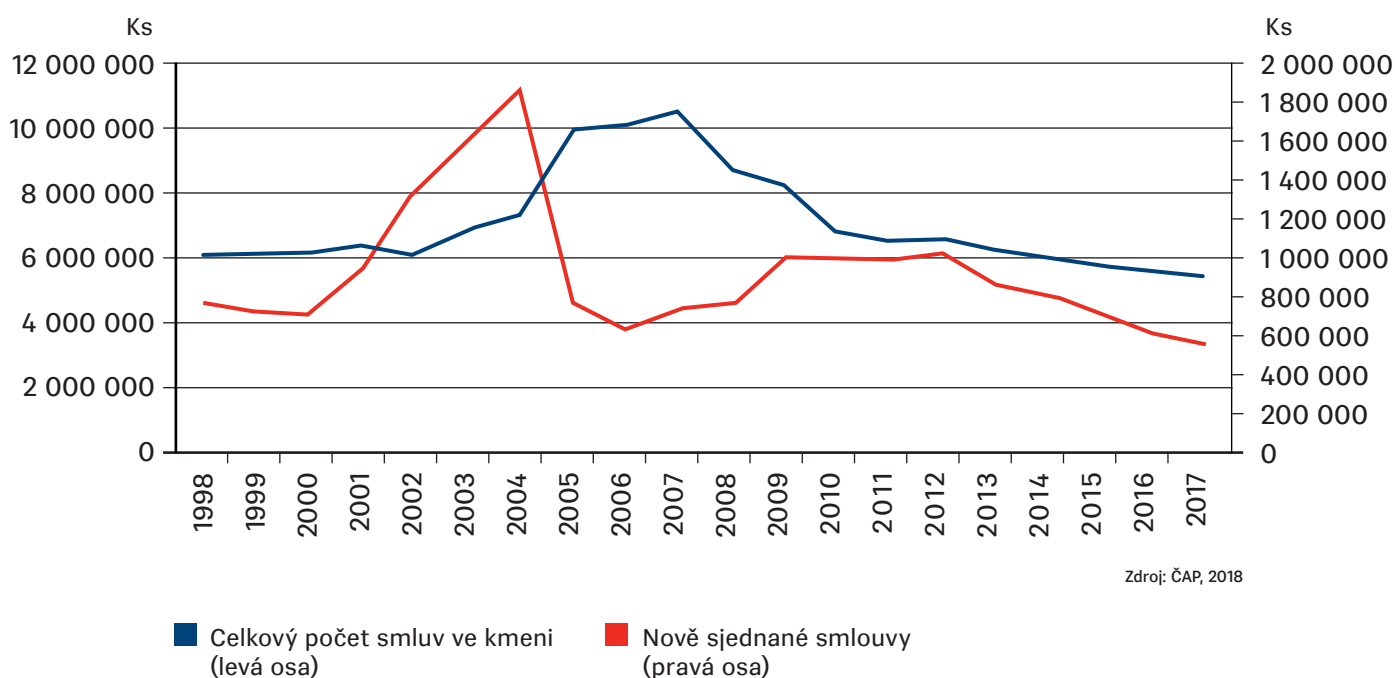
Graf 2: Struktura pojistného na nových smlouvách



Graf 3: Vývoj investičního životního pojištění



Graf 4: Celkový počet smluv životního pojištění ve kmeni a nově sjednaný počet smluv o životním pojištění



Komparace regulatorních režimů – distribuce životního pojištění

Nový zákon o distribuci pojištění a zajištění v souladu s cíli směrnice IDD přináší zcela nové parametry distribuce, zejména v oblasti životního pojištění. Pojďme si je představit na půdorysu IŽP. Zde totiž nejde jen o transpozici evropské

legislativy, ale – jak připouští i důvodová zpráva zákona – taktéž o snahu korigovat vysoký počet stížností spotřebitelů spojených s jeho distribucí (MF, 2017). Výsledkem je jednoznačně nejpřísnější regulatorní režim, který doposud poměrně liberální podmínky nahrazuje „kazajkou“ značně těsnou i ve srovnání s dosud silně regulovanými substituty (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Srovnání regulatorních režimů distribuce investičního životního pojištění a alternativních produktů (vybrané indikátory, stav k červnu 2018)

Fáze distribučního procesu	Investiční životní pojištění (zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích ² , směrnice IMD)	Doplňkové penzijní spoření (zákon o doplňkovém penzijním spoření)	Investiční fond kolektivního investování (zákon o podnikání na kapitálovém trhu, směrnice MiFID II)	Investiční životní pojištění (zákon o distribuci pojištění a zajištění, směrnice IDD)
Získání informací od zákazníka³	Zaznamenání požadavků, potřeb a důvodů pro doporučení, dále znalostí, zkušeností, finanční situace a vztahu k rizikům	Zjištění znalostí a zkušeností v oblasti financí a investičních nástrojů, do kterých účastnické fondy investují, tolerance a preference ve vztahu k riziku, cílů v rámci doplňkového penzijního spoření a preferencí ve vztahu ke strategii spoření	Zjištění odborných znalostí a zkušeností v oblasti investic (test přiměřenosti – nabízení); zjištění finančního zázemí, včetně schopnosti nést ztráty, a investičních cílů, včetně tolerance k riziku (test vhodnosti – poradenství)	Zjištění požadavků, cílů a potřeb zákazníka, rizik, kterým může být zákazník vystaven po dobu trvání pojištění, finanční situace zákazníka, znalostí a zkušeností zákazníka v oblasti investic, rizikové tolerance zákazníka a jeho schopnosti nést ztráty, právních vztahů zákazníka týkajících se dalších produktů finančního trhu
Poskytnutí informací zákazníkovi	Celkem 29 informačních okruhů	Celkem 21 informačních okruhů	Celkem 10 informačních okruhů	Celkem 40 informačních okruhů
Je vyžadováno individuální doporučení?	ANO Doporučení na základě analýzy požadavků a potřeb (analýza nabídky pojišťoven nepovinná)	NE Vyhodnocení, zda uzavření smlouvy o doplňkovém penzijním spoření a dohodnutá strategie spoření odpovídají cílům účastníka v rámci doplňkového penzijního spoření, jeho odborným znalostem a zkušenostem potřebným pro pochopení souvisejících rizik	NE Nabízení investičních nástrojů (přijímání a předávání pokynů); bez individualizovaného doporučení, na základě testu přiměřenosti ANO Investiční poradenství – poskytnutí individualizovaného doporučení zákazníkovi ohledně investičního nástroje, na základě testu přiměřenosti a vhodnosti; nezávislé poradenství – posouzení dostatečného množství investičních nástrojů na trhu, zákaz provizí	ANO Rada – analýza zjištěných informací a výběr z dostatečného počtu vhodných pojištních produktů, které může pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel distribuovat

Fáze distribučního procesu	Investiční životní pojištění (zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích ² , směrnice IMD)	Doplňkové penzijní spoření (zákon o doplňkovém penzijním spoření)	Investiční fond kolektivního investování (zákon o podnikání na kapitálovém trhu, směrnice MiFID II)	Investiční životní pojištění (zákon o distribuci pojištění a zajištění, směrnice IDD)
Záznam	Pouze záznam o požadavcích a potřebách	Záznam z jednání, zaznamenání získaných informací (tzv. „investiční dotazník“)	Záznam z jednání, zaznamenání získaných informací (tzv. „investiční dotazník“)	Záznam z jednání obsahující požadavky, cíle a potřeby zákazníka, doporučení a důvody, na kterých je pojišťovací zprostředkovatel zakládá
Důvěryhodnost distributorů	Úzké vymezení (úmyslný/majetkový trestný čin, úpadek, odnětí povolení k činnosti pojišťovacího zprostředkovatele)	Široké vymezení (zákon – jen obecná podmínka; detaily překážek a pochyb o důvěryhodnosti vymezuje úřední sdělení ČNB)	Široké vymezení (zákon – jen obecná podmínka; detaily překážek a pochyb o důvěryhodnosti vymezuje úřední sdělení ČNB)	Široké vymezení (zákon – jen obecná podmínka; detaily překážek a pochyb o důvěryhodnosti vymezuje úřední sdělení ČNB)
Odbornost distributorů	Středoškolské vzdělání a základní stupeň odborné způsobilosti (formální zkouška)	Maturita a odborná zkouška u akreditované instituce (platnost zkoušky pět let)	Maturita a odborná zkouška u akreditované instituce (platnost neomezená)	Maturita a odborná zkouška u akreditované instituce, následné vzdělávání v rozsahu 15 hodin ročně
Regulace odměn (pobídek) distributorů	Rozložení odměny do pěti let s možností výplaty zálohy (tj. pěti-leté lineární storno)	Pobídka může dosahovat maximálně 7% průměrné mzdy v ČR	Není (pouze obecná regulace přípustnosti pobídek)	Rozložení odměny do pěti let s možností výplaty zálohy (tj. pěti-leté lineární storno)

Zdroj: Autor článku za využití
podkladových zákonů

Před vlastním komentářem k jednotlivým režimům distribuce je třeba předznamenat, že tabulka 1 nezohledňuje povinnosti importované z evropské úrovně dalšími směrnici či nařízeními (operujícími zejména v oblasti informačních povinností – PRIIPs, UCITS apod.). Dále nejsou zahrnuty indikátory, ve kterých mezi uvedenými sektory neexistuje významný rozdíl, např. v oblasti registrací distributorů a souvisejících poplatků. I přes tato zjednodušení tabulka 1 jasným způsobem indikuje, že distribuční režim rezervotvorného (investičního) životního pojištění bude ve všech ohledech přísnější než dosavadní pravidla daná „starým“ zákonem o pojišťovacích zprostředkovatelích. Ba co víc, jde o přísnější režim nežli u všech (!) konkurenčně-substitučních produktů, včetně státem štědře dotovaného doplňkového penzijního spoření⁴, či na evropské úrovni velmi silně regulovaných investičních fondů, a to v situaci, kdy v nedávné době stát navýšil daňovou podporu životního pojištění, mj. silně směřující do oblasti investičních pojištění. O zcela deregulovaných kanálech,

jako je např. interní distribuce investičních společností, ani nemluvě.

Lze jistě namítat, že zde zvolený režim distribuce rezervotvorných produktů je ze všech produktových odvětví pojištění nejpřísnější. To je nepochybně pravda; nerezervotvorná pojištění mají zákonem stanoven režim mírnější, ať už co do informačních povinností, anebo nepovinné rady zákazníkům ve prospěch méně náročného mechanismu doporučení. Na druhou miskou vah lze ovšem položit požadavky vztahující se k vnitřnímu fungování společnosti, zejména k tzv. „řídícímu a kontrolnímu systému“. Jde o další balík nákladných administrativních procedur, které nyníjší pojišťovací agenty či makléře opět významně zasáhnou – ať už jde o produktové řízení, vnitřní kontrolu, či archivaci dokumentů. Jakkoliv jde většinou o povinnosti srovnatelné s dalšími produktovými sektory, pro mnohé distributory půjde doslova o revoluci.

Diskuze

Z provedených analýz vyplývají z pohledu autora tři hlavní teze, jejichž diskuze je předmětem následujících řádků. Tezí první je výrazně excesivní povaha nové (pře)regulace. Ačkoliv se v textech mnohých autorů (Daňhel a Ducháčková, 2012; Daňhel a Oborilová, 2016; Jedlička, 2015) objevují náznaky volání po přísnější zákonné regulaci distribuce životního pojištění, současně titíž autoři zpravidla volají po omezení plošné „extenzivní a represivní regulace“. Jak ukazuje výše uvedený rozbor, nové podmínky prodeje IŽP přesně takový extenzivní režim představují, a to i ve srovnání s jinak velmi svázanými investičními či penzijními produkty. I když tento krok „od extrému k extrému“ může mít ve světle skandálů spojených s investičním pojištěním určité opodstatnění, přeregulace tohoto produktu novými pravidly je dle názoru autora tohoto článku realitou – a to paradoxně za pokračování daňových zvýhodnění, která zcela protisměrně a iracionálně deformují trh i chování pojistníků a distributorů, jak již bylo postulováno dříve (Šindelář a Erben, 2017).

Druhou tezí je deformace produktové nabídky pojišťoven pod vlivem prokázané přeregulace. Ačkoliv z logických důvodů nemáme k dispozici teoretické ani empirické podklady, autor pokládá za zjevné, že nová pravidla distribuce představují komparativní znevýhodnění IŽP, které povede ke změnám v produktové nabídce pojišťoven. Tedy přesněji, ke stažení stávajících produktů postavených na investiční složce a jejich nahrazení čistě rizikovým pojištěním. Při všech negativních současných podobách IŽP, je-li toto skutečný cíl předkladatelů zákona, jde o sociální inženýrství *par excellence*. Tím spíše, že daný produkt na druhé straně tytéž státní orgány masivně daňově zvýhodňují.

Třetí tezí, vyplývající z provedené analýzy, je viditelné rozkolejení vývoje trhu s životním pojištěním a celkového makroekonomického vývoje. Dle očekávání empirických studií (Arltová a Kábrt, 2018; Šindelář, 2016) by vývoj „života“ měl výrazně souviset s makroekonomickými determinanty, zejména s ukazatelem HDP. Vývoj trhu především v letech 2008–2010 však poskytuje odlišný obrázek. Jde dost možná o důkaz toho, že pojištění na našem trhu definují mnohem spíše měkké mikroekonomické faktory (nastavení distribučního systému, behaviorální preference spotřebitelů) než tvrdý makroekonomický rámec. Odmítneme-li absurdní hypotézy o „nakupování, když je levně“, jak jinak vysvětlit boom (investičního) životního pojištění v tomto období? Pakliže závěrečná teze vykáže dlou-

hodobou platnost, dle názoru autora tím jen podtrhne zásadní roli státu pro efektivní (ne)fungování trhu – ať už na úrovni regulace, anebo daňových zásahů. Stát se však s touto odpovědností, soudě dle doprovodné zprávy RIA (*Regulation Impact Assessment*), popasoval velmi problematicky.

Závěr

Odvětví životního pojištění prochází v současné době složitým obdobím kontrakce a vnitřní restrukturalizace, spolu s určitou krizí důvěry zákazníků. Transpozice směrnice IDD v podobě nového zákona o distribuci pojištění a zajištění přináší do tohoto negativního vývoje další restriktivní impuls v podobě výrazného nárůstu regulatorních povinností. Autor má za prokázané, že zejména v oblasti rezervotvorného pojištění jde o bezprecedentní nárůst nových pravidel, který nicméně trh zasáhne v již sestupné fázi, s cca 10letým zpožděním. Tato erupce nových předpisů pro prodej (rezervotvorného) životního pojištění bude s vysokou pravděpodobností stimulovat hlubší změny a deformace na cílovém trhu a přinese výrazné transakční náklady. Ty je třeba vzít v potaz při budoucím hodnocení transpozice, stejně jako evaluaci situace v méně regulovaných odvětvích neživotního pojištění, jímž se tento text z obsahových důvodů nevěnuje. Při pomyslném „sečtení účtu“ za uplynulé dvě dekády fungování trhu s životním pojištěním by tyto náklady, účtované koncovým pojistníkům, věru chybět neměly.

Resumé

IDD transposition into Czech Law

This article discusses possible effects of IDD transposition into Czech Law and it is focusing on unit-linked insurance. Based on the quantitative analysis of the development of this insurance line of business in the Czech Republic, a comparison of regulatory regimes for unit-linked insurance distribution before and after the transposition is made in terms of information obligation and rules for negotiating with clients. Based on the analyses, the author concludes that the upcoming changes in unit-linked insurance distribution may pose another risk for the already stagnating market, mainly for the unit-linked insurance products. The Directive stipulates significant excessive distribution regulation which is most likely to further negatively influence the unstable market.

¹ IPID = *insurance product information document*.

² Analýza obsahuje také povinnosti zaváděné úředními sděleními ČNB.

³ Do této fáze distribučního procesu dále zasahují povinnosti z oblasti produktového řízení, zejména zjišťování souladu zákazníka s cílovým trhem.

⁴ Výjimkou je regulace pobídek, která je nejpřísnější právě u doplňkového penzijního spoření.



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

Použité zdroje

Arltová, M. – Kábrt, T. (2018). Hlavní determinanty ovlivňující poptávku po životním pojištění v České republice. *Politická ekonomie* 66 (3).

Česká asociace pojišťoven (ČAP) (2018). Vývoj pojištného trhu. Statistické údaje [on-line, cit. 7. 8. 2018]. Dostupné z: <http://cap.cz/statisticke-udaje/vyvoj-pojistneho-trhu>.

Česká národní banka (ČNB) (2018). Základní informace o životním pojištění podle odvětví životního pojištění [on-line, cit. 7. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.cnb.cz/cnb/STAT.ARADY_PKG.STROM_DRILL?p_strid=BC&p_lang=CS.

Daňhel, J. – Ducháčková, E. (2012). Některé aktuální problémy českého pojištného trhu. *Pojištné rozpravy* 29 (2012).

Daňhel, J. – Oborilová, M. (2016). Pojištné trhy jsou po krizi ve stavu rekonvalescence. *Scientia et Societas* 3 (8).

European Commission (EC) (2017). EU laws improving the way insurance products are sold. [on-line, cit. 7. 8. 2018]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/insurance-and-pensions/insurance-distribution_en.

Jedlička, P. (2015). Srovnání statistik ČAP a ČNB: zprostředkování má systémový problém. *Pojištný obzor* 2 (2015).

Karčíková, M. – Vybíral, R. (2017). Nový zákon o spotřebitelském úvěru ve vazbě na sektor pojištnictví. *Pojištné rozpravy* 34 (2017).

Kábrt, T. (2016). Analýza vlivu makroekonomických veličin na předepsané pojištné u životního pojištění v České republice, Německu a Spojených státech amerických. *Český finanční a účetní časopis* 2 (2016).

Ministerstvo financí ČR (MF) (2017). Důvodová zpráva k návrhu zákona o distribuci pojištění a zajištění. Praha, Česká republika: Oddělení retailové finanční služby a ochrana spotřebitele na finančním trhu.

Šindelář, J. (2016). Kvantitativní prognóza poptávky po životním pojištění v ČR v letech 2015–2018: makroekonomický růst versus odvětvová restrukturalizace. *Český finanční a účetní časopis* 1 (2016).

Šindelář, J. – Erben, M. (2017). Problémy v distribuci finančních produktů: selhání trhu anebo regulace? *Český finanční a účetní časopis* (3) (2017).

Měření výkonnosti pojišťoven podle IFRS 17

Imrich Lozzi / Tools4f

Mezinárodní standard pro účetní výkaznictví pro pojistné smlouvy IFRS 17 se po dlouhém období příprav stává realitou. Pojišťovny, jichž se požadavky standardu týkají, se připravují na jeho implementaci, která pro ně bude povinná pro všechna roční účetní období počínající 1. lednem 2022 nebo později.

Současně s přípravami na nový systém výkaznictví probíhají rovněž diskuze o tom, jak budeme výsledky pojišťovny měřit na základě nově vykazovaných informací. Vzhledem ke značné komplexnosti a také nejasnostem, na které při zavádění IFRS 17 narážíme, zaznívají v této diskusi rovněž kritické hlasy, podle kterých jsou připravované změny tak rozsáhlé, že po jejich implementaci bude obtížné pojišťovnu řídit. Někteří se proto ptají, zda tento nový standard vůbec potřebujeme.

Oprávněnou diskuzi o potřebnosti IFRS 17 ale ponecháme v tomto článku stranou. Článek si klade za cíl ukázat, že požadavky IFRS 17 jsou pouze alternativním, ale také značně podrobnějším pohledem na totéž. Pojďme proto o zásadních rozdílech mezi stávajícím účetnictvím a účetnictvím sestaveným dle požadavků IFRS 17, stejně jako zavedeme a vysvětlíme některé nové pojmy, které se ve výkazech sestavených dle IFRS 17 objeví. Následně se budeme zabývat předpokládanými dopady těchto nových informací pro řízení a měření výkonnosti pojišťovny.

1 Výkaznictví podle IFRS 17

Účetnictví sestavené dle konkrétního standardu ukazuje zisk nebo ztrátu účetní jednotky v souladu s konvencemi platnými v daném standardu. V případě účtování o víceletých závazcích z pojistných smluv je vliv těchto konvencí obzvláště důležitý, protože mohou významným způsobem měnit rozložení zisků a ztrát z těchto smluv během jejich života. Volba způsobu ocenění závazků z pojistných smluv je tedy zcela zásadní z hlediska posuzování jejich ziskovosti. Přitom platí, že závazek ovlivňuje rozložení zisků v čase, nikoliv však jejich celkovou skutečnou výši.

IFRS 17 mění především způsob výpočtu závazků z pojistných smluv a zavádí zcela nová pravidla pro jejich čerpání v průběhu jejich života, čímž významně ovlivňuje vykazování zisků a ztrát. Závazek podle IFRS 17 musí být stanoven

podle současných předpokladů, a nikoli podle těch historických, platných při sjednání smlouvy. Způsob tvorby a čerpání komponent závazku podléhá konkrétním požadavkům, čímž se ovlivňuje budoucí zisk.

1.1 Způsob výpočtu závazků

Na rozdíl od současného účetnictví, ve kterém je závazek vykázan jako jedna obezřetně stanovená hodnota, IFRS 17 požaduje rozložení závazku na jeho komponenty, konkrétně na současnou hodnotu budoucích peněžních toků (PV_CF), úpravu o riziko (RA) a smluvní servisní marži (CSM). Smluvní servisní marže musí být stanovena tak, aby byl závazek z pojistné smlouvy při jeho sjednání roven nule.

O jednotlivých složkách závazku se pak účtuje zvlášť a ty jsou následně samostatně vykázané rovněž ve veřejné účetní závěrce. Uživatel výkazů IFRS 17 se tedy doví, jaká část závazku odpovídá nejlepšímu odhadu peněžních toků, kolik činí vliv diskontování a jak vysoká je úprava o riziko, resp. jak velkou část závazku tvoří dosud nevykázaný zisk. Z informací zveřejněných podle stávajícího účetnictví nejsou zřejmé ani výše rizikových marží, ani přebytků a dovíme se pouze to, že vykázaný závazek je postačitelý (v některých standardech ani to ne). Aplikace pravidel IFRS 17 tedy vede k větší transparentnosti ohledně míry obezřetnosti v závazcích.

1.2 Vykazování zisku a ztráty

Definice zisku a ztráty podle IFRS 17 je v souladu s výše uvedenou logikou stanovení závazků. Zisk nebo ztráta se projeví jako rozdíl mezi tvorbou či čerpáním závazku a nastalých peněžních toků, přičemž změny jednotlivých složek závazku se mají vykazovat odděleně. Tvorba a čerpání jsou vždy odhady; nastalé peněžní toky mohou být novými odhady (např. tvorba rezervy na nastalé škody) nebo skutečností (např. skutečně vyplacená škoda, zaplacená provize, provozní náklad). Peněžní toky se tedy v tomto kontextu nemají chápat doslovně.

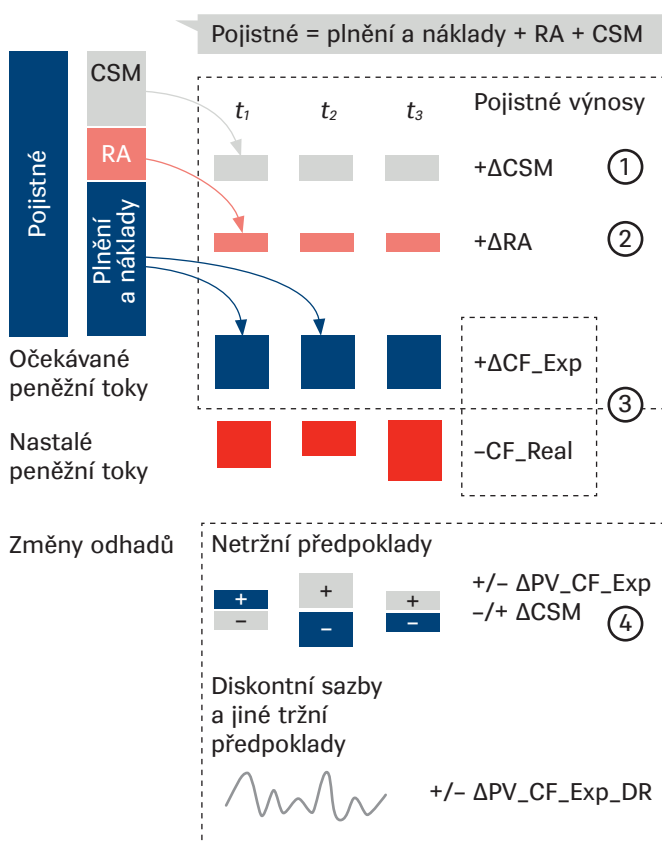
Při sestavování výsledku za dané účetní období je třeba samostatně identifikovat tyto komponenty:

- čerpání smluvní servisní marže úměrně objemu poskytnutých služeb (+ΔCSM);
- čerpání úpravy o riziko v souladu s vypršením části rizika (+ΔRA);
- rozdíl mezi původními odhady peněžních toků a nastalou skutečností (+ΔCF_Exp – CF_Real);

- změny odhadů budoucích peněžních toků na konci účetního období, které se dělí na změny: a) netržních předpokladů s vlivem na hodnotu CSM ($\pm \Delta PV_CF_Exp$ $\pm \Delta CSM$); b) diskontních sazeb a jiných tržních předpokladů s vlivem na výsledek daného roku nebo hodnotu vlastního kapitálu ($\pm \Delta PV_CF_Exp_DR$).

Mechanismus tvorby zisku znázorňuje schéma 1. V následující části si podrobněji vysvětlíme význam jeho jednotlivých položek.

Schéma 1: Schéma tvorby zisku podle IFRS 17



Zdroj: Imrich Lozsi

1.2.1 Čerpání smluvní servisní marže v souladu s objemem poskytovaných služeb

Jedná se o čerpání části smluvní servisní marže připadající na dané účetní období. Objem čerpání, a tudíž i související zisk mají být stanoveny na základě poměru mezi objemem poskytnutých služeb za uplynulé účetní období a očekávaným objemem poskytnutých služeb za zbývající dobu smlouvy (*Coverage Units*). Čerpání smluvní servisní marže se vykazuje jako „součást pojistných výnosů“ (*Insurance Revenue*).

1.2.2 Čerpání úpravy o riziko v souladu s vypršením části rizika

Jedná se o čerpání části úpravy o riziko připadající na dané účetní období. Objem čerpání a související zisk mají být úměrné objemu vypršeného rizika za toto účetní období, tj. tato část zisku se vykazuje podle úbytku objemu rizika. Čerpání úpravy o riziko, obdobně jako čerpání smluvní servisní marže, tvoří součást pojistných výnosů.

1.2.3 Rozdíl mezi původními odhady a nastalou skutečností

Účetní zachycení této položky závisí na charakteru konkrétního peněžního toku, který je v ní obsažen. Pokud se jedná o pojistná plnění nebo náklady, rozdíl mezi původními odhady a nastalou skutečností patří do výsledku daného účetního období. Tato část výsledku vzniká jako rozdíl mezi čerpáním závazku ve výši původních očekávaných odhadů (ΔCF_Exp) a nastalými pojistnými plněními a náklady (CF_Real). Tyto veličiny se vykazují na zvláštních řádcích, přičemž čerpání závazku ve výši původních odhadů patří do pojistných výnosů; nastalá pojistná plnění a náklady ukazují aktuální vývoj v daném období.

Rozdíl mezi očekávanými a skutečnými investičními složkami jednotlivých plnění se účetně zachytí pomocí úpravy smluvní servisní marže. Čerpání závazku na krytí očekávaných investičních složek tedy není součástí pojistných výnosů.

Rozdíl mezi očekávaným a skutečně přijatým pojistným patří do výsledku daného, resp. budoucích účetních období podle toho, zda se jedná o zaslouženou nebo nezaslouženou část. V obou případech se ukazuje pouze saldo; očekávané ani skutečně přijaté pojistné ve výkazech sestavených dle IFRS 17 nevidíme. Rozdíl mezi očekávaným a skutečně přijatým pojistným zohledňuje mj. také vliv odpisů pohledávek za pojistníky. Tento parametr se pod standardem IFRS 17 vykazuje nezvykle, na straně závazků.

1.2.4 Změny odhadů na konci účetního období

Vliv změn odhadů na konci účetního období se účtuje podle toho, zda se jedná o změny v důsledku netržních nebo tržních předpokladů. Vliv změn netržních předpokladů (storen, úmrtnosti, nákladů apod.) se zohledňuje pomocí úprav smluvní servisní marže, kdy změna hodnoty odhadu budoucích peněžních toků a související úpravy o riziko se propíší ve stejné hodnotě, ale s opačným znaménkem do hodnoty smluvní servisní marže. Celkový závazek tedy zůstane zachován a snižuje se tak volatilita vykazovaných výsledků. Hodnota úpravy servisní marže se stanoví z odhadů vypočtených diskontní sazbou platnou ke dni počátečního vykazání smlouvy. Pokud změna odhadů budoucích peněžních toků a související rizikové marže převyší aktuální zůstatek servisní marže, vzniklá ztráta se zaúčtuje v plné výši. Vliv změny diskontních sazeb se účtuje podle účetní politiky pojišťovny buď do výsledku daného účetního období, nebo se o tuto hodnotu upraví zůstatek oceňovací rezervy ve vlastním kapitálu.

2 Vliv IFRS 17 na měření výsledků pojišťovny

V této části si ukážeme, jak se mohou změnit některé běžně používané ukazatele výkonnosti pojišťovny pod standardem IFRS 17.

2.1 Roční zisk

Pro ilustraci dopadů na vykazovaný roční výsledek pojišťovny jsme si zvolili hypotetický příklad pětileté smlouvy kapitálového životního pojištění; závazek z ní jsme oceňovali obecným modelem IFRS 17. Abychom ukázali co nejvíce dopadů, byl namodelován výkaz zisku a ztráty po celou pětiletou dobu platnosti smlouvy, tj. včetně reálných peněžních toků a vlivu změn předpokladů v čase.

Původní odhady závazků na začátku každého roku byly na jejích konci průběžně aktualizovány, a to jak z důvodu změn pojištění-technických předpokladů, tak z důvodu změn diskontních křivek. Vliv rozdílů mezi odhady a skutečností v rámci každého daného roku byl účtován do výkazu zisku a ztráty.

Z důvodu lepší srovnatelnosti se stávajícím způsobem vykazování jsme výkaz zisku a ztráty sestavili rovněž v obvyklém formátu, který se používá v současnosti. Tento výkaz uvádí tabulka 1.

Pro přechod na IFRS 17 je nutné meziroční změny závazku dále rozložit, a to na komponenty definované ve schématu 1. Výsledkem bude uvedený formát zobrazení.

Tabulka 1: Skutečné zisky a ztráty během života smlouvy (stávající formát prezentace)

	2021	2022	2023	2024	2025
Předepsané pojistné	–	150,0	122,0	113,0	93,0
Předepsané vs. skutečně přijaté pojistné	–	–2,0	1,0	–2,0	1,0
Skutečná plnění a náklady	–	–19,0	–52,0	–66,0	–265,0
Změna stavu rezerv	–	–108,2	–50,1	–32,7	191,0
Investiční výnos	–	5,2	5,4	6,1	6,8
Zisk nebo ztráta	–	26,0	26,3	18,4	26,8

Závazek podle IFRS 17 se skládá ze tří komponent (viz tabulka 2).

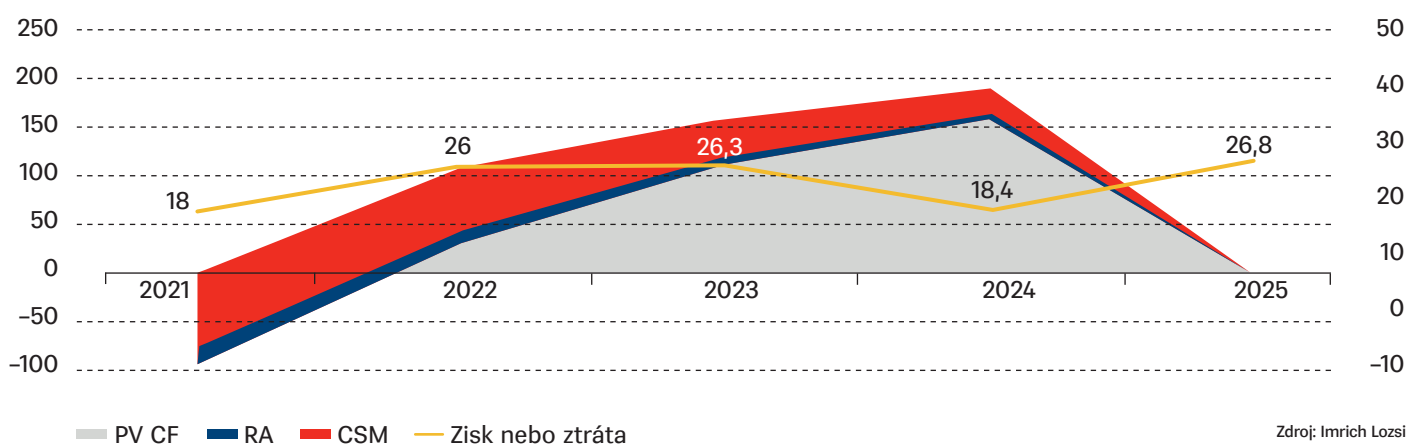
Tabulka 2: Průběh závazku během života smlouvy

	2021	2022	2023	2024	2025
PV CF	-94,0	29,4	111,4	158,7	0,0
RA	20,0	14,6	10,1	5,3	0,0
CSM	74,0	64,2	36,8	27,1	0,0
Celkem	0,0	108,2	158,3	191,0	0,0

Zdroj: Imrich Lozsi

Situaci znázorňuje graf 1, který ukazuje informace z výše uvedených tabulek souhrnně.

Graf 1: Průběh závazku a ročních zisků dle IFRS 17



Zdroj: Imrich Lozsi

Celkový zisk ani jeho rozložení se pouhou změnou formátu zobrazení nemění. Větší detail pohledu na stejné meziroční změny nám ale poskytuje několik nových informací:

- Objem pojištných výnosů – odpovídá součtu čerpání CSM, RA a očekávaných pojištných plnění a nákladů, tj. prvních tří řádků tabulky 3. Vzhledem k tomu, že se

zde nebudou vykazovat investiční složky pojištných plnění, objem pojištných výnosů vypovídá o podílu pojištných složek v jednotlivých produktech.

- Rozdíl mezi odhady (očekávaná plnění a náklady) a skutečností (skutečná plnění a náklady) – srovnáním těchto veličin může uživatel účetní závěrky získat informaci o přesnosti a spolehlivosti aktuárského modelování a též o volatilitě daného byznysu. Informace o rozdílu odhadů

a skutečnosti vypovídá o kvalitě aktuárského modelování a související tvorby předpokladů.

- Rozdíl mezi očekávaným a skutečně přijatým pojistným – prezentuje se v samostatném řádku, ale bez objemové informace, pouze jako saldo. Informaci o výši očekávaného i přijatého pojistného si však uživatel účetní závěrky může dohledat v příloze účetní závěrky, kde budou tyto veličiny součástí povinně zveřejňovaných analýz změn závazků.
- Frekvence a dopady změn předpokladů – vliv změny netržních předpokladů ani související úpravy CSM se sice ve výkazu zisku a ztráty neobjeví tak, jak je uvedeno v tabulce 3, přesto platí, že z analýz pohybů závazků v příloze bude zřejmé, jak velké změny předpokladů pojišťovna provedla v daném roce. Tento vliv se na rozdíl od současného stavu nevykáže jako zisk ani ztráta daného období, ale rozloží se v čase do budoucna pomocí úpravy CSM. Výjimku tvoří pouze případná ztráta (vyčerpání CSM), která se musí zaúčtovat okamžitě.
- Vliv tržní volatility na vykazované výsledky – analýza investičního výsledku ukáže jednak samotnou volatilitu vyplývající ze

změn tržních podmínek a jednak kvalitu ALM ve společnosti. Vliv diskontu na aktiva i závazky může pojišťovna vykazovat buď jako součást výkazu zisku a ztráty, nebo jako součást ostatního úplného výsledku, tj. ve vlastním kapitálu.

2.2 Nový obchod

Má se za to, že zavedením IFRS 17 se do vykazovaných výsledků promítne také hodnota nového obchodu. Ta může být reprezentována objemem nově vytvořené CSM v daném roce. Předpokládáme, že tento parametr zůstane důležitým hodnotícím kritériem úspěšnosti pojišťovny, i když samotná srovnatelnost těchto údajů mezi jednotlivými pojišťovnami může být obtížnější, a to kvůli množství různých přístupů při výpočtu počáteční CSM.

Jedním z nejdůležitějších parametrů ovlivňujících hodnotu počáteční CSM budou předpoklady o nákladech, které jsou zahrnuty do ocenění. IFRS 17 vyžaduje zahrnutí pouze přímo přiřaditelných nákladů, přičemž definice tohoto pojmu není zcela zřejmá a bude záviset na konkrétní účetní politice každé

Tabulka 3: Skutečné zisky a ztráty během života smlouvy (formát IFRS 17)

IFRS 17 formát	2021	2022	2023	2024	2025
Čerpání CSM	–	23,4	19,9	28,7	28,7
Čerpání RA	–	5,5	5,1	6,1	5,9
Očekávaná plnění a náklady	–	16,0	50,0	54,0	258,0
Skutečná plnění a náklady	–	–19,0	–52,0	–66,0	–265,0
Předepsané vs. skutečně přijaté pojistné	–	–2,0	1,0	–2,0	1,0
Změny odhadů – netržní předpoklady	–	11,4	–10,0	17,1	0,0
Úpravy CSM	–	–11,4	10,0	–17,1	0,0
Pojistně-technický výsledek	–	23,9	24,0	20,7	28,6
Investiční výnos	–	5,2	5,4	6,1	6,8
Úrok na závazku	–	0,0	–4,2	–7,8	–11,3
Změny diskontních sazeb	–	–3,1	1,1	–0,6	2,7
Investiční výsledek	–	2,1	2,3	–2,3	–1,8
Zisk nebo ztráta	–	26,0	26,3	18,4	26,8

pojišťovny, jak budou tyto náklady interpretovány. Je jasné, že se bude jednat o významný parametr ovlivňující ziskovost.

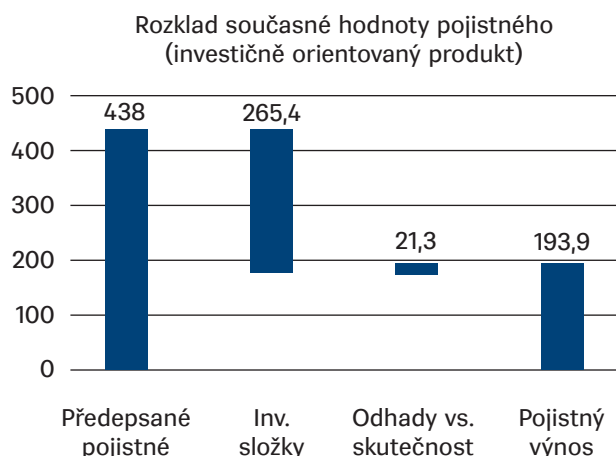
Je ovšem nutné poukázat i na to, že prostor pro případnou subjektivitu při tvorbě předpokladů bude omezený. Vykáže-li pojišťovna vysokou počáteční CSM stanovenou podle nerealistických předpokladů, skutečné peněžní toky, resp. potřeba detailního vykazování výsledků v dalších letech, povedou k významným změnám v objemu CSM. Výkazy IFRS 17 tedy poskytnou informaci nejen o počáteční ziskovosti, ale také o jejím vývoji v čase. To může působit jako důležitá incentiva pro dlouhodobé řízení společnosti.

2.3 Tržní podíl

Má-li být nahrazen stávající způsob vykazování tržního podílu pomocí předepsaného pojištného novou metrikou, která je součástí výkazů dle IFRS 17, nabízí se použití pojištného výnosu. Do pojištných výnosů za dané účetní období patří čerpání závazku, které vzniká v důsledku změn smluvní servisní marže, úpravy o riziko, resp. z důvodu očekávaných pojištných plnění a nákladů. V důsledku způsobu výpočtu smluvní servisní marže při sjednání smlouvy (dopočet do výše nulového závazku) platí k datu počátku smlouvy následující vztah:

$$\begin{aligned} PV(\text{Pojištné}) &= CSM + RA + PV(\text{plnění a náklady}) \\ &= CSM + RA + PV(\text{pojištná plnění a náklady}) \\ &\quad + PV(\text{investiční složky}) \\ &= PV(\text{pojištný výnos}) + PV(\text{investiční složky}) \end{aligned}$$

Graf 2: Předepsané pojištné vs. pojištný výnos (investičně orientovaný produkt)



Zdroj: Imrich Lozsi

Výše pojištného výnosu je ovlivněna objemem investičních složek v produktech, a bude proto indikovat, zda daná pojišťovna prodává spíše investice, nebo produkty s významným podílem pojištných rizik.

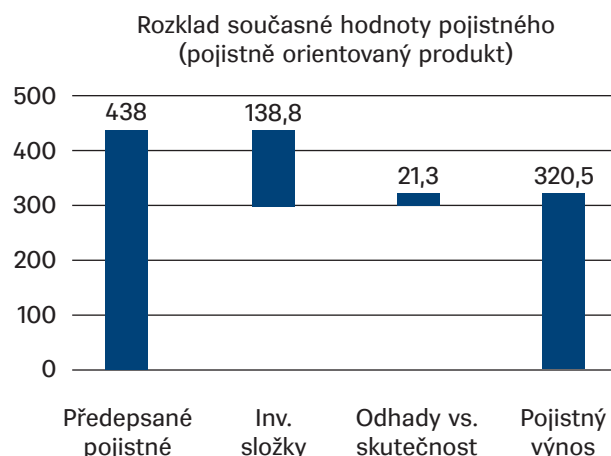
Pro ilustraci uvádíme dvě modelové situace (viz graf 2 a 3), do nichž jsme zahrnuli rovněž vliv rozdílů mezi odhady a skutečností, které vzniknou v průběhu života smlouvy. Celkové peněžní toky obou smluv jsou stejné, mění se pouze poměr mezi investiční a pojištnou složkou plnění. Z vykazovaného objemu pojištného výnosu se dá odvodit, jaká je převažující struktura obchodu dané pojišťovny.

3 Závěr

Předkládané příklady ukazují, že výsledky podle IFRS 17 jsou detailnějším zobrazením stejných výsledků, jaké bychom získali, pokud bychom stejné závazky a peněžní toky vykazovali ve stávajícím formátu. Základní myšlenka standardu tedy není příliš složitá – spočítat závazek podle současného nejlepšího odhadu, rozložit ho na komponenty a na základě změn těchto komponent účtovat definovaným způsobem.

Potíže ovšem vznikají, když tato teorie narazí na realitu v konkrétní pojišťovně ať již ve formě dostupnosti potřebných dat, a/nebo nejednoznačnosti některých požadavků standardu, zejména v souvislosti s úrovní agregace, otázek

Graf 3: Předepsané pojištné vs. pojištný výnos (rizikově orientovaný produkt)



Zdroj: Imrich Lozsi

separace složek smluv či vlastností dostupných oceňovacích modelů. Čas do implementace je krátký, proto se ukazuje, že s těmito nejasnostmi budeme muset žít a bude nutné přijmout některá pragmatická rozhodnutí, abychom na IFRS 17 byli připraveni včas.

Zavedením IFRS 17 se mění pohled na měření výkonnosti pojišťovny, a to zásadně. Místo stávajícího způsobu vykazování budeme mít k dispozici mnohem podrobnější informace, a je proto zcela na nás, jak s nimi naložíme, jak je využijeme pro své cíle. IFRS 17 má tedy zcela jistě potenciál přispívat k budoucím změnám oboru pojištnictví.

Resumé

Measuring the performance of insurance companies according to IFRS 17

IFRS 17 insurance contracts became reality after a long period of preparation. Insurance companies affected by requirements of the standard are preparing for its implementation which will be mandatory for all reporting periods starting from January 1, 2022 or later. In parallel with the preparations for the new system of reporting, there are ongoing discussions on approach to measurement of the insurers' performance based on the new reported information. Given the complexity and lack of clarity in certain areas of the IFRS 17 implementation, there are some concerns that the prepared changes are so extensive that it will be very hard to manage an insurance company once the changes are implemented. Some are even questioning whether do we really need such dramatic change in the accounting for insurance contracts.

Aktuální změny paradigmat pojistné teorie a praxe v návaznosti na dynamiku společenského vývoje

Prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc. / Vysoká škola ekonomická v Praze
Prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc. / Vysoká škola ekonomická v Praze
Doc. RNDr. Jarmila Radová, Ph.D. / Vysoká škola ekonomická v Praze

V současném komplexním globálním světě se ekonomické kategorie proměňují v ještě větší míře než doposud. Do ohniska zájmu empirických a behaviorálních ekonomů a kognitivních psychologů se v uplynulých třech dekáдах dostalo rozhodování ekonomických subjektů v nejistých podmínkách. Nové pohledy na tento typ rozhodovacích situací značně modifikují dosavadní doporučení pro subjekty-rozhodovatele.

Mezi nejvýznamnější osobnosti, které nejvíce ovlivnily názory odborné veřejnosti na některé aspekty rozhodování s nejistými výsledky, patří zejména N. N. Taleb a D. Kahneman. Jejich úvahy se významně dotýkají paradigmat kategorií pojištění a pojišťovnictví. Cílem tohoto příspěvku je zamyslet se nad modifikacemi, jimiž v těchto souvislostech prochází pojistná teorie a paradigmata kategorií pojištění a pojišťovnictví, a také nad dopadem významných změn ekonomického prostředí pro praktické fungování těchto kategorií.

1 Poslední vývoj metodologické a filozofické fundace kategorií pojistné teorie

Pro aktuální hledání východisek výkladu probíhajících významných změn v paradigmatech pojištění a pojišťovnictví je nespornou prioritou dosažení konzistence teoretických přístupů s metodologickou a filozofickou fundací těchto pojmů. Praktický důvod je zřejmý: zatím stále nevyvratitelné axiomy o nepředvídatelnosti externího světa, o nepredikovatelnosti budoucnosti a o neexistenci nejlepšího řešení je nutno anticipovat v souladu s posledními poznatky pojistné teorie do rozhodovacích procesů ekonomických subjektů.

Exaktní analýza typických rozhodovacích situací souvisejících s pojištěním a pojišťovnictvím vyúsťuje v závěry, že míra neúplnosti zobrazení stavů světa v lidském vědomí naplňuje matematicky spíše než rizika, kdy je rozdělení pravděpodobnosti náhodné veličiny známé, rysy nejistoty,

kdy rozdělení neznáme, a neurčitosti, kdy neznáme ani seznam „rozhodnutí“ náhodného generátoru. Vzhledem k problémům s integrací typicky nedialektických disciplín matematiky a k počtu pravděpodobností v moderním typu racionality obecně a ve společenských vědách, včetně pojistné teorie specificky, je v důsledku jevů s nejednoznačnými nebo nejistými výsledky bez exaktního odůvodňování a metodologicko-filozofické fundace historicky setrvačně, a tedy i nepřesně používán pojem „riziko“.

V této souvislosti nutno poznamenat, že v ekonomické teorii jsou poslední dekady poznamenány vlivem stoupenců vyšší formalizace a axiomatického pojetí ekonomické vědy s hlavním představitelem prof. Samuelsonem. Kromě nadměrného důrazu na teorii racionální volby – pouze jednu ze škály multikriteriálního rozhodování ekonomického subjektu – a obecně insuficience z pozic nedialektičnosti matematické vědy je další aktuální výtkou k tomuto pojetí ekonomie poukaz na skutečnost, že matematické modely ponechávají zcela stranou závažnou otázku etiky ekonomických interakcí, a tudíž mohou vést (a bohužel vedou) k jisté toleranci spekulativního, až podvodného jednání.

Představa o vždy racionálně, podle exaktních, matematických doporučení se chovajícím *homo oeconomicus* je v reálném životě pro své příliš silné předpoklady neopodstatněná, což prokazuje jak empirie, tak i kognitivní psychologie. Navíc v globální komplexní éře nastávají jevy, které pravděpodobnostní modely hodnotí jako okrajové, a jejich důsledky do modelových predikcí tudíž ani nezahrnují; tyto jevy se pak ale reálně dějí.

Stále více teoretiků se přiklání k názoru, že ekonomie není exaktní vědou, a snaha o její vyšší matematickou formalizaci a rigorozitu, charakteristická pro normativní ekonomii posledních desítek let, se evidentně nejeví jako úspěšná, a to včetně hledání matematických modelů k zvládnutí procesů s nejistými výsledky. Ekonomická teorie, která by z praktického ekonomického života dokázala zcela odstranit volatilitu a přirozenou nestabilitu vývoje, je zřejmě utopií.

Pro paradigma kategorií pojištění a pojišťovnictví formulovaná kontroverzní idea o zvládnutí nahodilosti je pozůstatkem na konci 20. století populárního směru *risk based approach*, jehož vyznačiči měli představu, že se lze snadno vypořádat s důsledky nejistých podmínek, protože se dají snadno modelovat a kvantifikovat. Hlavní metodologickou výhradou k tomuto postupu je přesvědčivá argumentace empirického ekonoma N. N. Taleba¹, že náhodným mechanismem vygenerovanou „nеспoutanou“ nahodilost – talebovskou černou labuť, která je protipólem k v kasinu fungující nahodilosti „gaussovské, uspořádané“ – matematickým modelem a z něj vypočteným skalárem prostě predikovat a kvantifikovat nelze. Tento axiom je velmi důležitý pro přístup komerčních pojišťoven především ke katastrofickým událostem velkého dosahu, ale i k predikci nahodilým mechanismem vygenerovanému škodnímu průběhu pojistných produktů vůbec. Oproti vyznačičům přístupu *risk based approach* Taleb zastává přesně opačný názor: fundamentálně nepředvídatelné jsou podle něj společenské vědy, trhy, politika a s nimi celá společnost, to vše navzdory podle autora velmi sporným, leč úporným snahám ekonomů, prognostiků, matematiků, statistiků a dalších akademických odborníků a teoretiků².

Aplikujeme-li tento dílčí závěr na problém řešení objektivní expozice vůči nahodilosti pojištěním, pak musíme konstatovat, že potenci ekonomického subjektu k realizaci negativních důsledků „neuspořádané“ nahodilosti exaktně *a priori* matematickou veličinou kvantifikovat nelze. Ani další vědní disciplíny na podporu rozhodování subjektu při volbě rozhodnutí v této situaci ohledně volby pojištění příliš nepomohou. Lidský subjekt je pro tento typ predikce ohledně možné budoucí realizace nahodilých nebezpečí velmi špatně vybaven. Navíc u těchto typů rozhodovacích problémů vedle kvantifikovatelných a měřitelných parametrů jsou rozhodovacími komponenty i prvky z „měkkých“ vědních oborů, zejména kognitivní psychologie, jak prokázal svými pracemi na toto téma D. Kahneman³, ale např. i sociologie a dalších. Považujeme za prokázané, že každý subjekt má svůj individuální vztah k situacím, kdy důsledky rozhodnutí ve výši možné ztráty volí náhodný mechanismus, a každý jednotlivý subjekt má pro tyto situace svou individuální funkci užitku a svůj systém preferenčních relací.

Pokusné zjišťování individuálních preferencí či tzv. „averci k riziku“ naznačuje, že u běžných lidí se zřejmě objevuje podstatně vyšší míra psychologické bolesti ze ztráty, než

je míra psychologického blaha ze zisku stejné výše; z toho obecně plyne, že subjekty dávají přednost spíše jisté malé ztrátě před možností velké ztráty. Tato teze pak poskytuje odpověď na kardinální otázku, zda proti nahodilým nebezpečím uzavřít pojištění, a vysvětluje, proč se lidé pojišťují, ač z normativního hlediska dávají přednost účasti v jevu nebo pokusu s nižší hodnotou výhry – komerční pojišťovna z vybraného pojistného musí zaplatit všechny škody, své náklady správné režie, a navíc vydělat. Formální model podporující a vysvětlující tyto úvahy na kahneimanovské téma, slavný Petrohradský paradox již svého času publikoval první behaviorista svého druhu, Daniel Bernoulli⁴.

Rozhodovací situace spojené s pojištěním a pojišťovnictvím je možno většinou charakterizovat jako rozhodovací problémy při nejistotě a neurčitosti s výrazně omezenými možnostmi predikce budoucích výsledků. Čistě „sterilizovanou“ nahodilost, tedy typický rozhodovací problém při riziku s apriorními znalostmi rozdělení pravděpodobností, lze v odvětví pojišťovnictví pozorovat prakticky pouze u rizikových produktů životního pojištění, kdy úmrtnostní tabulky spolehlivě deklarují platné rozdělení pravděpodobností dožití se xtého roku věku člověka. U neživotních produktů jde z hlediska projevů nahodilosti o rozhodovací problémy při nejistotě, nebo u katastrofálních realizací dokonce při neurčitosti. Z tohoto dílčího závěru budeme vycházet při dalším postupu zkoumání.

2 Poslední vývoj definice pojištění a míra dodržování principu ekvivalence

Podíváme-li se zpět, pak historicky nejrozvinutější pojistná teorie u nás je spojena s teorií financí, která měla v době výlučných marxistických schémat největší naději na život. Základní aplikační přístup byl v podstatě jednoduchý: K obecné podstatě jednotlivých složek financí, již byla chápána tvorba, rozdělování a užití peněžních fondů, byla pro pojištění doformulována specifická část definice, odlišující navzájem jednotlivé složky financí a charakterizující, co je pro tuto složku zvláštní. Pro pojištění podle většinových definic bylo jako zvláštní specifikováno, že se jedná o tvorbu, rozdělování a užití pojistného fondu určeného k úhradě potřeb, které jsou v jednotlivých případech náhodné, vcelku však odhadnutelné.

Tím, že „pojistný fond“ byl určen na krytí náhodných finančních potřeb, byl současně obecně přiřazen ke ka-

tegorii finančních rezerv. Pro odlišení pojistného fondu od jiných peněžních rezervních fondů většinové definice pojištění požadovaly, aby se fond tvořil pojistnou metodou, tedy v závislosti na míře ohrožení negativní nahodilostí, a aby zmíněné náhodné finanční potřeby byly matematicky měřitelné, tj. vcelku odhadnutelné. Obecně byly rezervy definovány jako „dočasně volné materiální či peněžní prostředky a kapacitní zdroje potenciálně určené k úhradě náhodných (pojistitelných) potřeb“.

Akcentem na nahodilost jakožto specifickou stránku pojištění, představujícího složku financí, byla u nás učiněna vcelku únosná konjunkce mezi tehdy západní teorií risk managementu a ideologizovanou ekonomickou teorií totalitních let. Pro toto období je symptomatické, že teorie vznikala až jaksi dodatečně: pojištnictví u nás po znárodnění dále fungovalo i v silně deformovaném ekonomickém prostředí; na empirickou praxi pak byla dodatečně naroubována svým způsobem únosná finanční teorie.

Většinové finanční definice tedy charakterizovaly pojištění jako „vztahy tvorby, rozdělování a užití pojistného fondu k úhradě peněžních potřeb vznikajících ekonomickým subjektům v souvislosti s měřitelnými negativními důsledky nahodilosti“. V definicích byla sice výslovně uváděna výhradně peněžní podoba pojistných fondů, podmínkou efektivního makroekonomického fungování pojištění byla ovšem zrcadlová existence naturální podoby pojistného fondu. Nezbytnost např. plynula z požadavku, aby ihned disponibilním náhradním dílem bylo možno uvést poškozenou věc do původního stavu, mohla znovu sloužit a nemusela se vyrábět věc nová. Uvědomění si souvislosti mezi hmotou a penězi bylo nutné i z toho důvodu, že minulý administrativně-příkazový systém řízení byl založen na tezi, že peníze jdou za zbožím, a nikoliv naopak. Nyní žijeme v systému, kde finanční vztahy jsou ve svém významu zcela rovnocenné se vztahy hmotnými.

Každopádně v totalitním systému byly možné problémy s metodologickou fundací pojištění a pojištnictví odsunuty na vedlejší kolej; o vadách definice ve vztahu k vcelku odhadnutelným negativním důsledkům nahodilosti se nevedla žádná diskuze. V nemonetárním systému nebylo třeba u jednotlivých produktů respektovat princip ekvivalence mezi příjmy a výdaji, tudíž celkově pozitivní hospodářské výsledky monopolní pojišťovny byly zajišťovány nadsazeným pojistným vybíráním od tzv. „socialistických

organizací“. V plánovaném hospodářství předražené tarify, které vytvářely pohodlný polštář pro ekonomiku pojišťovny, podnikovým klientům v administrativně-příkazovém systému prakticky nevadily.

Po transmissi odvětví pojištnictví směrem k tržní ekonomice, kdy se předchozí tarifní polštáře rychle spotřebovaly, byla obnovena podmínka úspěšné podnikatelské činnosti pojišťovny striktním požadavkem jednak se při modelování náhodným mechanismem vygenerovaného budoucího škodního průběhu snažit co nejvíce respektovat princip ekvivalence mezi příjmy a výdaji komerčních pojistitelů a jednak dosahovat tohoto cíle i vhodnou konstrukcí pojistných produktů.

Tento požadavek zůstává i po téměř třech dekadách fungování českého pojistného trhu imperativem pro stabilitu odvětví pojištnictví i v současnosti, kdy pojistné tarify mnoha produktů neživotního pojištění oscilují na hranici postačitelnosti vlivem silných konkurenčních tlaků uvnitř odvětví i zvenčí, od nově se etablovujících poskytovatelů pojišťovacích služeb. Ziskovost pojišťoven klesá – výsledky pojištění odpovědnosti za škody z provozu motorových vozidel jsou v červených číslech. Na současnou sníženou efektivnost odvětví má výrazný vliv i nadměrná regulace a státní zásahy, které neúměrně zatěžují transakční náklady odvětví s diskutabilním přínosem.

Vedle imperativního požadavku ekvivalence v pojistné praxi, tj. prosadit postačitelné, rovnovážné tarify pojistného v produktech komerčních pojišťoven, pro metodologické požadavky pojistné teorie ohledně formulování redefinice pojištění vyplývají dle našeho názoru tyto dílčí závěry:

- a) V důsledku toho, že některé rozhodovací situace spojené s pojištěním nesou symptomy problému rozhodování při neurčitosti, nelze v obecné rovině považovat budoucí finanční důsledky nahodilých realizací za vcelku odhadnutelné.
- b) Z logiky předchozího zjištění plyne vyvrácení teze o možnosti konstrukce tzv. „spravedlivé pojistky“, traktované v učebnicích mikroekonomie, podle které lze vymodelovat pojistné, pro něž platí, že finanční situace subjektu zůstane stejná, ať k nahodilé realizaci dojde, či nikoliv.

3 Změny v postavení odvětví pojišťovnictví v rámci finančních trhů a v obsahu chápání životního pojištění jako investičního instrumentu

Z dosud naznačených souvislostí plyne, že pojištění jako průřezová ekonomika i pojišťovnictví jakožto odvětvová ekonomika různým způsobem a s různou intenzitou prolínají do dalších finančních vztahů a povaha těchto vztahů se v současnosti významně mění.

Prvoplánovým posláním pojištění je pomoci ekonomickým subjektům řešit negativní důsledky nahodilosti, což je i základním obsahem pojišťovnami nabízených pojistných produktů neživotního pojištění. Ovšem již od samého počátku fungování komerčního pojištění je na úseku životního pojištění v produktech nabízena i tzv. „rezervotvorná složka“ (životní spoření). Produkt tohoto typu má druhoplánové poslání finančně zabezpečit klienty pojišťoven v případě, že v jejich životě dochází k závažným změnám, jakými jsou např. plnoletost, manželství, rodičovství apod., především pak období postaktivy. V rámci takto konstruovaného produktu bez vlivu nahodilosti dochází ze strany klienta k vytváření rezerv pojistného v pojišťovně pro budoucí výplatu pojistné částky. Tyto rezervy pro pojistitele představují cizí dočasně volné finanční prostředky, vhodné k operacím na finančním trhu. Odtud je odvozována druhoplánová funkce životního pojištění jako finančního stabilizátoru a investičního instrumentu. A právě v této oblasti dochází v poslední době k mimořádně významným změnám.

Nejzásadnějším vlivem katalyzujícím změny v pojmání životního pojištění jako investičního instrumentu byla pokrizová situace na finančních trzích. Zkompromitované prostředí defaultujících finančních institucí a inovativních finančních instrumentů ve 2. polovině minulé dekády vedlo k dlouhodobé ztrátě efektivnosti těchto trhů – a nejvíce byly postiženy ty instrumenty, které pro svůj konzervativní obsah sloužily jako vhodná portfoliová investice pro institucionální investory typu životních pojišťoven. Výnosnost těchto instrumentů, pohybující se v posledních 10 letech na technické nule, ve své době dokonce přinutila orgán dohledu nad pojišťovnictvím k regulaci hlavního komponentu kalkulace tarifu rezervotvorné složky – technické úrokové míry; stanovená horní hranice v posledním období přesahovala jen o málo 1%, pro klienty se tak stal produkt pojišťovaný jako investiční instrument zcela nelukrativním.

Pro pojišťovny nabízející produkty kapitálového životního pojištění to znamenalo problém, jak zajistit z finančních trhů garantované výnosy pro dříve sjednaná pojištění s v minulosti sjednanou pojistně-technickou úrokovou mírou 3–4%. Dlouhotrvající neefektivnost finančních trhů nakonec donutila pojišťovny produkt kapitálového životního pojištění zcela stáhnout z nabídky.

Tím pádem zůstal v nabídce pouze historicky výrazně mladší produkt investičního životního pojištění, konstruovaný tak, že instrument pro své dočasně volné finanční prostředky si volil sám klient a pojišťovna výnos negarantovala. Takto byl problém dopadu neefektivity finančních trhů přenesen z portfolia manažera pojišťovny na samotného klienta; záhy se však projevil problém jiný: mezi pojišťovnami a zprostředkovateli pojištění se začal zostřovat konflikt ohledně výše provizí a kvality sjednaných pojištění. Ve snaze získat znovu relativně vysokou provizi se část získatelů jala provádět tzv. „přetáčení“ životních pojištění, jejichž průměrná délka se zkrátila na pouhých pět let. Výsledkem bylo vyplácení stamilionových částek za provize „nových“ pojištění, pojištěnost životních pojištění ale zůstávala nezměněna. Záhy bylo patrné, že v tomto případě jde o tržní selhání, což vyvolalo požadavky na regulační zásah. V důsledku všech těchto vlivů se pojišťovny a následně i zprostředkovatelé přiklonili k vyšší nabídce rizikových pojištění, tedy pojištění pro případ smrti, a navrátili se tak k prvoplánovému účelu životního pojištění. Nižší míra sjednávání rezervotvorného životního pojištění na dožití se sjednaného věku ovšem stále více vyřazovala komerční pojištění z možnosti podílet se na postaktivním financování, což ale s ohledem na opakovaný nezdar reformy státního penzijního systému, který má dlouhodobé potíže s ufinancováním, není dobrá zpráva.

Do této pro životní pojištění složité situace, vedoucí ve svém výsledku k vývojovému stagnování tohoto segmentu, se v průběhu roku neotřelým způsobem vložil finanční arbitř, který jednostranně prohlásil produkt rezervotvorného pojištění na dožití za výhradně investiční instrument, jenž nemá s pojištěním nic společného, a takto sjednané pojistné smlouvy za od počátku neplatné. Tohoto nepříliš kvalifikovaného názoru se chytily některé advokátní kanceláře a další iniciativy, které se ve jménu módní ochrany spotřebitelů stavěly na stranu klientů pojišťoven a začaly realizovat svůj komerční, podnikatelský záměr s cílem profitovat na diskusibilním pohledem arbitra vyvolaných sporech.

4 Změny v postavení odvětví pojištnictví v rámci finančních služeb

4.1 Digitalizace, kolaborativní ekonomika, umělá inteligence

Odvětví pojištnictví, podobně jako bankovníctví, se ve své historii až do doby nedávno minulé jednoznačně prezentovalo seriózně a konzervativně. Vlastnost, která byla ve své době považována za přednost, se v současném hektickém prostředí komplexního a globálního světa jeví trochu opačně: komerční pojišťovny i banky trochu opožděně a pod jistým tlakem reagují na průchod společenského a zejména ekonomického systému dlouhodobou transformací a v případě pojišťoven i jistou metamorfózou. Někteří pojištní analytici považují odvětví pojištnictví v tomto ohledu za až seizmicky se otřásající⁵, za hlavní katalyzátory současného a budoucího dění v odvětví pokládají proces digitalizace, razantní nástup umělé inteligence a důsledky stále širších oblastí zasazených fenoménem kolaborativní ekonomiky.

V probíhajícím digitálním boomeru se čím dál více obchodních interakcí přesouvá do on-line sféry a stále více se prosazují různé formy sdílené ekonomiky. Jde o anticipaci společností se šířícího nového typu poskytování různých druhů služeb založených na využívání počítačových sítí k přímému propojení aktérů mezi sebou a v neposlední řadě také o používání nové, jednodušší a levnější podoby finančních služeb: *peer-to-peer* půjček a *peer-to-peer* pojištění. Tyto nové platformy přinášejí klientům lepší přístup k finančním službám, jednodušší interakci digitálními kanály a ve svém výsledku i levnější produkty bez zprostředkovatelských nákladů.

Mimořádně dynamicky probíhající přeměna prostředí vytváří novým, neobvyklým poskytovatelům finančních služeb typu fintech, insurtech apod. poměrně velký prostor. Pro tradiční kamenné finanční instituce tím vyvstává vážný problém, jak se k pro ně nové situaci postavit. Zájem o inovační přístupy tohoto druhu je v klientské sféře poměrně velký. Mezi pozitiva rozhodně patří rozmanitější škála nabídky, což výrazně posiluje konkurenční prostředí; rozšiřuje se prostor pro tvorbu nových produktů a hlavně: noví poskytovatelé přinášejí klientům finančního sektoru možnost jednodušší interakce netradičními distribučními kanály a ve svém výsledku i poskytování levnější služby. Kamenné instituce, včetně

nákladů na zprostředkovatele, budou logicky vždy dražší než softwarové aplikace; na straně druhé ve prospěch tradičních poskytovatelů finančních služeb hovoří jejich odborné know-how a vyšší míra důvěryhodnosti pro klienty oproti start-upům. Problém nákladů na zprostředkovatele ve spojení s nízkou kvalitou sjednávané produkce přispěl svou měrou ke stagnaci životního pojištění na českém pojištném trhu.

V této souvislosti ovšem musíme konstatovat i některá závažná úskalí implementace *peer-to-peer* principu plynoucí z rozdílů v podobě standardního modelu komerční pojišťovny a modelu *peer-to-peer*. Z komparace konkrétních výhod a nevýhod obou modelů pojištění je dobře plasticky vidět základní dilema *peer-to-peer* pojišťoven – řada z nich má problémy s efektivitou. Vedle české První klubové, která jeví jisté disproporce v ekonomice, lze z médií vyzorovat, že s ekonomikou má problémy i americká Lemonade a že neúspěch zaznamenal broker Guevara apod. Návrat ke kořenům vzájemnosti v pojištění vede tyto instituce ke snahám o zlevňování pojištění oproti komerčním pojišťovnám, na druhé straně se ovšem důsledným uplatňováním této strategie *peer-to-peer* pojišťovny evidentně dostávají do kolize s principem ekvivalence mezi příjmy a výdaji ve své ekonomice.

Z pohledu předmětu zkoumání v tomto příspěvku považujeme za signifikantní, že v současném spíše přeregulovaném ekonomickém a zejména finančním prostředí mají finanční instituce nabízející technologické inovace zatím určitý předstih před regulací, což dává těmto netradičním poskytovatelům služeb prostor pro jistou konkurenční výhodu. Na druhé straně to vyvolává otázku, jak se dále bude vyvíjet přístup regulátorů a jak se projeví implementace již do praxe uvedených směrnic pro harmonizaci ochrany osobních údajů a pro platební služby. Z praxe vidíme, že některé nefinanční platformy již regulace začíná dohánět.

Z článků publikovaných na serveru McKinsey Insides, Articles 2018, autoři vesměs predikují razantní nástup umělé inteligence do odvětví pojištnictví. Kromě masivního nahrazování rutinních administrativních prací by zásadní přínosy měly vzejít zejména v oblasti detekce a zjišťování rozsahu pojištných událostí pomocí satelitů, dronů apod.

V trychtýři lidských pojišťovacích prací bude umělá inteligence stále více nahrazovat rutinní pracovní náplně a uvolněné pracovníky budou absorbovat horní vrstvy trychtýře, náročné na vyšší intelekt a inteligenci, podle stále subtilnějších požadavků vývoje společnosti. Jedna z oblastí, která tento předpoklad do značné míry splňuje, je oblast regulace. Tímto vcelku logickým pochodem lze vysvětlit proces neustálého zextenzivňování regulace, který probíhá nejen v odvětví pojišťovnictví a finanční sféře, ale koneckonců i v celé společnosti.

4.2 Nekonzistentní a příliš extenzivní regulace

Poslední poznámkou jsme se vrátili k aktuálně stále kontroverznímu tématu regulace. V odvětví pojišťovnictví se v tomto ohledu jeví situace jako obzvláště složitá: rok 2018 se zapisuje do dějin kumulací plné aplikace regulatorního projektu Solventnost II a regulatorní smrští v podobě implementace směrnic GDPR, IDD a IFRS 17. Přitom ochrana osobních údajů a zprostředkovatelská činnost jsou pro pojišťovnictví aktuálně velmi senzitivní témata. Celá regulatorní lavina pro komerční pojišťovny národního pojistného trhu znamená enormně zvýšenou pracovní zátěž a významně zvýšené náklady do technologií a specializovaných pracovníků s problematikým přínosem, což bude ve svém výsledku dále snižovat efektivnost odvětví, které v tomto ohledu dlouhodobě spíše stagnuje.

Vedle extenzity regulační laviny se jako významný problém jeví vzájemná nekonzistence regulatorních projektů. Naposledy to potvrdila nekompatibilita požadavků na transparentci v 3. pilíři Solventnosti II a požadavků Rady pro mezinárodní účetní standardy. Aplikací standardu IFRS 17 musí komerční pojišťovny zavést rozsáhlé změny v účtování, oceňování, prezentaci i zveřejňování informací o životních i neživotních pojistných a zajišťovacích smlouvách. Podle autorů standardu mělo být jeho účelem „sjednocení vykazování zisků z pojistných smluv za účelem porovnatelnosti“, „jednotné oceňování pojistných závazků“ nebo „větší transparentnost výkazů pojišťoven“. Hodnocení odborníků je tristní: o splnění alespoň některých cílů lze do jisté míry pochybovat. Je zřejmé, že projekt si již žije svým vlastním životem, nekompatibilním s 3. pilířem Solventnosti II. Naplňování původních cílů je zřejmě hodně diskutabilní a pro odbornou veřejnost nepříliš přesvědčivé a srozumitelné.

Nejzávažnější metodologická dilemata ohledně změn v paradigmatech pojištění a pojišťovnictví jsou ovšem spojena s obsahem 1. pilíře Solventnosti II. V prvních částech tohoto příspěvku jsme diskutovali o snížené možnosti predikovat potenci klienta k realizaci negativních důsledků „nespoutané“ nahodilosti. Hodnotu náhodné veličiny tohoto druhu nelze exaktně *a priori* matematickou veličinou kvantifikovat, přitom z modelu vypočtený poměr mezi možnou realizací finančních dopadů nahodilosti a kapacitou disponibilních zdrojů pojišťovny může být důvodem k odmítnutí přijetí daného subjektu do pojištění, což se nám jeví jako jistá legitimizace administrativního omezování fungování pojištění jako eliminátora finančních důsledků realizace nahodilosti.

Podívejme se nyní na problém metodologickým prizmatem; vycházíme přitom z talebovských paradigmat: pojišťovnictví – a totéž platí i pro bankovníctví – má negativní vztah k volatilitě. Tato odvětví jsou limitována zisky, ale možné ztráty jsou neomezené. Banky a pojišťovny při defaultu přicházejí často o jmění stádané po celé generace. Rozdíl mezi oběma druhy výnosů s limity na pravé či levé straně je považován za záležitost klíčového významu. Z tohoto pohledu pak nabývá psychologické vysvětlení motivu subjektu k pojištění jeho rizikovou averzí, tedy volbou jisté malé ztráty (pojistného) oproti možnosti ztráty velké, novou dimenzí: kupuje si klient pojišťovny v terminologii teorie her opravdu produkt se zápornou očekávanou hodnotou výhry?

Zásadnější se nám ovšem jeví stanovení hranice, kam až může komerční pojišťovnictví zajít při kompenzování finančních důsledků velkých, až katastrofálních realizací při uvědomění si negativního vztahu k volatilitě. Ve své historii se komerční pojišťovny zabývaly a zabývají obsahem v produktech nabízeného pojistného krytí a uplatňovaly a uplatňují v různé míře nástroje ke snížení dopadů volatility na ekonomiku pojišťovny. Historicky osvědčeným vestavěným stabilizátorem je tvorba výkyvových rezerv, které se využívají v odůvodněných případech, např. při hrozbě defaultu i skrze limity plnění, nebo výluky u pojištění⁶.

Je nepochybné, že v důsledku neustálého přírůstku majetkových hodnot na konečném rozměru zeměkoule roste výše škod z katastrof geometrickou řadou, a komerční pojišťovnictví v tomto ohledu tudíž nutně naráží na bariéru možností finančního řešení v rámci pojistného modelu. Řešením může být pouze vícezdrojové financování kata-

strof. Kardinální otázkou je stanovení hranice, kam až má jít komerční pojištění.

Dilema není nové; je to věčný spor o to, kterým vrcholům magického trojúhelníku, jimiž jsou stabilita finančních institucí, klientská bezpečnost a ochrana spotřebitele na straně jedné a efektivita finanční služby na straně druhé, dává společnost aktuálně přednost, s vědomím toho, že všech vrcholů najednou nelze dosáhnout. Je vcelku logické, že v době ještě stále živých reminiscencí na poslední krizi existuje v exekutivní administrativě EU snaha o maximální omezení vlivu volatility na ekonomiku zesílenou regulací. Novinkou v 1. pilíři Solventnosti II je pojišťovnám vymezená povinnost vypočítat stanoveným algoritmem tzv. „capital requirement“, určující pojišťovně přípustnou míru expozice vůči vlivu nahodilosti do pojištění přijímaného subjektu, a to přesto, že tuto míru, jak jsme se pokusili argumentovat, nelze exaktními přístupy kvantifikovat.

Z hlediska aktuálního stavu regulace pojištnictví na rozdíl od dalších segmentů finančních trhů jeví další významnou odlišnost: nevytváří systemické⁷ riziko, bezprostředně přenositelné do reálné ekonomiky. Odvětví má obecně na příznačné krizové spouštěče typu *runu* na finanční instituce a následné potenciální rychlé ruinování z podstaty svého fungování poměrně vysokou rezistenci, což se opět potvrdilo i při poslední krizi. Historicky se tak znovu prověřila nízká potence pojištnictví k iniciaci systemického rizika v ekonomice. Zatímco v bankovníctví je vznik systemického rizika a jeho následný přenos do reálné ekonomiky záležitostí klíčového významu, v pojištnictví je jeho významnost prakticky nulová. Pojišťovny jsou financovány v rámci poskytování ochrany proti realizaci rizika dopředu a dlouhodobě, tedy relativně stabilním příjmem pojistného, a jsou tak oproti bankám mnohem méně vystaveny riziku akutního nedostatku likvidity a jsou méně zranitelné vůči krátkodobým výkyvům tržní hodnoty svých aktiv. Pojištnictví v tomto ohledu působí i proticyklicky svou schopnos-



tí určité absorpce krátkodobých šoků ve finančních systémech. Z těchto skutečností pramení zmíněná nižší míra zranitelnosti a vyšší míra odolnosti pojišťovacích institucí vůči impulsům náhlého ruinování. Z historie není známa žádná významná krize, která by byla spuštěna defaultem pojišťovny nebo zajišťovny.

I sami regulátoři přiznávají, že v odvětví pojišťovnictví na rozdíl od bankovníctví nelze identifikovat bezprostřední, přímý spouštěč systemického rizika, přenositelný do finančního sektoru a následně do reálné ekonomiky. Nicméně určité nepřímé potenciální zdroje, kterými by pojišťovnictví mohlo přispět k vytváření systemického rizika, v odvětví spatřují:⁸ na 1. místě uvádějí nebezpečí hromadného chování pojišťoven pramenícího z podobné struktury bilancí a používaných obchodních modelů a ze stejných principů regulace. Jestliže pojišťovny tedy nepředstavují bezprostřední hrozbu tvorby a přenosu jak cyklického, tak strukturálního systemického rizika, není tudíž v rámci makrobezpečnostní regulace dle našeho názoru třeba je zařazovat na seznam systemicky významných finančních institucí zasluhujících zvláštní zacházení ze strany státních regulátorů. V současné době ovšem regulátoři v přeregulované a byrokraticky pojímané EU vybrané velké nadnárodní pojišťovny na seznam pro jistotu zařadili.

5 Závěr

V souvislosti s novými pohledy na charakter rozhodovacích situací spojených s pojištěním, zejména co se týče motivů k uzavření pojištění jako finančnímu řešení možných negativních důsledků nahodilosti na ekonomické subjekty, je možno charakterizovat jako rozhodovací problémy při nejistotě a neurčitosti s výrazně omezenými lidskými možnostmi predikce budoucích výsledků. Rozhodovací problémy při riziku s apriorními znalostmi rozdělení pravděpodobností lze v odvětví pojišťovnictví pozorovat jen výjimečně; u neživotních produktů jde z hlediska projevů nahodilosti o rozhodovací problémy při nejistotě, nebo u katastrofálních realizací dokonce při neurčitosti.

Pojišťovny a zejména zajišťovny jako „pojišťovny poslední instance“ operují rozhodující měrou v prostoru talebovské nespoutané nahodilosti, potenciální škody tedy nemohou být „vcelku odhadnutelné“, jak je charakterizovala jedna z nedávných definic pojištění domácí provenience, a nemo-

hou tak ani platit v učebnicích mikroekonomie traktované partie o existenci „spravedlivé“ pojistky, po jejímž uzavření má zůstat majetková situace subjektu stejná, ať ke škodě dojde, či nikoliv. Behaviorální ekonomové a kognitivní psychologové vnesli nové pohledy na motivy k pojištění a znovu otevírají otázku, zda jde v případě klienta pojišťovny v terminologii teorie her opravdu o produkt se zápornou očekávanou hodnotou výhry.

Imperativním požadavkem zůstává dodržování principu ekvivalence v pojistné praxi, tedy prosazování postačitelých, rovnovážných tarifů pojistného. Do jistých problémů se vedle tradičních pojistitelů, kteří se musí vyrovnávat se silnými konkurenčními tlaky, dostávají i *peer-to-peer* pojišťovny, snažící se o poskytování levnějších služeb, někdy i za cenu nepokrytí nákladů.

Zhruba 250letou tradici má pojistný produkt řadící se v rámci pojistné praxe mezi životní pojištění, u nějž je pojištěnému vyplácena sjednaná pojistná částka pro případ závažné životní změny, nejčastěji přechodu do postaktivy. Současná diskuze, zda při absenci vlivu nahodilosti jde o pojištění, či nikoliv, má závažné potenciální konsekvence. Situace se vyhrtila v souvislosti s pokrizovou neefektivností finančních trhů, kdy konzervativní instrumenty měly dlouhodobě výnosnost na technické nule, a produkt pojímaný jako investiční instrument tudíž ztratil opodstatnění. Komerční pojišťovny jeho nabídku ostatně významně omezily. Důsledkem je stagnace životního pojištění, která přetrvává již několik posledních let.

Nejvýznamnějšími změnami ekonomického prostředí se zásadním dopadem pro praktické fungování pojištění a pojišťovnictví jsou digitalizace, kolaborativní ekonomika, průnik nových start-upů do odvětví a masivní nástup umělé inteligence. Nové fenomény přinášejí poskytování služeb založených na využívání počítačových sítí k přímému propojení aktérů mezi sebou, používání jednodušší a levnější podoby služeb, čímž klientům poskytují lepší přístup k těmto službám, jednodušší interakci digitálními kanály a ve svém výsledku i levnější produkty bez zprostředkovatelských nákladů.

Problémy pro hladké fungování pojistného trhu vytváří současná nadměrná regulace. Aktuálně na odvětví dopadlo množství povinné implementace rozličných regulatorních projektů, které mají extenzivní povahu a jsou navzájem

nekonzistentní. Regulátoři kladou důraz na klientskou bezpečnost i za cenu snížené účinnosti pojištění a efektivnosti odvětví pojištnictví. Přestože pojišťovny, ač mají negativní vztah k volatilitě, obecně neinicují systemické riziko v ekonomice, jsou největší nadnárodní pojišťovny na seznam systemicky významných finančních institucí, sestavovaný Mezinárodní asociací orgánů dohledu v pojištnictví, zařazený.

Článek byl vypracován v rámci projektů IG 102046 a GAČR 16-21506S.

Resumé

Current development of paradigms of insurance theory and praxis in relation to social development dynamics

The article deals with the latest findings of empirical and behavioral economists and cognitive psychologists regarding the decision-making of economic subjects in precarious conditions, especially N. N. Taleb and D. Kahneman. Their considerations have a significant impact on the paradigms of insurance and insurance categories. Behavioral economists and cognitive psychologists have introduced new insights into insurance motives.

The article also contemplates the impact of significant changes in the economic environment, for the practical functioning of these categories. This concerns in particular the principle of equivalence, the modification of the life insurance concept as an investment instrument, the crucial impact of digitization, the penetration of new startups into the sector and the massive advent of artificial intelligence. The attention of the authors is also devoted to the problems that current over-regulation creates for the smooth functioning of the insurance market. Currently, the number of mandatory implementation of the various regulatory projects, which are of an extensive nature and are inconsistent with one another, has come to the fore.

Regulators put emphasis on client security at the cost of reduced insurance performance and insurance efficiency, even though insurers, despite having a negative relationship to volatility, generally do not initiate systemic risk in the economy.

- 1 Taleb, N. N. (2014). Antifragilita. Paseka.
- 2 Taleb, N. N. (2012). Černá labuť. Paseka.
- 3 Kahneman, D. (2013). Myšlení rychlé a pomalé. Jan Melvil Publishing.
- 4 Hlaváček, J. – Hlaváček, M. (2002). Petrohradský paradox [PDF on-line]. Institut ekonomických studií (Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze).
- 5 McKinsey Insides, Articles 2018.
- 6 Berliner, B. (1982). Limits of Insurability of Risks. Prentice Hall International, Inc.
- 7 V oficiálních překladech regulatorních směrnic je pro tento druh rizika používán výraz „systémové“; v ekonomické literatuře se více vyskytuje dle našeho názoru přiléhavější termín „systemické riziko“, který v aktuálních souvislostech použil P. Dvořák v publikaci *Veřejné finance, fiskální nerovnováha a finanční krize* (Nakladatelství C. H. Beck, Praha 2007).
- 8 Dvořák, M. – Gronychová, M. – Hausenblas, V. – Komárková, Z. (2016). Pojišťovny jako zdroj systémového rizika? Co na to ČNB... Pojištný obzor 3/2016.

Použité zdroje

Berliner, B. (1982). Limits of Insurability of Risks. Prentice Hall International, Inc.

Dvořák, M. – Gronychová, M. – Hausenblas, V. – Komárková, Z. (2016). Pojišťovny jako zdroj systémového rizika? Co na to ČNB... Pojištný obzor 3/2016.

Hlaváček, J. – Hlaváček, M. (2002). Petrohradský paradox [PDF on-line]. Institut ekonomických studií (Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze).

Kahneman, D. (2013). Myšlení rychlé a pomalé. Jan Melvil Publishing.

McKinsey Insides, Articles 2018.

Taleb, N. N. (2014). Antifragilita. Paseka.

Taleb, N. N. (2012). Černá labuť. Paseka.

Revize Solventnosti II standardního modelu 2018

Mgr. Kamila Šimonová / Allianz pojišťovna

Nový regulační režim pro evropský pojišťovací trh, který vstoupil v platnost na začátku roku 2016 a měl zajistit jednotný, konzistentní přístup ke kapitálovým požadavkům a řízení rizik napříč všemi zeměmi EU, čeká ke konci roku první revize. Direktiva Solventnost II přímo definuje provedení dvou revizí standardního modelu, a to ke konci roku 2018 a v roce 2020. První z nich by měla obsahovat pouze omezené úpravy (zejména v oblasti zjednodušení a některých technických témat), které jsou definovány v nařízení Evropské komise (EK) (tzv. „Level 2“). Druhá – rozsáhlejší a detailnější – revize proběhne v roce 2020 a bude měnit přímo Level 1, tedy direktivu Solventnost II. Tato revize by se pak měla věnovat zásadnějším tématům a omezit kapitálovou náročnost zejména pro dlouhodobé garance a investice.

Revize roku 2018 je iniciována EK, která požádala evropský dohled EIOPA o poskytnutí technické rady k tématům, jež si EK sama vyžádala. EIOPA při přípravě této technické rady zahrнула také oblasti, které sama považuje za důležité. EK navrženou technickou radu posoudí a dle svého názoru připraví výsledný návrh úprav standardního modelu. Tento návrh nové verze nařízení Komise musí EK předat Evropskému parlamentu a Radě EU do konce roku 2018. EIOPA pro nové návrhy využila závěry z rozsáhlého cvičení hodnocení dopadu, které bylo připraveno v roce 2017 a kterého se zúčastnila velká část evropského pojištného trhu. Názory na úpravy standardního modelu mezi evropským dohledem a evropským zástupcem asociací pojišťoven (Insurance Europe, IE) se liší a IE nepovažuje navržené úpravy za dostatečné, zejména v těch částech, kde je potřeba snížit kapitálové zatížení. Argumentuje přenesenou kapitálovou zátěží z pojišťoven na pojistníky, kteří ponесou vyšší náklady v rámci svého pojištného.

Návrh EIOPA na to, která témata upravit v rámci revize 2018, vychází ze zadání EK a ze zkušeností EIOPA, jak z přípravného období na Solventnost II, tak z prvních dvou let plného regulačního režimu. Ze změn, jež mohou ovlivnit kapitálové požadavky českých pojišťoven, uvedme:

- úrokové riziko,
- kapitálový požadavek pro neživotní riziko pojištného a rezerv,
- míru objemu rizika pojištného (*volume measure*),

- katastrofické riziko (způsobené člověkem, přírodní i zdravotní události),
- odložené daně,
- rizikovou přírážku.

Seznam oblastí, do kterých zasahuje návrh EIOPA, je výrazně rozsáhlejší. Obsahuje také změny v riziku koncentrace, měnovém riziku, zjednodušení rizika selhání protistrany, zjednodušení v přístupu *look-through* apod.

Úrokové riziko

Změna v kalibraci úrokového rizika je jedním z návrhů, jež EIOPA představila jako vlastní iniciativu. Obsahuje úpravu šoku pro úrokové riziko, který je aktuálně definován jako „paralelní posun základní úrokové křivky směrem nahoru nebo dolů“. Vzhledem k tomu, že kalibrace tohoto modulu byla připravována v roce 2009, nezohledňovala situaci nízkých úrokových křivek, a dokonce ani negativních sazeb, které se ale v posledních letech často vyskytovaly. EIOPA proto považuje kalibraci úrokového rizika jako nedostatečnou a podceňující významnost tohoto rizika. Schopnost reakce na prostředí nízkých úrokových sazeb je podstatou návrhu nové úpravy. Je navržena metoda relativního posunu, která je obvykle využívána v rámci interních modelů. Ta posunuje bezrizikovou křivku nahoru nebo dolů nejprve relativně a následně ji upravuje aditivním faktorem. Oba tyto faktory závisí na čase a na typu šoku (nahoru nebo dolů), ale nejsou závislé na měně. Dle průzkumu EIOPA může mít tato změna významný dopad na kapitálové požadavky úrokového rizika, proto by měla být realizována v průběhu přechodné doby příštích tří let. Na základě stanoviska IE je úprava úrokového rizika již v roce 2018 unáhlená, přinese kapitálovou zátěž pro dlouhodobé investice a měla by být komplexně řešena až v rámci další revize, v roce 2020.

Riziková přírážka

Původní zadání EK mělo za cíl snížit náklady na kapitál (CoC) u rizikové přírážky, které jsou definovány na úrovni 6%. Revize se nezabývá konceptem výpočtu rizikové přírážky, jenž je poměrně teoretický, ale pouze hodnotou nákladů na kapitál. Nicméně i poté, co EIOPA testovala různé přístupy, hodnota nákladů na kapitál zůstává 6% i pro příští roky. Na nových datech byl prověřen např. způsob výpočtu

dle původní kalibrace, jehož výsledkem byly hodnoty CoC kolem 7%, tedy blízké aktuálně používané hodnotě. EIOPA považuje CoC za parametr nezávislý na ekonomickém cyklu, a prostředí nízkých úrokových sazeb tedy nepokládá za dostatečný argument pro snížení jeho hodnoty. Nové posouzení přístupu ke kalkulaci rizikové přírážky navrhuje EIOPA odsunout až na dobu pěti let po zavedení Solventnosti II.

Parametry rizika pojištného a rezerv

EIOPA navrhuje změny faktorů pro některé typy neživotního a zdravotního pojištění (pojištění léčebných výloh, úvěru a záruky, asistence, právní ochrany a pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání). Výběr provedla dle analýzy nových dostupných dat, včetně zvážení jejich limitace. I přes některé hlasy z pojištného trhu s žádostí o zavedení specifických parametrů pro jednotlivé země (*country-specific parameters*) zůstává v návrhu původní, jednotný přístup. Pro pojišťovny, které používají metodu USP, tedy parametrů specifických pro konkrétní společnost, neznamená tato úprava v kalibraci standardního modelu žádné další požadavky. Schválené USP jsou dále platné. Přechodná doba se vzhledem k akceptovatelnému dopadu nezavádí.

Míra objemu rizika pojištného

Další změnou týkající se rizika neživotního pojištění je v minulosti často diskutovaná míra objemu. Tato změna se objevila v návrhu EIOPA na základě požadavku EK, protože definice míry objemu je již delší dobu poměrně citlivé téma s významným dopadem do kapitálového požadavku, a to hlavně definice budoucího pojištného a časového horizontu, který by pro budoucnost měl být brán v úvahu. V předloženém návrhu EIOPA ponechává stejný přístup pro smlouvy v délce jednoho roku. Nicméně upravuje metodu pro kontrakty delší tak, že uvažuje 30 % očekávané současné hodnoty zaslouženého pojištného pro smlouvy, kde datum počátečního vykazání spadá do příštích 12 měsíců. Vzhledem k této omezené změně existujícího přístupu se dopad do výsledku neočekává příliš velký, zvláště pro jednoleté smlouvy s automatickou obnovou, které jsou nejčastější pro český trh.

Odložené daně

Úpravy kalkulace absorpce ztrát u odložených daní jsou další samostatnou iniciativou EIOPA, která navrhuje úpravy v jejich výpočtu. Testovala několik přístupů, jež by měly být aplikovány v rámci *impairment* testu odložených daní. Ten by měl být aplikován na projekci zisků ke zdanění po aplikaci 200leté ztráty. S nastavením limitů pro schopnost absorpce ztrát v rámci odložených daní nesouhlasí zástupci IE, kteří doporučují způsob výpočtu u odložených daní neměnit. Stále preferují spíše principiální výpočet, nikoliv aplikaci přesně daných umělých limitů, které dle jejich názoru zvyšují konzervativní přístup. Na základě významných připomínek z trhu EIOPA nenavrhla zjednodušený výpočet odložených daní, ale upravila články, které definují předpoklady a limity pro jejich kalkulaci.

Zjednodušení pro submoduly katastrofického rizika

EK vznesla požadavek na zjednodušení výpočtu katastrofického rizika, který by byl vhodný pro střední a menší pojišťovnu a snižoval by dosavadní komplexitu výpočtu. Tyto úpravy jsou přijaty evropským pojištným trhem převážně pozitivně, proto se očekává jejich přijetí. Pro ČR jsou relevantní zejména rizika přírodních katastrof a pohrom způsobených člověkem (*man-made*).

V kalkulaci rizika přírodních katastrof dochází k úpravě některých faktorů a rozšíření typu událostí. Nově bude pro český trh vstupovat do výpočtu riziko krupobití, které dosud ve standardním modelu nefigurovalo vůbec a ve skutečnosti patří mezi významná rizika, jež se mohou na našem území vyskytnout. Tržní faktor je navržen ve výši 0,045 %. Pro riziko vichřice dochází ke zvýšení tržního faktoru z 0,03 na 0,04 %. Dále byla analyzována aplikace pojištných částek jako vstupního parametru do výpočtu kapitálové přírážky v kontextu smluvních limitů a vlastních vrubů. EIOPA ve svém návrhu doporučuje aplikaci tzv. „ex post“ úpravy pro každý typ události, který snižuje maximální ztrátu v rámci jednotlivých CRESTA zón, pokud je maximální hrubá expozice menší než hrubá škoda vypočtená dle metodiky standardního modelu.

K některým zjednodušením dochází v modulu katastrof způsobených člověkem. Návrh např. počítá s menším počtem míst, která obsahují největší koncentraci vůči riziku požáru.

Aktivity na českém trhu

Pro český trh stále zůstávají aktuální témata týkající se kalibrace katastrofického rizika. Tržní faktor pro riziko povodní jako nejvýznamnější události, ze které vyplývají největší škody, zůstává beze změny. Navíc je zařazeno riziko krupobití, což znamená zohlednění dalších událostí vedle povodní a vichřice. Detailní data pro přípravu kalibrace katastrofického rizika na českém trhu chybí; hodnoty vydané v návrhu EIOPA vycházejí z dat, která poskytuje pracovní skupina NatCat Task Force.

Další oblastí stále aktuální pro české pojišťovny je definice hranic kontraktu. Nicméně je velmi nepravděpodobné, že definice bude jakkoliv upravena, protože téma je materiální jen pro omezený počet zemí a jak EK, tak EIOPA ze strategických důvodů otevírají pouze témata s dopadem na celý evropský trh, např. dlouhodobé investice, které naopak v ČR nejsou významné a jejichž úpravy nemají podstatný vliv na výši kapitálových požadavků.

Resumé

Revisions of 2018 standard model under Solvency II

Solvency II as a new European regulatory regime effective from 2016 will be subject of two revisions of the standard model calibration. First one is planned to be finalized at the end of 2018 and it will include limited adjustment which will be updated in EU regulation, i.e. directly impacts all Member states. Detailed revision planned for 2020 should solve significant issues in terms of calibration and it will change Solvency II Directive. The aim of majority of stakeholders is to concentrate mainly on long-term guarantees and investments and reduce capital requirements. Proposed changes in 2018 revision are required by the European Commission and cover following modules: interest risk, premium and reserve risk and volume measure, catastrophe risks including both natural and man-made events, risk margin calculation and others. The definition of NatCat risk is important for the Czech market nevertheless the flood market factor is not subject of any change. The new calibration includes hail as another type of NatCat event. The contract boundaries as the most critical topic for the Czech insurance companies remain the same.

Vynutitelnost dohledových opatření a sankcionování

Drahomír Kubáň / advokát

Vynutitelnost právních předpisů upravujících činnost pojišťoven a zajišťoven¹ je vedle právní závaznosti jejich specifickým znakem. Tuto vynutitelnost je třeba chápat v nejširším slova smyslu, tedy nejen z hlediska státního donucení², nýbrž i prevence. Dohledovým orgánům je pak státem svěřena pravomoc vynutitelnost norem zajistit, tj. v případě nedovoleného chování pojišťovny vynutit jejich plnění nápravnými opatřeními a příp. uložit sankci a tuto sankci vykonat.

Pro účely našeho příspěvku si nejdříve vymežeme některé pojmy: Pod termínem „nedovolené chování“ chápeme z teoretického hlediska skutečnost, která je právním důvodem sankce.³ Tak jako v jiných odpovědnostních vztazích platí i pro odpovědnost pojišťovny za své chování obecné principy odpovědnosti. Odpovědnost pojišťovny nastává, i když nedošlo k porušení konkrétní povinnosti. *Skutečnost, která je právním důvodem odpovědnosti, je zpravidla širší než jen porušení konkrétní povinnosti. Rozumí se jí i jiný zákonu odporující stav, např. obehnutí zákona, ale i objektivní skutečnost poškozující někoho jiného* [pozn. zejména zájmy spotřebitelů], a někdy... prostě nespokojenost s činností někoho, kdo vykonává funkci a může z ní být v důsledku své veřejnoprávní odpovědnosti odvolán.⁴

Pojem „nedovolené chování“ (angl. *misconduct*, něm. *missstand*) používají předpisy např. britské, německé a švýcarské.⁵ Britský zákon o finančních službách (FSA) zahrnuje nedovolené chování mezi finanční trestné činy.⁶ Britský orgán dohledu nad chováním pojišťoven (*Financial Conduct Authority*, FCA) koná, pokud se (schválená) osoba dopustí nedovoleného chování, což spočívá v nedodržení principů vydaných FCA.⁷ Obdobně platí tato definice též pro dohled vykonávaný orgánem dohledu pro obezřetnostní chování (*Prudential Service Authority*, PRA).⁸ Německý zákon o dohledu v pojištnictví (VAG-D) definuje nedovolené chování jako každé chování pojišťovny, které odporuje cílům dohledu. Těmito cíli jsou dodržování zákonů, jež platí pro provozování pojišťovací činnosti, a u prvopojistitele dostatečné zajištění (něm. *Wahrung*) zájmů pojištěných. Přitom německý orgán dohledu (*Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht*, BaFin) zohledňuje v přiměřené míře možné dopady rozhodnutí na stabilitu finančního systému.⁹ Též švýcarský zákon o dohledu v pojištnictví (VAG-CH) v definování úkolů orgánu dohledu (*Eidgenössische Finanzmarktaufsicht*, FINMA) ukládá zakročit proti

nedovolenému chování, které ohrožuje zájmy pojištěných.¹⁰ Rakouský zákon o dohledu v pojištnictví (VAG-Ö) nepoužívá pojmu „nedovolené chování“ a nahrazuje ho již od roku 1978 pojmem „uznané zásady řádného provozu pojišťovací činnosti“.¹¹ Důvodem byla snaha dosáhnout souladu s principem legality podle čl. 18 odst. 1 spolkové ústavy.¹² Předpisy EU o pojištnictví, zejména směrnice Solventnost II,¹³ pojem „nedovolené chování“ nepoužívají. To vedlo a vede k diskuzi, zda použití tohoto pojmu je konformní s unijními předpisy. Jádrem problému spočívá v tom, že nařízení, resp. opatření dohledu proti „nedovolenému chování pojišťovny“ (nedovolené chování tkví v narušení práv pojistníků, pojištěných a dalších oprávněných osob¹⁴) odporují unijnímu právu.¹⁵ Solventnost II však sama ukládá členským státům, aby byly orgánům dohledu poskytnuty všechny prostředky, které jsou nezbytné k dosažení hlavního cíle dohledu, a to ochrany pojistníků a osob oprávněných k pojistnému plnění (čl. 27). Ke splnění tohoto úkolu směrnice ukládá, aby orgány dohledu měly pravomoc přijímat preventivní opatření a opatření k nápravě za účelem zajištění toho, že pojišťovny a zajišťovny dodržují právní předpisy (čl. 34).

V čl. 154 směrnice, který je nazván „Pojišťovny nevyhovující právním předpisům“, je použit pojem „porušení předpisů“ (angl. *irregularities*, něm. *Unregelmäßigkeiten*). Mezi jazykovými mutacemi je významový rozdíl. Výkladem jazykovým lze dospět k tomu, že formulací „porušení předpisů“ jsou míněny prohřešky proti konkrétním pravidlům, resp. konkrétněji formulovaným. Podle účelu směrnice se má zabránit tomu, aby aplikací obecné normy „ochrana zájmů pojistníků a dalších osob oprávněných k pojistnému plnění“ dohled nebyl bezbřehý a právní předpis nepřenechával dohledovému orgánu možnost určovat si sám, na co se věcně bude dohlížet.¹⁶ Pokud jde o českou úpravu, zákon o pojištnictví (ZPOJ) používá pojem „porušení povinnosti“.¹⁷ Hlavním cílem dohledu ČNB, který je stanoven generální normou § 84, je ochrana zájmů pojistníků (a podřídně) s ohledem na finanční stabilitu pojišťoven. Dohled vychází ve své činnosti z této generální normy.¹⁸ Obecně řečeno, aby se v zájmu všech účastníků limitovala bezbřehá dohledová politika a aby „nezůstalo mnoho prostoru pro subsidiární použití generální klauzule“, je činnost pojišťoven upravena řadou speciálních předpisů jak na evropské, tak vnitrostátní úrovni.¹⁹

Nedovolené chování pojišťovny jako právní důvod nápravného opatření

Nedovoleným chováním pojišťovny je takové chování, kterým při výkonu pojišťovací činnosti dochází k porušování cílů dohledu, jimiž je ochrana pojistníků a osob oprávněných k pojistnému plnění (čl. 27 Solventnosti II a všechny citované právní úpravy). Může jít o narušení objektivních práv, tj. norem veřejnoprávních, ale i práva subjektivního v oblasti soukromého práva. Pokud jde o soukromoprávní vztah mezi pojišťovnou a pojistníkem, je dohledová činnost zprostředkovaná. Tzn. že ochrana spotřebitele v konkrétních případech i soudní spory z pojištění ovlivňují činnost dohledu, avšak dohled do soukromoprávních sporů mezi pojišťovnou a pojistníkem přímo nezasahuje. Vliv soudních rozhodnutí, alternativních řešení sporů, rozhodnutí ombudsmana nebo finančního arbitra má na vynutitelnost dohledových norem zprostředkovaný dopad. Soukromoprávní vynutitelnost dohledových norem je však výraznější, je-li v právním řádu zakotven institut hromadné žaloby, typicky v USA. Soudní rozhodnutí se dotýkají širokého okruhu osob a tím mohou ovlivňovat činnost dohledu i přístup pojišťoven k plnění povinností vůči jednotlivcům i kolektivu.

Dojde-li k nedovolenému chování pojišťovny, činí dohled přiměřená opatření k nápravě. Vzhledem k tomu, že hlavním cíl dohledu je formulován generální normou, je posouzení toho, zda se pojišťovna chová nedovoleně, zejména jde-li o posouzení toho, zda nejsou porušovány zájmy pojistníků, pro dohled náročnou činností, především když pojišťovna ve své činnosti neporuší konkrétní ustanovení právního předpisu.²⁰ Příčina v ohrožení zájmů pojištěných nemusí být vždy důsledkem porušení konkrétního právního předpisu, ale může spočívat v restriktivním posuzování rizik, v restriktivní politice likvidace pojistných událostí, v rigidních pojistných podmínkách, chybném hodnocení rizik, v nesprávně nastaveném řídicím a kontrolním systému apod.

Strategické přístupy k nastavení správné politiky vynutitelnosti

Finanční krize v roce 2008 se stala impulzem pro přehodnocení přístupů k donucení plnění předpisů subjekty finančního trhu. Podstata a způsob donucení k plnění povinností jsou spojeny s cíli dohledu a tvorbou regulačních

předpisů, které ovlivňují kapacity donucení a způsoby, jimiž se to děje. Jak je výše uvedeno, dohled v současné době dbá na ochranu pojistníků (dohled nad chováním) a současně na stabilitu finančního trhu (obezřetnostní dohled) jako celku a předcházení dopadu finanční krize jednoho podniku na celek. Těmto cílům je přizpůsobena strategie dohledu. U obezřetnostního dohledu se klade důraz na prevenci systémových rizik *ex ante*, neboť donucení *ex post* nemůže hrát větší úlohu v obezřetnostním dohledu, protože v tom okamžiku by dohledový orgán ztratil možnost chránit dohledový cíl stability trhu. Naopak donucení *ex post* hraje mnohem větší úlohu v případech regulování dohlížených subjektů, protože odstrašování a náprava stavu jsou efektivními prostředky, jak sledovat cíle investorů a ochrany spotřebitelů.²¹

Dohledové orgány průběžně zkoumají, zda dohlížené subjekty dodržují zákony a další předpisy upravující činnost na pojišťovnickém trhu. Dohledová strategie je určována nejen celkovou úrovní trhu, nýbrž též úrovní řídicího a kontrolního systému (angl. *corporate governance*) každé pojišťovny a obchodní politikou, která se může pohybovat na škále od politiky řídicí se řádným *corporate governance* až po agresivní obchodní politiku pohybující se na hranici porušování etických pravidel, ať už stanovených právními předpisy, nebo samoregulačními mechanismy pojišťoven. Proto je strategie dohledu charakterizována širokým záběrem od odstrašování až po dosažení dobrovolného plnění předpisů dohlíženými subjekty.²² Podle přístupu pojišťovacích podniků rozlišují autoři Kagan a Scholz tři typy regulovaných firem: a) amorální kalkulátory, jež staví svůj přístup na pravděpodobnosti odhalení nedovoleného chování a dopadu sankcí, které jim mohou být uděleny; b) uvědomělé (politické) firmy, které přijaly odpovědný přístup na základě dobrovolného souladu svého chování s právními předpisy; a c) nekompetentní organizace, pro které příčina jejich nesouladu s právními předpisy spočívá v nedostatečné kapacitě manažerské a organizační struktury implementovat řádný program compliance (dodržování předpisů).²³ Strategie prosazování předpisů tedy osciluje mezi přístupem odstrašování (angl. *deterrence*) uplatňovaným na společnosti, které mají ve své obchodní politice zakalkulováno riziko porušování předpisů a sankcí, dále přístupem uvědomělých společností založeným na politice souladu s předpisy (compliance) a přístupem, který vychází z nekompetentní organizace.²⁴

Dohled disponuje řadou donucovacích nástrojů. Podle strategických cílů dohledu, transparentnosti, proporcionality a spravedlivého zacházení s osobami, které jsou subjektem dohledových opatření, chování pojišťoven na finančním trhu a celkové politiky státu, může dohled volit, jaké konkrétní nástroje uplatní. ČNB ve své dohledové činnosti „efektivně uplatňuje pravomoci jí svěřené právními předpisy s hlavním cílem zajištění stability českého finančního systému“.²⁵ FCA vyjadřuje svůj přístup v politice donucení tak, že efektivní a proporcionální použití pravomocí hraje důležitou roli ve sledování statutárních cílů (pozn. FCA, obdobně PRA), včetně jeho operačních cílů zabezpečení přiměřeného stupně ochrany spotřebitelů, ochrany a posilování integrity finančního systému Spojeného království.²⁶ V každé situaci musí dohled zvážit, kterou pravomoc použije a zda použije jeden, nebo více nástrojů k donucení v konkrétním případě.²⁷ Švýcarský dohled FINMA využívá donucení jako viditelný prostředek k dosažení cílů dohledu. Cílem donucení je zamezení nedovolenému chování, obnovení řádného stavu a preventivní působení sankcí za porušení zákonů. Prioritu mají zvláště závažná pochybení.²⁸

Pro strategii dohledu v oblasti donucení k plnění předpisů je, ať se jedná o systémově významné, či systémově nevýznamné subjekty, rozhodujícím faktorem úroveň dodržování právních předpisů a úroveň řídicího a kontrolního systému toho kterého pojišťovacího podniku. Strategie v této dohledové činnosti je pochopitelně ovlivňována politickou situací, vývojem hospodářství a dalšími faktory. Důležitou roli hraje též rozhodovací praxe správních orgánů a soudů v řešení sporů mezi dohledem a pojišťovnami a sporů mezi pojišťovnami a pojistníky.

Úloha politiky dodržování předpisů (compliance)

Strategie donucení je *per se* spojena se strategií dodržování předpisů přijatou dohlíženými pojišťovacími podniky. Optimální strategie donucení souvisí s charakterem dohlížených subjektů.²⁹ Logicky dohled musí svoji strategii kalibrovat cíleně podle úrovně, jakou pojišťovna má v dodržování předpisů, a podle úrovně řídicího a kontrolního systému. Čím je pojišťovna více ochotna k dobrovolnému dodržování předpisů, tím menší důraz může dohled klást na přístup odstrašování. Přístup musí být individuální a spolupráce by měla být založena na dobrovolné bázi. Základním argumentem je, že čisté sociální benefity jsou vyšší,

pokud donucení a náklady dodržování předpisů mohou být minimalizovány spoluprací mezi dohledem a podnikem, a že strategie donucení, kterou vyvinul Scholz, charakterizovaná rčením „Jak já tobě, tak ty mně“ (angl. *tit for tat*), vyústí v sociálně prospěšnou spolupráci.³⁰ Efekt takto postaveného vztahu mezi dohledem a dohlíženým subjektem tkví v tom, že náklady dohledu na donucení k řádnému chování jsou minimalizovány. Citovaný autor doporučuje rozlišovat dobré (angl. *good*) a špatné (angl. *bad*) firmy (z pohledu jejich úrovně dodržování předpisů) při volbě strategie donucení. Pokud strategie spolupráce vyžaduje méně zdrojů, dohledový orgán, který používá obě strategie podle uvážení, může zaměřit více svých zdrojů a „odstrašovacích technik“ na špatné firmy. Další výhodou je, že tato strategie může povzbuzovat jiné firmy, aby se staly dobrými.³¹ Současně autor varuje před dilematem donucení (*enforcement dilemma*), které vzniká z nutnosti (povinnosti) donutit pojišťovnu k řádnému chování, a (dobrovolnou) volbou strategie dodržování předpisů. Ústředním znakem dilematu je, že vzájemná nedůvěra mezi dohledem a dohlíženým podnikem může vést ke konfrontaci mezi oběma subjekty, i když pro firmu, dohled i společnost jako celek by bylo lepší dobrovolné dodržování předpisů a vzájemná spolupráce. Náklady a prospěch jakékoliv akce dohledu vůči firmě jsou ovlivněny akcí druhé strany. Dilema vzniká, protože konfrontace zvyšuje náklady donucení a compliance (politiky dodržování předpisů) způsobem, který si ani jedna strana nepřeje, ale ani jedna strana ho nemůže ovlivňovat.³² V dnešní době zvyšuje náročnost stanovení správné strategie dohled zaměřený na posuzování rizik. Např. ČNB ve všech činnostech dohledu zohledňuje tzv. „přístup podle rizikovitosti“, který vychází ze systému vyhodnocení rizik (angl. *Risk Assessment System*, RAS). Rozhodující část zdrojů věnuje oblastem, které jsou systémově nejvýznamnější.³³ Pojišťovna musí svázat svou politiku dodržování předpisů s riziky, jimž čelí. V opačném případě dohled nad riziky neposkytuje spolehlivý obraz o pojišťovně, což ovlivňuje opět stanovení správné strategie donucení cílené na konkrétní pojišťovnu.³⁴

Lze uzavřít, že čím vyšší je úroveň dodržování právních předpisů pojišťovnou, tím méně se uplatňují dohledová opatření. Úroveň dodržování právních předpisů je mnohem důležitějším indikátorem pro celkové zdraví finančního – tedy i pojištného – trhu než úroveň a stav vynutitelnosti dohledového práva.³⁵

- 1 Pro zjednodušení se v dalším textu užívá pojem „pojišťovna“.
- 2 Vynutitelnost spočívá v donucení plnit to, co zákon ukládá. Knap, Viktor: *Teorie práva*. První vydání. C. H. Beck 1995, s. 50, marginální číslo 115.
- 3 Knap, cit. dílo, s. 200, marginální číslo 473.
- 4 Knap, cit. dílo, s. 201, marginální číslo 473.
- 5 Financial Services Act 2012 (FSA), Financial Services and Markets Act 2000 (FSMA). Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/21/contents/enacted>. Das Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz-VAG). Dostupné z: http://www.gesetze-im-internet.de/vag_2016/index.html. Das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) vom 17. Dezember 2004. Dostupné z: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20022427/index.html>.
- 6 Section 1H, FSA.
- 7 Section 59A, 59B, FSA. Section 63 Withdrawal of approval, 64, FSMA. Srov. též bod 13, Deciding to bring proceedings, Enforcement Guide FCA, December 2014. Dostupné z: <https://www.handbook.fca.org.uk/regulatory-guides>.
- 8 Part XIV, Disciplinary measures, FSMA.

- 9 Paragraf 298 a § 294 odst. 2 VAG-D.
- 10 Čl. 46, písm. g VAG-CH.
- 11 Das Bundesgesetz über den Betrieb und die Beaufsichtigung der Vertragsversicherung (Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 – VAG 2016), § 275 odst. 2 VAG-Ö. Dostupné z: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009095>.
- 12 Baran, Peter – Peschetz, Alexander. Österreichisches Versicherungsaufsichtsrecht. Wien 2015, MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, s. 180.
- 13 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).
- 14 Pro zjednodušení textu se dále používá souhrnné pojmu „pojistník“.
- 15 Kollhoser, Helmut in Prölles Versicherungsaufsichtsgesetz mit Europäischem Gemeinschaftsrecht und Recht der Bundesländer. 11., völlig neu bearbeitete Auflage herausgeben von Reimer Schmidt: Beck'sche Kurzkommentare Band 15, C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1997, s. 869, marginální číslo 16.
- 16 Tamtéž, s. 869, marginální číslo 17.
- 17 Paragraf 95 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví.
- 18 Dlouhodobá koncepce dohledu ČNB, aktualizace: duben 2017. Dostupné z: www.cnb.cz.

Nástroje dohledu

Na základě výše popsaných vztahů spolupráce mezi dohledem a dohlíženými subjekty popsali Ayres a Braithwaite „nejvlivnější model pro rozvoj strategie donucení, který stanovuje vhodnou rovnováhu mezi přesvědčovacími a trestajícími technikami“.³⁶ Tento model, jež lze aplikovat na všechny regulované – tj. nejen finanční – subjekty, nazvali jmenovaní „pyramidou donucení“ (angl. *enforcement pyramid*). Nachází však uplatnění především ve finančních službách. Opatření dohledu sestavené do pyramidy vyjadřuje vzájemnou proporci jednotlivých opatření. Základnu pyramidy tvoří přesvědčování k dodržování předpisů (angl. *persuasion*). Další fází eskalace donucení je varovný dopis (angl. *warning letter*). Jestliže ani varovný dopis nezajistí soulad s právními předpisy, dochází k uložení civilní sankce (angl. *civil penalty*). Pokud uložení této sankce nevede k nápravě, následuje sankce trestní (angl. *criminal penalty*). V případě neúčinnosti této sankce je uloženo pozastavení činnosti (angl. *licence suspension*). Nakonec, ve špičce pyramidy, dochází v případě selhání předchozího opatření k odnětí licence (angl. *licence revocation*). Obsah jednotlivých stupňů, resp. druh sankcí musí odpovídat různým oblastem regulace.³⁷

Orgány EU přijaly v posledních letech řadu předpisů, kterými vytvářejí nástroje a zároveň i tlak na členské země, za účelem zefektivnit vynutitelnost dohledového práva. Solventnost II ukládá členským státům povinnost zajistit, aby orgány dohledu měly pravomoc přijímat preventivní opatření a opatření k nápravě k dodržování právních a správních předpisů členského státu. Opatření jsou členské státy oprávněny a povinny vymáhat, a to příp. i soudním výkonem rozhodnutí.³⁸

Schopnosti a kapacita dohledu zajistit vynutitelnost plnění povinností jsou nejen odvislé od toho, jaké pravomoci dohled má, ale i od schopnosti dohledového orgánu v rámci běžné dohledové činnosti získávat informace od dohlížených subjektů. Připomenou, že právě nedostatek informací dohledových orgánů byl příčinou toho, že nezaznamenaly příznaky počínající finanční krize. Existují ovšem informace skryté dohledu, které jsou určitým způsobem dostupné zasvěceným osobám. Aby dohledový orgán získal přístup k takovýmto informacím, nabyl na významu institut tzv. „whistleblowingu“. Možnosti použití whistleblowingu za účelem lepší vynutitelnosti práva byly uznány a zakot-

veny nejprve v právních systémech Velké Británie a USA.³⁹ Tento nástroj pro získávání informací je obecně uznáným a používají ho všechny dohledy v EU (i dalších zemích, přinejmenším OECD). V ČR je pozitivní úprava pro oblast bankovníctví a kapitálového trhu. Whistleblowing je upraven a definován jako „hlášení o porušení nebo hrozícím porušení právních předpisů“.⁴⁰ Pojišťovnictví pozitivní zákonnou úpravu nemá.

Sankcionování

Sankcionování je především újmou, kterou pojišťovna utrpí za své nedovolené chování. Působí však preventivně jak vůči ostatním pojišťovnám a dalším účastníkům trhu, tak individuálně vůči konkrétní pojišťovně. Pojišťovna odpovídá za provozování své činnosti, a tedy za dodržení všech předpisů objektivně vůči dohledu, a to absolutně, tzn. že se nemůže ze svého jednání vyvinut. Zvláště od finanční krize v roce 2008 se výrazně zvýšily nároky na řízení pojišťoven, tj. na členy statutárních a dozorčích orgánů a další osoby s klíčovými funkcemi (dál jen „osoby s klíčovými funkcemi“), a tím se zvýšila i jejich odpovědnost za řádné řízení pojišťovny. Odpovědnost těchto osob vůči dohledu je subjektivní. Sankce proti osobě s klíčovou funkcí může být uplatněna jen tehdy, vzniklo-li porušení povinnosti nebo jiné nedovolené jednání zaviněním osoby s klíčovou funkcí. Např. FCA nebude stíhat vyšší vedení (angl. *senior managers*), pokud se neprokáže osobní zavinění. Pokud však jsou osoby ve vedení odpovědné za nedovolené chování, FCA povede řízení proti těmto osobám, jakož i firmám.⁴¹

Podle práva dohledu může dohledový orgán uložit opatření k nápravě nebo sankce, tedy opatření správní nebo finanční povahy. V obou případech se z hlediska teoretického jedná o sankci objektivní, stanovenou zákonem, „kterou lze uložit jen tehdy, hrozí-li v zákoně, a jen takovou, která hrozí v zákoně, a jen řádným zákonným procesem“.⁴² Pod sankcemi se podle práva dohledu rozumí pokuta nebo odnětí povolení.⁴³ Toto rozlišení vychází z právní úpravy EU (čl. 37 Solventnosti II a další ustanovení). Vždy se jedná o opatření, které je vyvoláno nedovoleným chováním pojišťovny. Druhy opatření k nápravě jsou v členských státech harmonizované a tvoří dvě skupiny: opatření, která mají uvést do souladu činnost pojišťovny se zákonem, a nápravná opatření k zajištění finanční stability pojišťovny.⁴⁴ Všechna tato nápravná opatření nemají odkladný účinek. Pokuty pak

- 19 Kollhoser. cit. dílo, s. 869, marginální číslo 17.
 20 Platzer, Alexander Maximilian. *Versicherungsaufsicht in der Europäischen Union, Deutsches, Europäisches und Vergleichendes Wirtschaftsrecht*, Band 89, Nomos Verlag 2015, s. 68 a násl.
 21 MacNeil, Ian. *Enforcement and Sanctioning in Moloney Niamh, Ferran Eilís, Payne Jennifer. The Oxford Handbook of Financial Regulation*. Oxford University Press, 2015, s. 281.
 22 MacNeil, cit. dílo, s. 282.
 23 Kagan, Robert A. – Scholz, John T. *The Criminology of the Corporation and Regulatory Enforcement Strategies in Hawkins K. and Thomas J. (eds.). Enforcing Regulation*, 1984 in MacNeil, cit. dílo, s. 283.
 24 MacNeil, cit. dílo, s. 283.
 25 Cit. pramen v pozn. 17, ČNB, s. 6.
 26 Handbook: bod 2.1. *The FCA'S approach to enforcement, The Enforcement Guide*. Dostupné z: <https://www.handbook.fca.org.uk/handbook/EG/>.
 27 2.1, 1.4, *the Enforcement Guide*.
 28 <https://www.finma.ch/de/durchsetzung/alles-zur-durchsetzung/>.
 29 MacNeil, cit. dílo, s. 285.
 30 Scholz, *Voluntary Compliance and Regulatory Enforcement* 1984, 6(4), *Law and Policy*, s. 385. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9930.1984.tb00334.x>.
 31 Scholz, cit. dílo, s. 387 a násl.
 32 Scholz, cit. dílo, s. 388 a násl.
 33 Viz pozn. 23, ČNB, s. 9.
 34 MacNeil, cit. dílo, s. 285.
 35 MacNeil, cit. dílo, s. 285.
 36 Ayres, Ian – Braithwaite, John. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*, Oxford Socio-Legal Studies, New York Oxford, Oxford University Press, 1992, s. 35 a násl. Dostupné z: johnbraithwaite.com/wp-content/uploads/2016/.../Responsive-Regulation-Transce.pdf.
 37 Ayres, Braithwaite, cit. dílo, s. 35–36.
 38 Čl. 34 Solventnosti II, dále viz čl. 70 MIFID II (směrnice 20014/65/EU [2014] OJ L 173/349) vyjmenovává administrativní nástroje, které musí mít národní úřad k dispozici; čl. 7 směrnice o trestních sankcích za zneužití trhu (směrnice 2014/57/EU [2017] OJ L173/179, S II).
 39 Např. ve Velké Británii *The Public Interest Disclosure Act, 1988; REC 2.5A Guidance on*

mohou být dohledem uděleny za nedovolená jednání, která jsou výslovně v zákoně uvedena. Katalog skutkových podstat přestupků je rozsáhlý a od přelomu století se značně rozšířil.

Kromě správního postihu za nedovolené chování pojišťovny má dohled, resp. stát též nástroje trestněprávní.⁴⁵ Určení přiměřené role kriminalizace v katalogu sankcí není pro dohled jednoduché. Dohledová kontrola je často charakterizována morální nejednoznačností, protože permanentně kontroluje chování, které není samo o sobě morálně zavrženíhodné – naopak je společensky prospěšné. Za určitých okolností se však může stát společensky nežádoucím. Kriminalizace obsahuje určitý stupeň opovržení, které se ne vždy objevuje v případech správních pokut a které není nezbytné pro úspěšnou vynutitelnost plnění povinností. Kriminalizace představuje účinnou odstrašovací strategii, ale jen v případech, které jsou jednoznačné a nedaly se činnostmi dohledu předvídat. Obecně však platí, že pozitivní přístup pojišťovny k politice dodržování předpisů přispívá k naplňování cílů dohledu mnohem efektivněji.⁴⁶

Součástí strategie donucení je též výše ukládaných peněžitých trestů. Přístup německého BaFin lze charakterizovat tak, že výše pokut má přesahovat nejméně hospodářský prospěch dosažený nedovoleným chováním.⁴⁷ Britský dohled FCA formuluje svoji strategii takto: Cílem je změnit chování osoby, která je předmětem zásahu FCA, odstranit budoucí non-compliance jiných, eliminovat finanční přínos nebo jiný benefit z porušování pravidel, a kde je to možné, napravit škodu způsobenou non-compliance.⁴⁸ ČNB ve své strategii přístup k použití sankcí u pojišťoven formuluje tak, že „v případech, kdy k zajištění cílů nedostačují nástroje, které má dohled k dispozici, předává případ k vedení sankčního správního řízení“. Jedná se zejména o případy, kdy se dohled nemůže spolehnout na to, že v návaznosti na jeho doporučení či výzvu bude přijata efektivní náprava, nebo případ, kdy s ohledem na škodlivost zjištěného jednání je třeba uložit sankci.⁴⁹

Dalším faktorem ovlivňujícím ukládání pokut je reputační hledisko. Zveřejňování porušování předpisů a uložených sankcí má vliv na postavení potrestané firmy nebo jednotlivce. Např. FINMA zveřejňuje zahájená i ukončená řízení a nejdůležitější rozhodnutí dohledů a soudů, a to i v soukromoprávních sporech.⁵⁰

Jak již bylo výše uvedeno, je snahou dohledu spolupracovat s dohlíženými subjekty při výkonu dohledové činnosti. Jedním z nástrojů může být institut smířčího řízení mezi orgánem dohledu a pojišťovnou za zákonem stanovených podmínek. K takovému postupu již navádí dohled orientovaný do budoucna. Je zřejmé, že největším benefitem takového přístupu je, že donucení plnění povinností může být vyřešeno velmi rychle a s výsledkem, který přináší úsporu nákladů. Odstrašovacího efektu je dosaženo a spotřebitelům či investorům může být včas poskytnuta kompenzace. Proces urovnání je tradičně funkční např. ve Velké Británii a USA. Institut narovnání, resp. smíru podle FCA není totéž jako „mimosoudní narovnání“ v privátních právních vztazích. Narovnání podle FCA je dohledovým rozhodnutím učiněným FCA, jehož podmínky jsou přijaty firmou nebo jednotlivcem, kterých se týkají. Než dojde ke shodě o podmínkách narovnání, FCA pečlivě zvažuje své statutární cíle a jiné relevantní skutečnosti, jako jsou vyslání jasného, konzistentního poselství tímto aktem donucení. FCA přijme takové řešení jen ve vhodných případech, v nichž odsouhlasené podmínky rozhodnutí vyústí v přijatelné dohledové výsledky. V tomto ohledu nesmí dojít k poškození možnosti náhrady škody spotřebitelů postižených nedovoleným chováním firmy. Též je důležité, aby nebyli znevýhodněni ostatní spotřebitelé. Až na výjimky jsou rozhodnutí zveřejňována.⁵¹

Závěr

Donucení k plnění předpisů jako součást dohledové činnosti nabylo na značném významu při řešení následků finanční krize v roce 2008 a letech následujících. Donucení je prostředkem k naplnění cílů dohledu. Nejúčinnější strategií dohledu je dosažení optimální úrovně politiky pojišťoven v dodržování předpisů a vyspělosti řídicího a kontrolního systému. Vzájemné propojení činnosti dohledu a vyspělosti pojišťovny zajišťuje optimální míru vynutitelnosti plnění předpisů v pojišťovnictví.

Resumé

Enforceability of supervisory measures and sanctioning

The article reviews enforcement as a central aspect of the insurance regulatory system and rules. The nature of

Public Interest Disclosure Act: Whistleblowing. Dostupné z: <https://www.handbook.fca.org.uk/handbook/REC/2/5A.html>.

- 40 Paragraf 50 vyhl. č. 163/2014 Sb., o výkonu činnosti bank, spořitelních a úvěrních družstev a obchodníků s cennými papíry; § 12i z. č. 256/2007 Sb., o podnikání na kapitálovém trhu.
- 41 2.31, Senior management responsibility, Enforcement Guide.
- 42 Knap, cit. dílo, s. 201, marginální číslo 475.
- 43 Cit. pramen v pozn. 17, s. 37; § 95 a násl. ZPOJ nebo § 298 VAG-D.
- 44 Karfíková, Marie – Příkryl, Vladimír, a kol. Pojišťovací právo. Leges, Praha 2010, s. 148 a násl.
- 45 Např. z. č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.
- 46 Srov. MacNeil, cit. dílo, s. 297.
- 47 Meinung: Béatrice Freiwald zu Sanktionen und Maßnahmen, Beitrag aus dem Jahresbericht 2016 der BaFin. Dostupné z: https://www.bafin.de/DE/PublikationenDaten/Jahresbericht/jahresbericht_node.html.
- 48 2.2 (4), the Enforcement Guide.
- 49 Cit. pramen v pozn. 17, s. 6.
- 50 <https://www.finma.ch/de/dokumentation/ausgewaehlte-entscheide/>;
<https://www.finma.ch/de/dokumentation/versicherungsrechtliche-entscheide/>.
- 51 5.3, the Enforcement Guide.

enforcement is inevitably linked with regulatory strategy. Breach of the strategic objectives by an insurance company is defined as misconduct. Misconduct is a state that is contrary to the law. It is generally wider than just a breach of a specific duty. The reason of this conception is that regulatory rules are dominated by general clauses (e.g. policy holder interests). Strategies which supervisor has in its disposal range from deterrence to compliance. The enforcement strategy is linked with the level of cooperation between supervisory authority and supervised firms. The higher a level of compliance of supervised firms the lower and less intrusive a deterrence strategy can be. Based on the example of the so called enforcement pyramid supervisory instruments are described, namely from warning mechanism to license revocation. Also whistleblowing has a potential to improve compliance and enforcement. In conclusion, the author deals with questions as to who is responsible for misconduct, what enforcement measures should be employed. The author pleads for the method of the peaceful settlement of disputes between a supervisory authority and a regulated firm as a legal regulatory instrument.

Aktuální vývoj judikatury v oblasti pojištění a náhrady škody

Lucie Jandová / Generali Pojišťovna

Od účinnosti tzv. „nového občanského zákoníku“ (zákon č. 89/2012 Sb., účinnost k 1. lednu 2014) uběhlo již téměř pět let, z hlediska práva a zejména výkladu ustanovení nového právního předpisu takového rozsahu se však jedná o dobu poměrně krátkou. Z tohoto důvodu se v zásadě teprve začínáme setkávat s prvními rozhodnutími soudů vyšších stupňů k problematice řešené tímto novým právním předpisem.

Lze předpokládat, že judikatorní výklad ustanovení nového občanského zákoníku je otázkou dalších desetiletí. Judikatorní činnost soudů se však netýká pouze výkladů nového občanského zákoníku – vztahuje se také stále ještě k ustanovením novým občanským zákoníkem v zásadě nedotčeným, resp. k předchozí právní úpravě.

Odškodnění újem na zdraví

Předmětem zvýšeného zájmu pojistitelů byla a jistě i nadále zůstává problematika odškodňování újem na zdraví, a to jak újem způsobených osobě, která byla škodou přímo dotčena, resp. dalších nemajetkových újem těchto osob, tak újem způsobených osobám blízkým takto zraněným či usmrčeným osobám (sekundární oběti). Obě tyto oblasti doznaly přijetím nového občanského zákoníku mnoha změn, mj. i koncepčních. Jelikož se však jedná o problematiku ve skutečném životě velice častou, lze se, na rozdíl od jiných právních otázek, v této oblasti setkat již s několika rozhodnutími soudů vyšších stupňů, z nichž lze dovodit základní výklad předmětných ustanovení a pojetí náhrady újem na zdraví vůbec. Specifikem těchto právních otázek ve srovnání s jinými oblastmi upravenými občanským zákoníkem je, že řada rozhodnutí je činěna v rámci trestních řízení, tedy v rámci adhezního řízení. Zásady, v jejichž rozsahu jsou nároky na náhradu nemajetkové újmy během trestních řízení rozhodovány, jsou však v podstatě stejné jako pro řízení civilní, a proto jsou tato rozhodnutí použitelná i pro občanskoprávní spory o náhradu újem.

Pokud se jedná o odškodnění osoby, které byla způsobena újma na zdraví, nově otevřeným tématem se stal vztah odškodnění bolesti a tzv. „dalších nemajetkových újem“,

když nový občanský zákoník v § 2958 stanovuje, že při ublížení na zdraví odčiní škůdce poškozeného peněžitou náhradou vyvažující plně vytrpěné bolesti a další nemajetkovou újmu. K této problematice je třeba zmínit rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 25 Cdo 2245/2017 ze dne 1. listopadu 2017. V daném případě byl soudy nižších stupňů posuzován nárok na náhradu újmy spočívající v tom, že poškozený (dopravní nehodou) byl nucen 14 dnů ležet v nemocnici v jedné poloze s vyvěšenou nohou se závažím, byl ponechán odhalen před ostatními pacienty a byl nucen vylučovat a provádět intimní hygienu v přítomnosti dalších osob, což zasáhlo do jeho práva na čest a důstojnost. K tomu je nutno dodat, že nárok na odškodnění bolesti byl již dříve poškozenému přiznán v rámci jiného soudního řízení. Soud 1. stupně poškozenému nárok na náhradu další nemajetkové újmy nepřiznal (řízení zastavil), když shledal důvodnou námitku žalované, že řízení brání překážka věci rozsouzené, neboť potíže, jejichž odškodnění se poškozený dožadoval, byly již odškodněny v rámci tzv. „širšího pojetí bolestného“ v řízení vedeném mezi stejnými účastníky dříve. Znalec hodnotil v daném řízení fyzické i duševní strádání s hospitalizací poškozeného spojené. Odvolací soud rozhodnutí soudu 1. stupně potvrdil. Ve věci bylo následně podáno dovolání, odůvodněné argumentem, že napadené rozhodnutí závisí na vyřešení otázky výkladu pojmů „bolestné“ a „další nemajetková újma“, jež dosud nebyla v rozhodování dovolacího soudu vyřešena.

Nejvyšší soud ČR k této otázce dovodil, že i z jazykového výkladu zákona (a také užití stejné terminologie jako u předchozí právní úpravy, tedy „bolestné“ a „ztížení společenského uplatnění“, aniž zákonodárce tyto pojmy definuje či blíže rozvádí, a patrně je tedy užívá v již dlouhodobě ustáleném smyslu; novým pojmem je „další nemajetková újma“) je zřejmá samostatnost nároků na odškodnění bolesti, ztížení společenského uplatnění a další nemajetkové újmy. Je rovněž nepochybné, že tyto nároky vznikají nezávisle na sobě, zpravidla i v různou dobu, a mohou být i samostatně uplatněny. Výkladem nové občanskoprávní úpravy nelze dospět podle názoru Nejvyššího soudu ČR k závěru, že úmyslem zákonodárce byl odklon od dosavadní koncepce samostatných nároků na náhradu nemajetkové újmy na zdraví. Smyslem náhrady za bolest je vedle samotného bolestivého stavu odškodnit i určitou míru nepohodlí,

stresu či obtíží spojených s utrpenou zdravotní újmou, a to v rozsahu, v němž tyto zásahy do osobnostní sféry poškozeného z povahy věci souvisejí s bolestí obvykle doprovázející stavy popsané v jednotlivých položkách (tzv. „bolest v širším smyslu“). Nelze dovodit, že pojem „bolest“ má být chápán toliko jako fyzická bolest bez souvislosti s duševními aspekty bolestivých stavů. Nárokem na odškodnění bolesti je tedy myšleno odškodnění bolesti v tzv. „širším smyslu“, tedy jak bolesti fyzické, tak duševního strádání.

Další nemajetkové újmy při ublížení na zdraví jsou spojeny podle názoru Nejvyššího soudu ČR se zásahem do zdraví, který nespočívá v přechodné bolesti ani ve fyzické či psychické újmě dlouhodobého (trvalého) charakteru; jde o specifické okolnosti vymykající se obvyklému průběhu léčby a stabilizace zdravotního stavu, tedy o okolnosti, které nenastávají pravidelně, nýbrž zvyšují intenzitu utrpené újmy na zdraví nad obvyklou míru (jako příklad jsou uvedeny nečekaně závažné komplikace spojené s léčením a z nich plynoucí omezení, nemožnost účastnit se pracovní či studijní stáže, sportovního utkání nebo jiné pro poškozeného významné plánované aktivity či potrat způsobený psychickým otřesem, nikoliv škodní událostí samotnou). Naopak v rámci daného případu soud dovodil, že se jednalo o obvyklou léčbu pro daný typ zranění. Nemožnost vykonávat práci a věnovat se zálibám, vedlejší účinky léků, strach z léčebných zákroků, obavy z dalšího vývoje zdravotního stavu, nesamostatnost či závislost na péči třetích osob, sdílení nemocničního pokoje s dalšími pacienty, odloučení od rodiny a přátel a obdobné nepříjemné a omezující okolnosti jsou pravidelně spojeny s léčením.

Pro úplnost pak soud dovodil, že není vyloučeno, že i při takto náročných léčebných procedurách může dojít k vybočení (excesu) a tím i k zásahu do osobnostních práv pacienta, jestliže by v důsledku počínání např. zdravotnického personálu byl pacient vystaven zátěži vymykající se obvyklým omezením a nepohodlím; pak by ovšem šlo o újmu, za niž odpovídají jiné osoby (nikoliv škůdce, který odpovídá za prvotní poškození zdraví).

Další oblastí, která představovala v rámci právní úpravy náhrady újmy velkou neznámou, bylo odškodňování újem způsobených ztrátou blízké osoby. K tomuto nároku zákon sám neuvádí žádná konkrétní kritéria, kromě obecného vymezení (v § 2959 nového občan-

ského zákoníku), že při usmrcení nebo zvláště závažném ublížení na zdraví odčiní škůdce duševní útrapy manželu, rodiči dítěte nebo jiné osobě blízké peněžitou náhradou vyvažující plně jejich utrpení. Za první zásadní rozhodnutí soudu vyššího stupně v této věci lze zřejmě považovat rozsudek označovaný jako „Kopretina“, tedy rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 4 Tdo 1402/2015 ze dne 12. dubna 2016. Vzhledem k tomu, že další rozhodnutí na něj navazují, shrňme si podstatu věci a právní závěry rozsudku. Podstatou sporu byl nárok vznesený poškozenou, označenou (z důvodu věku) v rozsudku právě jako „Kopretina“, na náhradu nemajetkové újmy způsobené smrtí matky poškozené při dopravní nehodě. Náhradu újmy nárokovala nezletilá dcera zemřelé, matka a bratr. Mimořádnou okolností tohoto případu bylo, že nezletilá dcera zemřelé byla účastníkem nehody, viděla umírat svou matku a její smrtí přišla *de facto* o jediného rodiče, neboť biologický otec o ni nejevil zájem. Dále lze považovat za podstatné, že škůdce překročil rychlost vozidla o více než 40 km/h v úseku s maximální povolenou rychlostí 90 km/h a předjížděl před ním jedoucí vozidla v situaci, kdy pro takový manévr nebyly splněny podmínky, a v daném místě bylo předjíždění navíc zakázáno. Podle názoru soudu svým způsobem jízdy zcela ignoroval veškeré elementární zásady bezpečné jízdy, které jsou potvrzeny zákonnými pravidly, přičemž jako řidič v minulosti již vícekrát porušil dopravní předpisy, a to právě v podobě překračování nejvyšší povolené rychlosti. Soud 1. stupně a shodně odvolací soud mj. uložily škůdci náhradu nemajetkové újmy poškozeným v částkách 4,5 mil. Kč, 2 mil. Kč a 1 mil. Kč. Do výroku o náhradě nemajetkové újmy se obviněný dovolal.

Dovolací soud se v rámci svého rozhodnutí v této právní věci vyslovil k celé řadě právních otázek. Uvedl např., že oba soudy rozhodující před ním při určení výše reflexní (odvozené) újmy ve smyslu § 2959 nového občanského zákoníku (resp. její limitace částkou ve výši 10 mil. Kč, jako hodnotou lidského života) vycházely z Metodiky k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (bolesti a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 občanského zákoníku), která však na daný případ nedopadá; tato slouží k posouzení pro odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění primární oběti a nelze ji využít pro odškodnění duševních útrap pozůstalých poškozených jako sekundárních obětí ve smyslu § 2959 nového občanského zákoníku.

Dále Nejvyšší soud ČR dovodil, že primárním zájmem zákonodárce bylo odstranění paušálních zákonných náhrad, nikoliv zpochybnění samotné dosavadní rozhodovací činnosti soudů, která se k této problematice vyvinula před nabytím účinnosti nového občanského zákoníku, a tím nastolení diskontinuity v rozhodovací činnosti. Soudu se tedy jeví jako vhodné na tuto rozhodovací činnost navázat.

Vazby mezi rodinnými příslušníky považuje soud za naprosto unikátní druh společenských pout (mezi tradičně nejužší patří vztahy mezi rodičem a dítětem, manželi, eventuálně též sourozenci). Ve vztahu Kopretiny a její zesnulé matky jde o nejintenzivnější možný vztah v rámci osob blízkých – pouto matky a nezletilého dítěte –, které spolu sdílejí společnou domácnost, a matka o dítě každodenně pečuje. Nezletilé bylo v dané době sedm let (tedy byla ve věku, kdy si dítě uvědomuje, co pro něj rodič představuje, ale stále se jedná o nízký věk, při kterém se dítě se ztrátou matky vypořádá obtížněji než starší jedinec) a za absence spolužití s otcem se jednalo v případě matky o výlučně pečujícího rodiče. Faktor hmotné závislosti pak podle názoru soudu nelze omezovat jen na zaopatření poškozeného z hlediska hmotného – pozůstalý ztrácí komplexní péči, podporu a ochranu. Nejvyšší soud ČR má proto za to, že veškerá podstatná kritéria, která je třeba zohlednit při stanovení výše nemajetkové újmy, jsou naplněna v tomto případě na samé jejich horní hranici, resp. ji dokonce přesahují, neboť poškozená byla přítomna smrtelnému zranění své matky. Poškozené byla Nejvyšším soudem ČR přiznána náhrada nemajetkové újmy ve výši 700 000 Kč.

Soud se v rámci tohoto rozhodnutí vyjádřil také k samotnému rozsahu tohoto nároku obecně. Uvedl, že dosavadní paušální limit ve výši 175 000–240 000 Kč (tedy přiznávaný dosavadní právní úpravou) lze za současného stavu vnímat jako nízký, nicméně nepodložené jsou i představy širší veřejnosti o několikanásobném, či dokonce nelimitovaném navýšení těchto částek. Dovolacímu soudu se tedy jeví jako ospravedlnitelné, aby se stanovení výše náhrad odvíjelo v základním rozpětí mezi 240 000–500 000 Kč, a to pro skupinu citově nejbližších osob, jako jsou rodiče, děti a manželé. Tento rozsah odpovídá typovým (neutrálním) případům, kde nejsou naplněna zmírňující ani zpřísňující kritéria (např. forma zavinění, věk pozůstalého, zvýšená intenzita jejich vztahu apod.). V případě méně intenzivnějších příbuzenských vazeb by pak mělo být toto rozpětí přiměřeně modifikováno.

Rozpětí částky 240 000–500 000 Kč soud odůvodňuje také paralelou aktualizace hodnoty bodu stanovené při odškodnění bolesti ze 120 Kč na 1% hrubé měsíční nominální mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok předcházející roku, v němž vznikl takový nárok. V roce 2014 tak došlo ke zvýšení hodnoty bodu na 251,28 Kč; tento nárůst představuje 2,1násobek původního stavu, a navýšení kompenzace smrti blízké osoby na horní hranici 500 000 Kč je tedy navýšením plně odrážejícím novou koncepci.

Pokud se jedná o ostatní právní otázky, pak soud např. uvedl, že soudy 1. a 2. stupně podstatnou měrou přihlédly při stanovení náhrady duševních útrap k finančnímu zabezpečení poškozených do budoucna, zejména s ohledem na zájmy nezletilé Kopretiny – to však dovolací soud považuje za nepřipustné. Náhrada za duševní útrapy slouží k jednorázovému odčinění duševního strádání dcery, matky a bratra zemřelé poškozené plynoucího z jejich rodinného a sociálního vztahu charakteristického úzkou vazbou a intenzivními citovými pouty a jejich prostřednictvím nemohou již být nahrazovány nároky poškozených majetkové povahy. Tento nárok nelze zaměňovat s reparací ztrát v majetkové sféře nezletilé v podobě její výživy nebo u matky zemřelé v podobě ztráty každoměsíčního příspěvku na domácnost. Stejně tak nelze pod tento nárok podřazovat budoucí náklady na výchovu a výživu poškozené.

Dále se Nejvyšší soud ČR vyjádřil k otázce popírání viny škůdcem (a podání řádného a mimořádného opravného prostředku) ve vztahu ke kritériím posuzovaným při úvaze o přiznávání kompenzací, kdy dovodil, že takový přístup obviněného nelze považovat za přitěžující kritérium, neboť by došlo ke kolizi s realizací práva obviněného na obhajobu. Popírání viny tedy nelze bez dalšího hodnotit jako jednání, které zvyšuje utrpení poškozeného, ale jako neutrální a legitimní výkon práva na obhajobu. Naopak si lze představit situace, kdy obviněný se ke své trestné činnosti doznává, ale chová se k poškozeným arogantně, bezcitně a lhostejně, čímž jejich utrpení prohlubuje.

V neposlední řadě se Nejvyšší soud ČR vyjádřil k otázce návaznosti na sjednané pojištění, když uvedl, že nelze akceptovat úvahy (které v daném případě v rámci veřejného zasedání zazněly), že je bezpředmětné zabírat se otázkou náhrady nemajetkové újmy za situace, kdy byl již přiznaný nárok příslušnou pojišťovnou vyplacen (když před rozhodnutím Nejvyššího soudu ČR se jednalo o pravomocně při-

znáný nárok). Není přijatelné připustit názor, že v případě existence pojištění není třeba zabývat se hlubšími úvahami o výši náhrady a způsobu jejího určení. I v těchto situacích je nutné řídit se stejnými pravidly jako v případech, kdy nároky poškozených bude hradit sám pachatel.

Pokud se jedná o nárok na náhradu nemajetkové újmy přiznané poškozené Kopretině (a ostatním poškozeným), se zbytkem nároku byla odkázána na řízení ve věcech občanskoprávních. Ve věci byla pak proti rozhodnutí dovolacího soudu poškozenými podána ústavní stížnost (sp. zn. III. ÚS 2043/16), která však byla odmítnuta. Ústavní soud konstatoval, že stěžovatelé mají stále možnost uplatnit svůj nárok v občanském soudním řízení. Civilní soud pak může sám posoudit, zda je částka přiznaná v rámci adhezního řízení postačující, či nikoliv, a poškozeným příp. přiznat ještě zčásti nebo celé jejich požadované nároky; to však Ústavní soud není oprávněn předjímat. K výši odškodnění přiznaného trestním soudem se tedy Ústavní soud konkrétněji nevyjádřil. Ústavní stížnost podal i obviněný, nicméně i ta byla odmítnuta (sp. zn. IV. ÚS 2145/16).

Krátce po vydání rozsudku ve věci „Kopretina“ byl vydán rozsudek, který lze obdobným způsobem označit jako „Tulipán a petrklíč“ – rozsudek Nejvyššího soudu ČR opět vydaný v rámci adhezního řízení, sp. zn. 6 Tdo 1421/2015 ze dne 18. května 2016. I v tomto případě se jednalo o újmu pozůstalých (včetně nezletilých; zde se konkrétně jednalo o vnuky po řidiči motocyklu usmrceného při dopravní nehodě). Soud 1. stupně v daném případě odkázal poškozené s nárokem na náhradu újmy na řízení ve věcech občanskoprávních, odvolací soud pak každému z nezletilých přiznal náhradu újmy ve výši 400 000 Kč, manželce 474 000 Kč, dospělé dceři 650 000 Kč a zeťovi 200 000 Kč (se zbytky jejich nároků je opět odkázal na řízení ve věcech občanskoprávních).

I zde Nejvyšší soud ČR následně při svém přezkumu konstatoval, že odvolací soud při určení výše odvozené újmy vycházel z Metodiky k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (bolesti a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 nového občanského zákoníku), která však na daný případ a nároky nedopadá a nelze ji využít pro zjištění výše nemajetkové újmy spočívající v duševních útrapách pozůstalých osob. Dále soud odkázal na rozhodnutí „Kopretina“ s tím, že neshledal důvod v něm uvedená aplikační východiska měnit či modifikovat. V daném případě dovolací soud

dovodil kvalitní mezilidské vztahy mezi zesnulým a poškozenými. Za osobu blízkou soud považoval v tomto případě s ohledem na rodinné vztahy i zetě zesnulého, který s ním sice nebyl v příbuzenství založeném pokrevní linií, ale měl k němu výrazně pozitivní vztah. Za spravedlivou a přiměřenou náhradu nemajetkové újmy považoval Nejvyšší soud ČR u nezletilých vnuků částku 300 000 Kč pro každého z nich, u manželky a dcery zesnulého se pak jedná o 500 000 Kč a ve vztahu k zeťovi 200 000 Kč. Ve výroku pak dovolací soud zohlednil plnění již poskytnuté poškozeným pojistitelem škůdce nebo škůdcem samotným.

Pro srovnání výše náhrady újmy soud odkázal také na jiné evropské právní úpravy, které se převážně pohybují v těchto případech v rozmezí 200 000–500 000 Kč (např. Belgie, Rakousko, Slovinsko či Švýcarsko); některé státy kompenzují nemajetkovou újmu ještě nižším rozmezím (např. Finsko, Švédsko či Maďarsko – 100 000–200 000 Kč), příp. u nich náhrada této nemajetkové újmy zcela absenteje (Německo, Nizozemsko). Pokud se jedná o odškodňování přiznávané zejména v anglosaských řízeních, je zde nutno podle názoru soudu brát v potaz skutečnost, že na rozdíl od řízení ve státech, kde je veškeré odškodnění subsumováno do jedné částky, česká právní úprava důsledně rozlišuje mezi nároky.

Ochrana osobnosti podle zákona č. 40/1964 Sb. a pojištění odpovědnosti z provozu vozidla

Za přelomové rozhodnutí z hlediska práva, nicméně s faktickými dopady do českého právního prostředí spíše menšími, lze považovat rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR týkající se nároku na náhradu újmy za zásah do ochrany osobnosti podle § 11 a 13 zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, a jeho hrazení z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. Připomeňme, že předchozí právní úprava striktně rozlišovala mezi právy na náhradu škody (mezi něž řadila i z dnešního chápání nároky na náhradu nemajetkové újmy spočívající v odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění a jednorázové odškodnění za usmrcení osoby blízké podle § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb.) a právem na náhradu újmy za zásah do práva na ochranu osobnosti podle § 11 téhož zákona. V praxi bylo možno setkat se v případě požadovaných náhrad za ztrátu blízké osoby s kombinací uplatnění nároku podle § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb. a „doupłatnění“ zbývajících částí nároku podle

§ 13 téhož zákona, pokud se odškodnění podle § 444 odst. 3 pozůstalému nejevilo dostatečným. V případě uplatnění nároku podle § 13 se do popředí dostávala problematika pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. Z tohoto pojištění byly nároky podle § 444 odst. 3 v případě shledání odpovědnosti pojištěného za tento nárok hrazeny. Ve vztahu k § 13 však platila konzistentní judikatura soudů vyšších stupňů, zejména Nejvyššího soudu ČR, ale i Ústavního soudu, z níž vyplývalo, že pojištění odpovědnosti z provozu vozidla se na tento nárok nevztahuje. Podle § 6 odst. 2 písm. a) zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (ve znění do 1. ledna 2014), měl pojištěný právo, aby pojistitel za něj uhradil v rozsahu a ve výši podle občanského zákoníku poškozenému mj. způsobenou škodu na zdraví nebo usmrcením. Nároky na náhradu újmy způsobené zásahem do práva na ochranu osobnosti nebyly do rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 31 Cdo 1704/2016 ze dne 18. října 2017 z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla hrazeny. K tomu připomeňme např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 30 Cdo 1051/2005 či sp. zn. 30 Cdo 1578/2009, sp. zn. 30 Cdo 4083/2010 či sp. zn. 30 Cdo 3906/2011. Z rozhodnutí Ústavního soudu uveďme např. nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 16/04 ze dne 4. května 2005 nebo rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 8/06 ze dne 16. března 2006. Podle této judikatury se jednalo o dva odlišné nároky, z nichž každý chránil jiný statek (jeden zdraví a život a druhý soukromý a rodinný život), přičemž odškodnění za zásah do ochrany osobnosti se nekrylo se žádnou z pojistných událostí uvedených v § 6 odst. 2 písm. a) zákona č. 168/1999 Sb. a tento nárok nebylo možno podřadit pod institut odpovědnosti za škodu, a tedy pod uvedené ustanovení zákona o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla.

Rozhodnutím sp. zn. 31 Cdo 1704/2016 ze dne 18. října 2017 dochází v této právní problematice ke změně. V dané právní věci byla žalobci soudem uložena náhrada nemajetkové újmy v penězích podle § 11 a 13 zákona č. 40/1964. Sb., a tento se domáhal její úhrady z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. Soud 1. stupně hodnotil tento nárok jako nárok z titulu pojistného plnění, přičemž dovodil, že promlčecí doba začala běžet jeden rok po pojistné události (tedy 21. srpna 2010, když dopravní nehoda se stala dne 18. srpna 2009 a ke smrti zraněné osoby došlo dne 21. srpna 2009) a uběhla za tři roky, nárok žalobce je tedy promlčen. Soud také poukázal na rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 30 Cdo 1051/2005, podle něhož se pojištění na tento nárok

nevztahuje. Argumentaci rozsudky Soudního dvora EU ve věci C-22/12 a C-227/12 soud neuznal. Odvolací soud rozsudek soudu 1. stupně v napadených výrocích potvrdil. Kromě výše uvedeného rozhodnutí soud odkázal na rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 30 Cdo 4083/2010 a sp. zn. 30 Cdo 3906/2011 a rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 8/06 a nárok shledal neoprávněným, nadto i on dovodil promlčení nároku a námitku promlčení neshledal rozpornou s dobrými mravy.

Senát soudního oddělení č. 23 Nejvyššího soudu ČR, který měl věc následně na základě podaného dovolání projednat a rozhodnout o ní, dospěl ohledně otázky podřaditelnosti daného nároku pod § 6 odst. 2 písm. a) zákona č. 168/1999 Sb. k závěru odlišnému než dosavadní judikatura, a proto věc postoupil velkému senátu občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu ČR. O věci pak tedy rozhodl velký senát. Při rozhodování byla zohledněna právní úprava evropská, zejm. směrnice Rady, a dále judikatura Soudního dvora EU. Nejvyšší soud ČR došel k závěru, že výklad § 6 zákona č. 40/1964 Sb. dosud omezující povinné pojištné krytí občanskoprávní odpovědnosti pojištěného za škody, ačkoliv je dána občanskoprávní odpovědnost pojištěného, je v rozporu s unijním právem. Předmětné ustanovení je třeba vykládat při jeho aplikaci v souladu se zásadami plynoucími z judikatury Soudního dvora EU. Výklad tohoto ustanovení, podle kterého pojistitel není povinen nahradit nemajetkovou újmu poškozených přiznanou na základě § 13 odst. 1 a 2 zákona č. 40/1964 Sb., není v souladu s unijním právem a vnitrostátní soud by při jeho aplikaci měl přistoupit k jeho výkladu s použitím doktríny nepřímého účinku směrnic.

Důvodem, pro který tato jinak poměrně velká změna soudního výkladu zřejmě nebude pro pojistitele nijak zásadní, je skutečnost, že právní úprava pojištění odpovědnosti z provozu vozidla doznala v důsledku změn provedených novým občanským zákoníkem změny, která se do této problematiky s účinností od 1. ledna 2014 promítla. Nová právní úprava povinnosti nahradit újmu již lépe rozlišuje mezi právem na náhradu škody (jakožto majetkové újmy) a právem na náhradu nemajetkové újmy, přičemž i právo na náhradu újmy za odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění řadí správně mezi nemajetková práva, ale zejména odškodnění při usmrcení osoby blízké (a nově též při zvlášť závažném ublížení na zdraví) upravuje koncepčně jinak, když řadí toto právo mezi náhrady při ublížení

na zdraví a při usmrcení a přiznává manžel, rodiči, dítěti nebo jiné osobě blízké odčinění duševních útrap peněžitou náhradou vyvažující plně jejich utrpení. V návaznosti na to doznal změn také zákon č. 168/1999 Sb., když s účinností od 1. ledna 2014 má podle § 6 odst. 2 písm. a) pojištěný právo, aby pojistitel za něj uhradil v rozsahu a ve výši podle občanského zákoníku poškozenému způsobenou újmu vzniklou ublížením na zdraví nebo usmrcením. Podle přechodných ustanovení k náhradě škody (§ 3079 nového občanského zákoníku) pak platí, že právo na náhradu škody vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo přede dnem nabytí účinnosti nového občanského zákoníku, se posuzuje podle dosavadních právních předpisů. U dopravních nehod z doby po 1. lednu 2014 se již tedy uplatní výše uvedený rozsah tzv. „povinného ručení“ a problém ohledně zahrnutí odškodnění za ztrátu blízké osoby do pojištění odpovědnosti z provozu vozidla nevzniká.

Aktuální zůstává rozhodnutí sp. zn. 31 Cdo 1704/2016 pro případy, kdy se náhrada škody řídí předchozí právní úpravou, tedy § 444 odst. 3 a § 11 a 13 zákona č. 40/1964 Sb. V zásadě se tedy bude jednat o dopravní nehody z doby před 1. lednem 2014, tj. před více než čtyřmi lety. K tomu je nutno upozornit na druhou část rozhodnutí sp. zn. 31 Cdo 1704/2016, v rámci níž byl nárok žalobce shledán promlčeným. Podle názoru Nejvyššího soudu ČR je předmětem řízení uplatněný nárok na pojistné plnění, které se promlčuje v daném případě podle § 8 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě. Vznik povinnosti pojistitele plnit poškozenému náhradu nemajetkové újmy v penězích se váže na zásah do osobnostních práv fyzické osoby, nikoli na rozhodnutí soudu o tomto nároku. Soud tedy nepřisvědčil námitce žalobce, že počátek promlčecí doby by měl být dán až pravomocným rozhodnutím soudu o tom, že on má toto odškodnění poskytnout. Pro určení počátku běhu promlčecí doby je rozhodný okamžik, kdy došlo k neoprávněnému zásahu do osobnostního práva – tou dobou bylo v tomto případě úmrtí poškozeného. Promlčecí doba začala běžet jeden rok po této události, a k podání žaloby tedy došlo až po uplynutí promlčecí doby. Soud pak námitku promlčení vznesenou pojistitelem neshledal rozpornou s dobrými mravy; k tomu pak kromě jiného dodal, že samotná změna judikatorního přístupu nemůže být takovou okolností, která by odůvodňovala odepření účinků námitky promlčení.

Z právního závěru týkajícího se počátku a běhu promlčecí doby a akceptování námitky promlčení vznesené žalova-

ným lze dovozovat, že předmětné změnové rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR se bude vztahovat pouze na ty nároky, které byly včas uplatněny soudně, neboť u ostatních bude možno úspěšně se bránit námitkou promlčení.

Dědění nároku na náhradu nemajetkové újmy

Nový občanský zákoník upravil odlišně od předchozí právní úpravy také otázku dědění nároku na náhradu nemajetkové újmy. Předchozí právní úprava stanovovala v § 579 odst. 2 zákona č. 40/1964 Sb., že smrtí věřitele právo zanikne, bylo-li plnění omezeno jen na jeho osobu; zanikne i právo na bolestné a na náhradu za ztížení společenského uplatnění. Nároky na náhradu škody za bolest či ztížení společenského uplatnění, ač byly nazývány „škodou na zdraví“, měly povahu nemajetkové újmy, byly vázány výlučně na osobu poškozeného a její smrtí zanikaly, bez ohledu na to, zda byly uplatněny u soudu, či nikoliv, příp. v jakém stadiu bylo řízení o nich. Tyto nároky nepřecházely na dědice, a to ani v případě, že byly pravomocně přiznány. Nový občanský zákoník neobsahuje ustanovení o tom, že by nároky na toto odškodnění smrtí oprávněné osoby zanikaly. Naopak, v ustanoveních dědického práva výslovně uvádí v § 1475 odst. 2, že pozůstalost tvoří celé jmění zůstavitele, kromě práv a povinností vázaných výlučně na jeho osobu, ledaže byly jako dluh uznány nebo uplatněny u orgánu veřejné moci. Nová právní úprava se v tomto směru jeví také jako poměrně jednoznačná. Za spornou bylo možno považovat situaci, kdy se obě právní úpravy (a přechodná ustanovení) střetnou, tedy nárok na náhradu škody na zdraví se bude řídit právní úpravou předchozí, nicméně oprávněná osoba zemře za účinnosti nového občanského zákoníku.

K této problematice se Nejvyšší soud ČR vyjádřil v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 3556/2016 ze dne 27. dubna 2017. Právní podstata sporu spočívala v uplatnění nároku na náhradu újmy na zdraví (bolestné a ztížení společenského uplatnění) způsobené při dopravní nehodě dne 9. května 2013. Poškozená se u soudu domáhala přiznání tohoto odškodnění, nicméně dne 20. října 2014 (tedy za účinnosti nové právní úpravy) zemřela a soud v řízení rozhodl pokračovat s jejím procesním nástupcem, kterým byl jediný dědic. Usnesení soudu 1. stupně potvrdil i odvolací soud. Své rozhodnutí opřel právě o vymezení pozůstalosti v novém občanském zákoníku. Ve věci bylo následně podáno dovolání s otázkou, která právní úprava se použije v případě, kdy k porušení po-

vinnosti stanovené právními předpisy došlo do 31. prosince 2013, zatímco k úmrtí poškozeného po tomto datu.

Nejvyšší soud ČR zde dovodil, že pokud k porušení povinnosti řidiče došlo za účinnosti zákona č. 40/1064 Sb., občanského zákoníku, řídí se základ a výše nároků poškozené tímto zákonem. Okolnost, že po uplatnění nároku u soudu žalobkyně zemřela za účinnosti nového občanského zákoníku, pak znamená, že nedošlo k zániku jejích práv na náhradu újmy na zdraví a v otázkách dědění se uplatní přechodné ustanovení § 3069 nového občanského zákoníku, podle něhož se při dědění použije právo platné v den smrti zůstavitele. Jde o princip nepravé retroaktivity. Nárok na náhradu škody na zdraví tedy přešel v tomto případě na dědice a stává se předmětem dědického řízení.

Překážka litispendence

Otázkou, která byla v nedávné době zřejmě v souvislosti s rozhodováním většího množství nároků na náhradu nemajetkové újmy trestními soudy dovolacím soudem řešena (byť se po právní stránce nejedná o právní otázku novou, přijetí nového občanského zákoníku nemá na tento právní problém vliv), je vztah rozsudku trestního a dalšího řízení o nárocích na náhradu újmy. K této otázce se Nejvyšší soud ČR vyjádřil v rámci rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1689/2017 ze dne 25. května 2017. V daném případě se také jednalo o dopravní nehodu, při níž došlo k usmrcení sestry žalobců. Bratři uplatnili nárok na náhradu nemajetkové újmy v rámci trestního řízení a soud jejich nárokům vyhověl v rozsahu 50 % (ve zbývajících částech dovedl spoluzavinění poškozené). Se zbytkem nároků soud poškozené odkázal na občanskoprávní řízení. Civilní soud 1. stupně následně na základě znaleckého dokazování vyloučil spoluzavinění zemřelé a pozůstalým bratrům přiznal zbývajících 50 % jejich nároků.

Odvolací soud rozsudek soudu 1. stupně zrušil, když dovodil, že v rámci trestního řízení bylo o nárocích pozůstalých rozhodnuto v úplnosti (tím, že je soud snížil na polovinu, s ohledem na spoluzavinění poškozené). Podle názoru soudu je odkaz na řízení ve věcech občanskoprávních v dané věci pouhým deficitem trestního práva procesního, které neumožňuje nepřiznanou část nároku zamítnout, ačkoliv o ní bylo v rámci trestního řízení rozhodnuto, když trestní soud nevyhověl zbývajícím částem nároku žalobců ze zcela určitého důvodu (a tím bylo spoluzavinění poškozené), a tedy

se i v tomto rozsahu jedná o věc pravomocně rozhodnutou, kterou nelze znovu projednat v řízení občanskoprávním s ohledem na zásadu *ne bis in idem*.

V návaznosti na podané dovolání se problematikou zabýval Nejvyšší soud ČR, který uvedl, že z ustálené judikatury tohoto soudu vyplývá, že výrok rozsudku, jímž soud v trestní věci odkáže poškozeného s jeho nárokem (částečně či zcela) na řízení ve věcech občanskoprávních podle § 229 trestního řádu, nelze považovat za výrok, jímž by soud deklaroval „neopodstatněnost“ nebo „nezákonnost“ nároku. V případech, kdy trestní soud provedeným dokazováním zjistí, že nárok poškozenému nevznikl nebo že není prokázán, nemůže, a to ani zčásti, zamítnout návrh poškozeného. Soud také odkázal na svůj rozsudek sp. zn. 30 Cdo 987/2015, v němž uvedl, že uplatnění nároku na náhradu škody poškozeným v adhezním řízení nemůže nikdy vést k jeho definitivnímu odepření, neboť i v případě, že je poškozený s celým nárokem nebo s jeho zbytkem odkázán na občanskoprávní či jiné řízení, není vyloučeno, aby se ho v něm následně s úspěchem domáhal. Překážka věci rozsouzené by byla dána tehdy, jestliže o téže věci rozhodl soud v občanském soudním řízení, ale i pravomocným přiznáním nároku na náhradu škody v trestním řízení, v řízení o přestupku nebo pravomocným rozhodnutím vydaným v rozhodčím řízení. V rozsahu, v jakém byl poškozený odkázán trestním rozsudkem se svým nárokem na řízení ve věcech občanskoprávních, překážka věci rozsouzené není dána. V dané věci pak soud dovodil, že civilní soud není vázán závěrem trestního soudu o spoluzavinění poškozené.

Náklady trestního řízení

S trestním řízením souvisí otázka, která se na první pohled (ve srovnání s rozhodováním o vině a trestu a o právu na náhradu újmy) může jevit minoritní, nicméně v konkrétním případě nemusí být zanedbatelná, a to náhrada nákladů na uplatňování práv. V této souvislosti připomeňme, že z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla má podle § 6 odst. 2 písm. b) zákona č. 168/1999 Sb. pojištěný právo, aby pojistitel za něho uhradil v rozsahu a ve výši podle občanského zákoníku poškozenému účelně vynaložené náklady spojené s právním zastoupením při uplatňování nároků podle písmen a–c); v souvislosti se škodou podle písm. b) nebo c) však jen v případě marného uplynutí lhůty podle § 9 odst. 3 nebo neoprávněného odmítnutí nebo

krácení pojistného plnění pojistitelem. V rámci řešení nároku na náhradu škody nebo újmy však může vznikat celá řada nákladů, ať už v mimosoudním řešení nároku, nebo v rámci jeho projednávání soudem, trestním nebo civilním. K nákladům na uplatňování práv poškozeného v rámci trestního řízení se vztahuje poměrně nedávný rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 25 Cdo 4112/2017 ze dne 11. dubna 2018, kdy se v rámci soudního řízení poškození domáhali z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla proti pojistiteli nároku na úhradu nákladů, které vynaložili na své právní zastoupení v trestním řízení, v němž se připojili jako poškození z dopravní nehody s nárokem na náhradu škody proti škůdci. Škůdci byla trestním soudem uložena povinnost zaplatit poškozeným náklady na jejich zastoupení ve výši 177 023 Kč. Soud 1. stupně nárok poškozeným nepřiznal s tím, že žalovaná pojišťovna nebyla účastníkem trestního řízení, spor nevyvolala a trestní rozsudek ji nezavazuje. Odvolací soud zamítavý rozsudek ohledně úhrady nákladů právního zastoupení potvrdil. Soud považoval za správné, že žalovaná pojišťovna zaplatila žalobcům náklady právního zastoupení spojené s uplatněním nároku na pojistné plnění u ní, nicméně uvedl, že z tzv. „povinného ručení“ se nehradí veškeré újmy, ale pouze ty, které jsou zákonem taxativně vypočtené. V rámci podaného dovolání byla následně vznesena otázka, zda lze nárok na náhradu nákladů vynaložených v adhezním řízení podřadit pod § 6 odst. 2 písm. d) zákona č. 168/1999 Sb.

Dovolací soud v uvedené problematice zaujal názor, že pojistné plnění poskytované z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla není neomezené a nehradí se z něj veškeré újmy, které poškozenému v důsledku škodní události vznikly, ale pouze nároky taxativně vymezené v § 6 odst. 2 daného zákona. Soud opět konstatoval, že je nutno rozlišovat mezi právem poškozeného na náhradu škody a právem na pojistné plnění. Plnění pojistitele není plněním z titulu odpovědnosti za škodu, neboť osobou odpovědnou je pojištěný. Plnění pojistitele má charakter pojistného plnění. Uplatněním nároků je nutno rozumět jejich uplatnění vůči pojistiteli; to, zda poškozený uplatnil nárok na náhradu škody proti pojištěnému u soudu, je pro pojistitele bez významu. Rozhodnutí v takovém řízení nezakládá pojistiteli povinnost plnit poškozenému. Náklady podle § 6 odst. 2 písm. d) je tedy třeba vyložit jako náklady účelně vynaložené s právním zastoupením při uplatňování nároků na pojistné plnění.

Nemravnost účelového navyšování nákladů na odstraňování škod v systému povinného ručení

Dobré mravy byly předmětem přezkumu Ústavního soudu v případě nároku uplatněného proti pojistiteli z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. V daném případě se žalobce, na něhož byla poškozenou majitelkou vozidla postoupena pohledávka spočívající v nenahrazené části tvrzené škody na vozidle, domáhal proti pojistiteli vyplacení pojistného plnění v dané výši (když pojistitel uznal nárok na náhradu škody pouze z části). Soud 1. stupně nárok žalobci nepřiznal, když došel k závěru, že na opravu vozidla byly použity i neoriginální díly nižší hodnoty, proto nemohla vzniknout škoda v dané výši a pohledávka následně nemohla být postoupena na žalobce. Odvolací soud rozsudek změnil, když uvedl, že na stanovení výše škody nemá vliv, zda bylo vozidlo vůbec opravováno, zda byla oprava provedena kvalitně a kolik za ni poškozený zaplatil (příp. zda vůbec). K námitce pojistitele ohledně parazitování na systému povinného ručení uvedl, že je možná pochopitelná z lidského hlediska, nemá však věcné opodstatnění.

Ústavní soud však následně věc posoudil odlišně, když uvedl, že závěry odvolacího soudu nelze považovat za dostatečné a ústavně konformní. V nálezu sp. zn. IV. ÚS 2043/17 soud uvedl, že judikatura k problematice objektivizované náhrady škody směřuje primárně k ochraně poškozených jakožto slabších stran a k plnému odstranění škodlivých následků dopravních nehod. V posuzované věci však šlo o vztah mezi dvěma podnikateli. Z výpovědi majitelky vozidla vyplynulo, že s méně kvalitní opravou vozidla nebyla předem srozuměna – naopak byla od počátku informována, že vše „půjde přes pojišťovnu“. Autoservis vyfakturoval za méně kvalitní opravu částku odpovídající kvalitní opravě. Vozidlo tedy bylo opraveno méně kvalitně, s nižšími náklady, ale odpovědnostnímu pojistiteli bylo vyfakturováno více, přičemž rozdíl nebyl vyplacen ani jinak kompenzován poškozené majitelce vozidla (ani nebylo projevem vůle poškozené rozdíl ponechat např. autoservisu); nešlo o ochranu poškozené, ale o příjem z podnikání autoservisu nebo žalobkyně. K tomu Ústavní soud uvedl, že systém povinného ručení chrání primárně poškozené, potažmo viníky nehod (tedy pojištěné osoby), a „nelze připustit, aby byly účelovým navyšováním nákladů na odstraňování škod čerpány finanční prostředky, které by při

poctivém jednání čerpány nebyly, což by nakonec mohlo jít k tíži všech pojistníků“, neboť „povinné ručení by podražilo“. V daném případě šlo podle názoru Ústavního soudu pouze o maximalizaci příjmu autoservisu či žalobkyně ze systému povinného ručení a lze mít pochybnosti o tom, zda nejde o jednání nepoctivé a v rozporu s dobrými mravy. Takovým způsobem vytvořená pohledávka by podle názoru soudu jen stěží mohla být postoupena platně. Ústavní soud tedy konstatoval porušení ústavního práva pojistitele a rozsudek odvolacího soudu zrušil.

Použité zdroje

www.nsoud.cz

www.usoud.cz

Resumé

Current development of judicature in relation to insurance business and damage compensation

Over four years passed since the new Civil Code came into force (January 1, 2014), however, this is rather a short period of time from the perspective of law and mainly the interpretation of new legal regulations that is so extensive. Therefore, we are about to face the first rulings passed by higher courts about the issues tackled by this new legal regulations.

Dobrovolné zdravotní pojištění

Robert Kareš / předseda představenstva / Pojišťovna VZP

Cílem tohoto článku je zhodnocení pozice ČR v oblasti dobrovolného zdravotního pojištění vůči zemím WHO, EU a EFTA, posouzení konformnosti zavedení případného dobrovolného zdravotního pojištění s ústavním pořádkem ČR a posouzení nejlepšího statutu poskytovatelů takového pojištění v ČR.

1 Veřejné zdravotní pojištění

1.1 Zdravotnické právo se zaměřením na veřejné zdravotní pojištění

Oblast zdravotnického práva v ČR je upravena mnoha různými zákony: právními předpisy vyšší právní moci než zákon, čímž se rozumí ústava, ústavními zákony a mezinárodními smlouvami a rovněž mnoha podzákonnými právními předpisy, např. nařízeními vlády, vyhláškami ústředních orgánů státní správy (ministerstev), vyhláškami obcí a vyšších územně samosprávných celků apod. Ve vztahu k veřejnému zdravotnímu pojištění se jedná o mezinárodní dokumenty a ústavní zákony (zejména čl. 31), zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, zákon 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, a v neposlední řadě zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Předmětem největších odborných i politických diskuzí je čl. 31 ústavy, který praví: *Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, které stanoví zákon.* Vzhledem k některým rozhodnutím Ústavního soudu a vzhledem k tomu, že již dnes existují některé výkony, služby, léky a pomůcky, jež nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, lze tvrdit, že slovem „bezplatnost“ se rozumí skutečnost, že úhrada z veřejného zdravotního pojištění se realizuje mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou a že v době čerpání zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení v rozsahu veřejného zdravotního pojištění pacient nebude za tuto péči platit. Nic ale nebrání stanovit libovolný rozsah veřejného zdravotního pojištění, resp. omezit příp. stávající rozsah. Současně to ale znamená, že každý občan v ČR musí být zahrnut do systému veřejného zdravotního pojištění.¹

Ve vztahu k případnému dobrovolnému zdravotnímu pojištění to znamená, že stát může příp. omezit rozsah veřejného zdravotního pojištění, ale neměl by vysloveně vyjmout určitou skupinu a učinit ji závislou pouze na jiném typu zdravotního pojištění, než je pojištění veřejné, protože v takovém případě by se dostal do rozporu s ústavou.

1.2 Systém veřejného zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění v ČR je subsystémem sociálního pojištění. Je povinné pro okruh osob, které jsou dle zákona jeho účastníky. Základním kritériem účasti je občanství, trvalý pobyt a zaměstnání (zde bez ohledu na trvalý pobyt). Stát za některé skupiny osob přebírá povinnost hradit pojistné. Tato skupina tzv. „státních pojištěnců“, za které hradí pojistné stát, představuje velkou skupinu osob v rámci české populace. Státní pojištěnce je možno rozdělit do dvou kategorií. Do první kategorie patří např.:

- nezaopatřené děti,
- osoby pobírající důchod z důchodového pojištění (nemusí se jednat jen o starobní důchod, ale také o invalidní a pozůstalostní),
- osoby evidované na Úřadu práce jako nezaměstnaní.

Do druhé kategorie patří osoby, za které je plátcem pojistného stát jen za podmínky, že nemají zdanitelné příjmy. Jedná se o:

- příjemce dávek nemocenského pojištění;
- osoby, které se osobně a celodenně starají o jedno dítě ve věku do sedmi let nebo o dvě děti ve věku do 15 let;
- osoby, které splňují věkový limit pro přiznání starobního důchodu, ale nemají odpracovaný požadovaný počet let.²

Tabulka 1: Rozložení příjmů veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 s ohledem na státní pojištěnce (mld. Kč)

	Částka	Podíl
Vybrané pojistné	189,34	75,6 %
Platba státu	60,94	24,4 %
Celkem	250,28	100,0 %

Jak je patrné z tabulky 1, platba státu za státní pojištění představuje významnou položku; navíc vzhledem k demografickému vývoji ve smyslu stárnutí populace bude položka stoupat a bude zde neustálá tendence navyšovat platbu za státní pojištění, což bude stále více zatěžovat státní rozpočet.

Největší ekonomický problém státních pojištěnců mimo zatížení státního rozpočtu tvoří též fakt, že výdaje na tuto kategorii podstatně převyšují příjmy a představují tak významnou zátěž pro veřejné zdravotní pojištění a jeho bilanci, jak ilustruje tabulka 2. Dle ní je také patrné, že největší zátěž pro veřejné zdravotní pojištění a státní rozpočet představují státní pojištěnci; naopak největší přínos pro systém znamenají zaměstnanci. Tyto dvě kategorie jsou ovlivněny ekonomickou kondicí ČR a demografickým trendem. Současná ekonomická situace ČR je velmi dobrá, nezaměstnanost je rekordně nízká a platy rostou, je však téměř jisté, že tato situace nebude existovat navěky.

U kategorie státních pojištěnců stojí za zamyšlení, zda by bylo politicky průchodné přesunout povinnost platit pojištění za děti a studenty ze státu na rodiče s vyššími příjmy a realizovat zde tzv. „zástupnou platbu“, obvyklou např. v Belgii. Částka měsíčně placená státem za státní pojištění by rozhodně nepředstavovala pro osoby s vyššími příjmy žádnou zátěž a státnímu rozpočtu by takové řešení významně pomohlo. Toto řešení by bylo i ústavně konformní, neboť by nedošlo k vyloučení skupiny z veřejného zdravotního pojištění pouze při změně plátce.

Odvody do systému veřejného zdravotního pojištění tvoří 13,5%: 4,5% platí zaměstnanec, 9% hradí zaměstnavatel. OSVČ odvádí rovněž 13,5% ze svého příjmu; minimální měsíční záloha se vypočítává z průměrné mzdy. Dle nařízení vlády musí OSVČ na hlavní činnost platit minimální pojistné.

1.3 Výdaje na zdravotní péči v ČR

Z tabulky 3 vyplývá, že největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči měly zdravotní pojišťovny (jejich podíl se pohybuje okolo cca 70%); za nimi následuje státní rozpočet (cca 15%) a domácnosti (12%). Z uvedeného přehledu je patrné, že výdaje hrazené ze soukromého zdravotního pojištění jdou v drtivé většině ze soukromého zdravotního pojištění cizinců, takže soukromé zdravotní pojištění v ČR pro české občany je téměř nulové. Výdaje státního rozpočtu v roce 2014 stouply oproti roku 2013 o 3 mld. Kč. Celkové výdaje na zdravotní péči mají trvale rostoucí tendenci.

Co se týče domácností, přicházejí v úvahu přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče pocházejících z jiných finančních zdrojů. V převážné většině případů si domácnosti platí ambulantně užívané léky (ať už se jedná o doplatky u předepsaných léčiv, či platby plných cen u volně prodejných léků) a terapeutické pomůcky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby a materiál. Další, byť méně významné, jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a za různá potvrzení, především u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibýly regulační poplatky

Tabulka 2: Náklady a příjmy VZP ČR dle kategorií pojištěnců (mil. Kč)

	Náklady* (modelace)	Příjmy	Příjmy, včetně přerozdělení	Průměrný počet pojištěnců**
Samoplátci	8 874	11 577	11 577	734 018
Zaměstnanci	28 479	91 579	91 579	2 310 499
Státní pojištěnci	107 200	36 179	50 278	3 465 449
Saldo z přerozdělení	–	14 099	–	–
Celkem	144 553	153 434	153 434	6 509 966

* V případě pojištěnce s více kategoriemi jsou náklady pojištěnce rovnoměrně rozloženy do jednotlivých kategorií.

** Pojištěnec s více kategoriemi je zařazen do každé kategorie (nikoliv jen do jedné kategorie).

Tabulka 3: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování (mil. Kč)

Systém (konečný zdroj) financování zdravotní péče – HF	2010	2011	2012	2013	2014	Index 2014/2013
Veřejné zdroje	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	99,7
Veřejné rozpočty	56 879	56 935	56 934	59 058	62 013	105,0
– státní rozpočet	48 835	47 692	47 028	49 315	52 485	106,4
– místní rozpočty	8 044	9 243	9 906	9 743	9 528	97,8
Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 628	98,4
Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	115,9
Soukromé pojištění	427	477	520	475	537	113,1
Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	100,4
Závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	237,2
Domácnosti	41 867	42 275	43 634	42 247	43 102	102,0
Celkový součet	339 852	342 753	347 605	348 860	350 411	100,4

Zdroj: Český statistický úřad

za ošetření u lékařů, za recepty v lékárnách, návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. Posledně jmenovaný regulační poplatek byl od ledna 2014 zrušen. Tabulka 4 zobrazuje výdaje na zdravotní péči v ČR hrazené domácnostmi. Největší dynamika růstu úhrad domácností spočívala v oboru stomatologie.

1.4 Srovnání ČR se zeměmi EU a EFTA

Graf 1 znázorňuje pozici ČR v oblasti výdajů na zdravotní péči. Vyplynají z něj tři zajímavé skutečnosti:

- prostor pro soukromé zdravotní pojištění v ČR ve srovnání s EU/EFTA je téměř nulový,
- ČR má druhý největší podíl úhrady z veřejného zdravotního pojištění (78 %), za Nizozemskem (80 %),
- podíl domácností ČR (15 %) je 4 % za průměrem EU/EFTA (19 %).

Nejvyšší výdaje na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele mezi vybranými státy EU a EFTA vydávalo v roce 2013 Švýcarsko, následované Norskem a Nizozemskem, s hodnotou více než 5000 amerických dolarů (USD) přepočtených podle parity kupní síly (PPP) (viz graf 2). Pro srovnání, ve Spojených státech amerických to bylo přibližně 8700 USD PPP. Naopak nejméně vydávaly na zdravotní péči baltské státy: Polsko a Maďarsko, a to méně než 2000 USD PPP na obyvatele. ČR i Slovensko patří mezi země s nižšími výdaji na zdravotní péči na obyvatele, s jejich výší mírně nad 2000 USD PPP.

Pokud se zaměříme na reálný vývoj výdajů na zdravotní péči v posledních několika letech, je možné sledovat odlišné tendence ve dvou obdobích. Zatímco v letech 2005–2009 výdaje na zdravotní péči ve stálých cenách rostly v naprosté většině zemí, a to v průměru téměř 3% tempem, tak v letech 2009–2013 docházelo u značné části zemí ke snížení reálných výdajů na zdravotní péči, které se v průměru ročně projevilo poklesem o 0,3%. Změna ve vývoji byla především důsledkem světové finanční a ekonomické krize, čímž došlo v roce 2009 u cca třetiny zemí a v roce 2010 u více než poloviny zemí k reálnému poklesu výdajů na zdravotní péči. K nejvyššímu obratu ve vývoji výdajů na zdravotní péči po roce 2009 došlo v Řecku (průměrné roční tempo růstu pokleslo z 5,4 % na –7,2 %) a Irsku (z 5,3 % na –4 % ročně). ČR vykazovala před rokem 2009 nadprůměrný růst výdajů na zdravotní péči (5,4 %) a po roce 2009 se s průměrným ročním poklesem (–0,2 %) neodchylovala od průměru v ostatních zemích.

Zdravotnictví je významným odvětvím národního hospodářství a ve sledovaných zemích EU a EFTA činil v roce 2013 podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v průměru 8,7%. Z grafu 3 je patrné, že nejvyšší podíl výdajů na zdravotnictví byl zaznamenán v roce 2013 v Nizozemsku a Švýcarsku, kde činil více než 11% HDP, následovanými Švédskem, Německem a Francií, s hodnotami okolo 11%. Pro srovnání, ve Spojených státech amerických byl tento podíl více než 16%. Naopak nejnižší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP vykazovaly baltské státy, s hodnotami kolem 6%. ČR patřila se 7,1% spolu s Maďarskem (7,4 %) a Slovenskem (7,6 %) mezi země spíše s nižším podílem výdajů na zdravotní péči na HDP.

Tabulka 4: Výdaje českých domácností dle druhu péče (mil. Kč)

Druh zdravotní péče	Mil. Kč					Index 2014/2013
	2010	2011	2012	2013	2014	
Léčebná péče	12 709	12 559	12 597	12 638	13 336	105,5
Lůžková léčebná péče	710	583	798	644	698	108,4
Ambulantní léčebná péče	11 999	11 976	11 799	11 994	12 638	105,4
– všeobecná ambulantní léčebná péče	2 365	2 116	2 252	2 130	2 369	111,2
– stomatologická ambulantní léčebná péče	6 623	7 115	6 563	7 049	7 162	101,6
– specializovaná ambulantní léčebná péče	3 011	2 745	2 984	2 815	3 107	110,4
Rehabilitační péče	3 078	2 561	3 279	2 740	3 000	109,5
Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče	2 325	1 911	2 615	2 109	2 287	108,4
Ambulantní rehabilitační péče	753	650	664	631	713	113,0
Dlouhodobá lůžková péče	78	64	87	70	76	108,6
Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	26 002	27 091	27 671	26 799	26 690	99,6
Léčiva a zdravotnický materiál	20 341	21 551	22 112	21 594	21 088	97,7
– léky na předpis	8 605	9 115	9 402	9 258	9 061	97,9
– volně prodejné léky a léčiva	11 077	11 757	12 064	11 688	11 404	97,6
– ostatní zdravotnický materiál a výrobky	659	679	646	648	623	96,1
Terapeutické pomůcky	5 661	5 540	5 559	5 205	5 602	107,6
– brýle a další produkty oční optiky	3 692	3 613	3 625	3 394	3 653	107,6
– ortopedické a protetické pomůcky	292	286	287	269	289	107,4
– ostatní terapeutické pomůcky a vybavení	1 677	1 641	1 647	1 542	1 660	107,7
Celkový součet	41 867	42 275	43 634	42 247	43 102	102,0

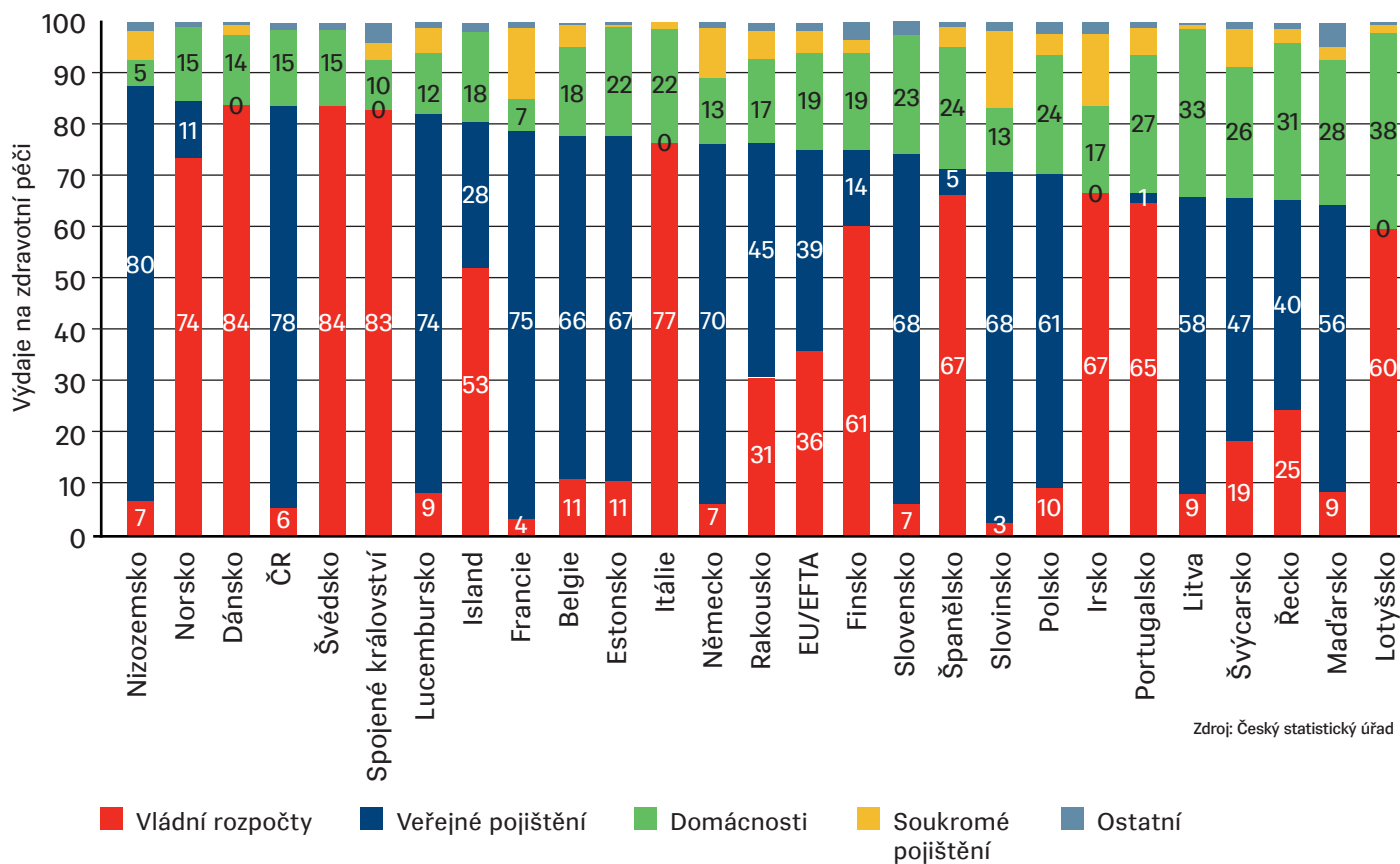
Zdroj: Český statistický úřad

Vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP byl významně ovlivněn světovou finanční a ekonomickou krizí a ukazuje na určitou setrvačnost financování zdravotnictví v závislosti na vývoji celé ekonomiky. Zatímco mezi lety 2005 a 2009 se v průměru zvýšil podíl zdravotnických výdajů na HDP z 8 % na 8,9 %, od roku 2009 tento podíl spíše stagnuje. V letech 2008 a 2009 došlo k relativně výraznému nárůstu

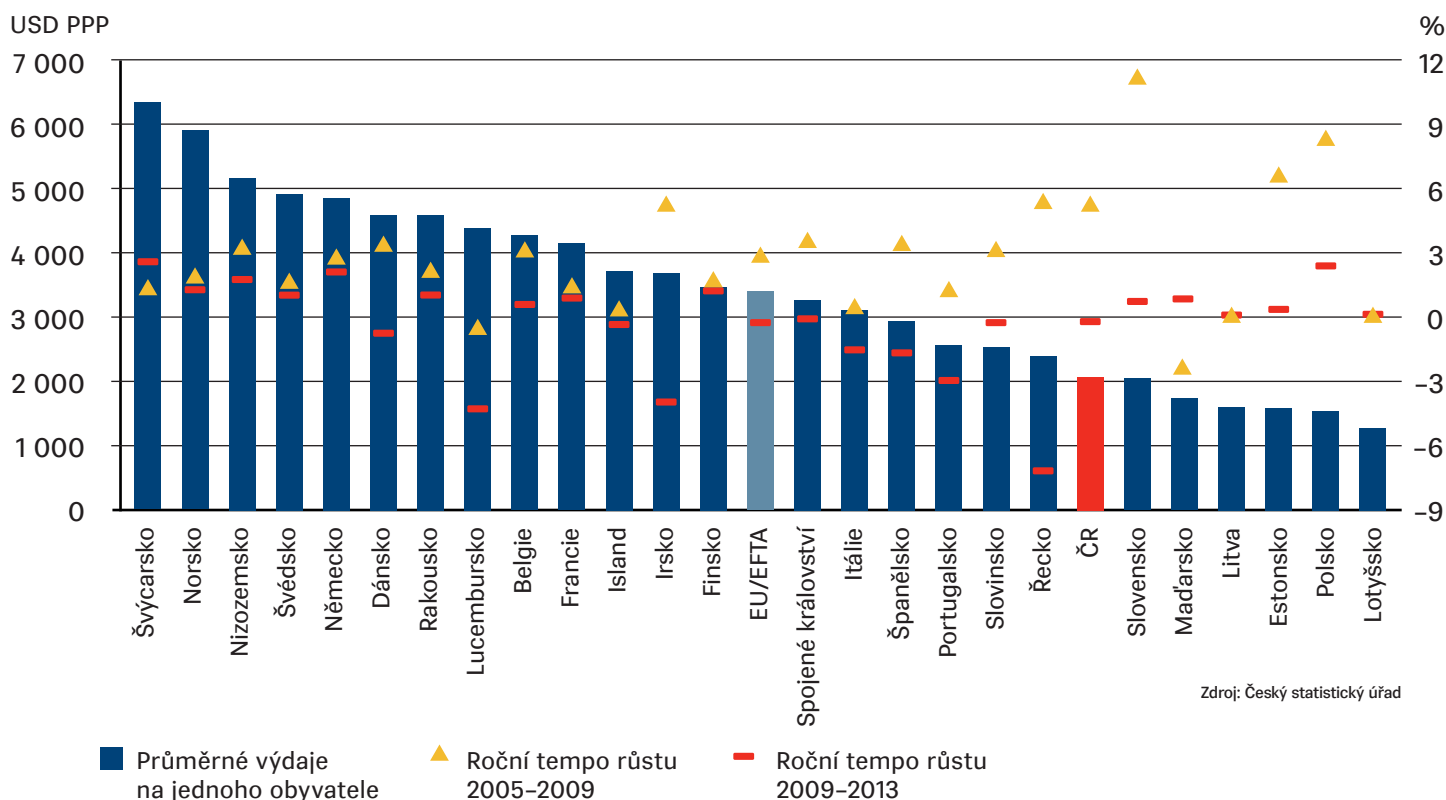
tohoto podílu ve většině zemí, což obecně souviselo s propadem HDP, a ne se zvýšením výdajů na zdravotní péči. Výraznější pokles výdajů na zdravotní péči a jejich podílu na HDP byl zaznamenán u většiny zemí až v roce 2010 (v průměru 8,7 %). Po roce 2010 nedocházelo v průměru k výrazným změnám v podílu výdajů na zdravotní péči na HDP, i když vývoj v jednotlivých zemích se odlišoval.

1 Barták, M. *Ekonomika zdraví*, 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 162–164.
2 Vančurová, A. – Láčková, L. *Daňový systém ČR 2016*. Praha: VOX, 2016, s. 156–157.
3 Sagan, A. – Thomson, S. *Voluntary health insurance in Europe: Role and regulation*. The UK: 2016, s. 32. ISBN 978-92-890-5038-8.

Graf 1: Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdrojů financování v zemích EU a EFTA v roce 2013 (%)



Graf 2: Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele ve vybraných zemích EU a EFTA v roce 2013 (USD PPP) a jejich průměrné roční tempo růstu ve stálých cenách (%)



POZNÁMKY:

Graf 1:

- 1 Data za Irsko a Lucembursko jsou za rok 2012.
- 2 Data za Island, Irsko a Spojené království zahrnují i kapitálové výdaje.
- 3 Data za Nizozemsko zahrnují povinné sdílení nákladů domácnostmi v rámci sociálního zabezpečení.
- 4 Země jsou řazeny podle výše podílu veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotní péči.

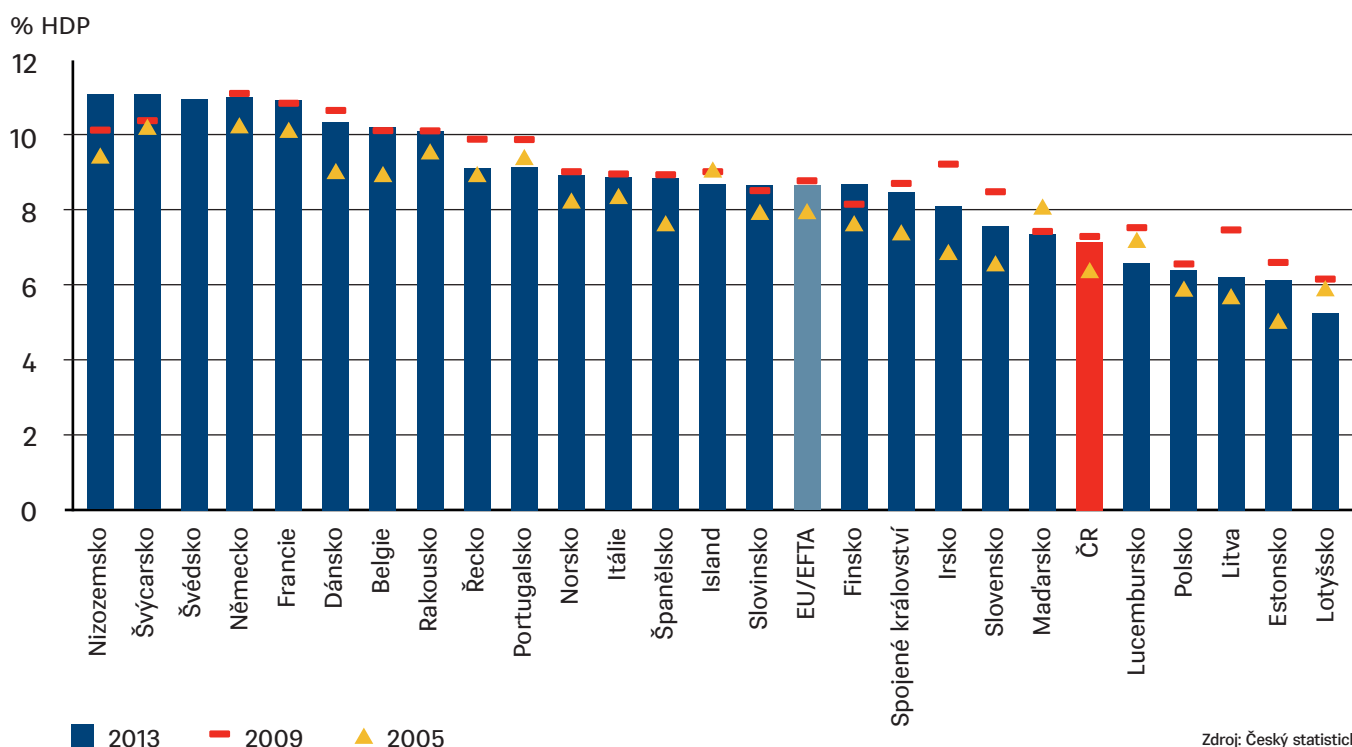
Graf 2:

- 1 Data o průměrných výdajích za Irsko a Lucembursko jsou za rok 2012.
- 2 Tempa růstu 2009–2013 za Estonsko, Polsko, Slovensko a Švédsko jsou kvůli úpravě metodiky pouze odhadem.

Graf 3:

- 1 Nejnovější data za Irsko a Lucembursko jsou za rok 2012.
- 2 Data za roky 2005 a 2009 nejsou kvůli významné úpravě metodiky uvedeny za Švédsko.

Graf 3: Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU a EFTA v roce 2013 a v letech 2005 a 2009 (%)



Zdroj: Český statistický úřad

2 Dobrovolné zdravotní pojištění

2.1 Dobrovolné zdravotní pojištění a jeho podíl na celkových výdajích na zdravotnictví a na soukromých výdajích

Nad rámec veřejného zdravotního pojištění existuje v mnoha zemích dobrovolné zdravotní pojištění. ČR je bohužel zemí s nejméně rozvinutým systémem dobrovolného pojištění, jak je vidět z tabulky 5.

Z kapitoly pojednávající o veřejném zdravotním pojištění plyne, že ne všechna nehrazená péče je hrazena z dobrovolného zdravotního pojištění, ale i přímými úhradami (soukromými výdaji). Tabulka 6 zobrazuje podíl dobrovolného pojištění na soukromých výdajích.



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

Tabulka 5: Podíl dobrovolného zdravotního pojištění na celkových výdajích na zdravotnictví v zemích WHO v roce 2014 (%)

Název země	Procentuální podíl na celkových výdajích na zdravotnictví
Gruzie	19,2
Slovinsko	14,1
Irsko	14,0
Francie	13,3
Izrael	10,3
Německo	8,9
Švýcarsko	7,4
Chorvatsko	6,9
Nizozemsko	5,9
Andorra	5,4
Portugalsko	5,1
Rakousko	4,6
Monako	4,4
Španělsko	4,4
Lucembursko	4,3
Belgie	4,1
Kypr	4,1
Polsko	4,0
Arménie	3,5
Velká Británie	3,4
Řecko	3,4
Uzbekistán	2,6
Maďarsko	2,6
Finsko	2,0
Dánsko	1,8
Malta	1,7
Ruská federace	1,7
Lotyšsko	1,6
Ukrajina	1,0
Itálie	0,9
Litva	0,8
San Marino	0,6
Ázerbájdžán	0,6
Švédsko	0,5
Bělorusko	0,5
Bulharsko	0,3
Srbsko	0,3
Bosna a Hercegovina	0,2
Estonsko	0,2
Tádžikistán	0,2
ČR	0,2
Rumunsko	0,1
Moldávie	0,1

Kazachstán	0,1
Slovensko	0
Island	0
Albánie	0

Zdroj: WHO

Tabulka 6: Podíl dobrovolného zdravotního pojištění na soukromých výdajích za zdravotní péči v roce 2014 (%)

Název země	Procentuální podíl dobrovolného pojištění na soukromých výdajích
Francie	61,0
Slovinsko	49,9
Nizozemsko	45,8
Irsko	41,2
Monako	38,9
Německo	38,8
Chorvatsko	38,2
Lucembursko	26,9
Izrael	26,4
Andorra	24,4
Gruzie	24,2
Švýcarsko	21,8
Rakousko	20,8
Velká Británie	20,4
Belgie	18,7
Španělsko	15,1
Portugalsko	14,4
Polsko	13,7
Dánsko	11,9
San Marino	9,2
Řecko	8,8
Finsko	8,1
Maďarsko	7,6
Kypr	7,5
Arménie	6,1
Malta	5,7
Uzbekistán	5,6
Lotyšsko	4,4
Itálie	3,7
Ruská federace	3,5
Švédsko	3,4
Litva	2,5
Ukrajina	2,1
Bělorusko	1,3
Estonsko	1,1

ČR	1,0
Bosna a Hercegovina	0,8
Srbsko	0,8
Ázerbájdžán	0,7
Rumunsko	0,7
Bulharsko	0,7
Tádžikistán	0,3
Moldávie	0,3
Kazachstán	0,3
Slovensko	0
Island	0
Albánie	0

Zdroj: WHO

2.2 Druhy dobrovolného zdravotního pojištění

V mezinárodní praxi existují čtyři typy dobrovolného zdravotního pojištění (viz tabulka 7). Za připomínku stále stojí, že substituční zdravotní pojištění vyjímající celé skupiny českých občanů z veřejného zdravotního pojištění by nebylo v ČR ústavně konformní.

Tabulka 8 ukazuje procentuální podíl populace, která je kryta substitučním zdravotním pojištěním, tedy určitá skupina byla vyjmuta ze systému veřejného zdravotního pojištění nebo jí bylo umožněno vystoupit a následně získala krytí formou tohoto substitučního zdravotního pojištění. U ČR, jež je zde zmíněna, se jedná o soukromé zdravotní pojištění cizinců bez zaměstnání a trvalého pobytu.

Tabulka 7: Klasifikace čtyř typů dobrovolného zdravotního pojištění

Název a role	Důvod vzniku	Podstata pojištného krytí
Zdravotní připojištění (supplementary)	Poptávka po lepší kvalitě a rychlosti řešení zdravotního problému (popř. načasování, tzn. objednání dle požadavku pacienta), než je schopno garantovat veřejné zdravotní pojištění	Rychlejší a flexibilnější přístup ke zdravotní péči, možnost výběru zdravotnického zařízení a lékaře, lepší služby, materiály, diagnostické metody, léky, zkrácení čekacích lhůt
Doplňkové zdravotní pojištění zdravotní péče (complementary – services)	Rozsah veřejného zdravotního pojištění obsahuje přímé úhrady či spoluúčast, tzn. že existuje větší množství nehrzených či částečně hrazených výkonů	Pojištění kryje zdravotní péči, kterou veřejné zdravotní pojištění nehradí vůbec nebo jen částečně
Doplňkové zdravotní pojištění na poplatky (complementary – user charge)	V systému zdravotnictví existují poplatky (např. za ošetření, hospitalizaci a za pohotovost, doplatky za léky atd.), ale nejedná se o nadstandard	Pojištění zajišťuje úhradu těchto poplatků
Substituční zdravotní pojištění (substitutive)	Určitá skupina je vyloučena z úhrady veřejného zdravotního pojištění nebo může dobrovolně vystoupit	Pojištění nabízí těmto skupinám alternativní pojištné krytí

Zdroj: WHO

Tabulka 9 zobrazuje procentuální podíl populace kryté doplňkovým zdravotním pojištěním na poplatky. Nejedná se o pojištění, které kryje nehrzenou nebo jen částečně hrazenou péči z veřejného zdravotního pojištění, ale hradí různé formy poplatků (regulačních, administrativních apod.). V některých zemích se účtují tyto poplatky za pobyt v nemocnici, vypsání receptu, návštěvu lékaře apod.

Tabulka 10 znázorňuje procentuální podíl populace kryté doplňkovým zdravotním pojištěním na péči, která je nehrzená nebo jen částečně hrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 11 přibližuje procentuální podíl populace, která si zakoupila zdravotní připojištění na lepší kvalitu zdravotní péče a zdravotních služeb a rychlejší a řízený přístup ke zdravotní péči.

Pro zajímavost lze uvést, že dle výzkumu Světové zdravotnické organizace není 21% české populace spokojeno s kvalitou zdravotnictví v ČR a rádo by tuto situaci zlepšilo přímými platbami nebo zdravotním připojištěním.³ Tabulka 12 uvádí příklady úhrad ze zdravotního připojištění.

Tabulka 13 nastiňuje příklady doplňkového zdravotního pojištění péče, která je nehrzená nebo jen částečně hrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 8: Procentuální podíl populace kryté některým z typů dobrovolného zdravotního pojištění za rok 2014 (%)

Název země	Procentuální podíl populace krytý substitučním zdravotním pojištěním
Kypr	22 %
Německo	11 %
Španělsko	3 %
ČR	1 % (jedná se o cizince ze třetích zemí bez občanství, trvalého pobytu a zaměstnání, což je v souladu s ústavou)

Zdroj: WHO

2.3 Poskytovatelé dobrovolného zdravotního pojištění a situace v ČR, regulace, daňová zvýhodnění

V mezinárodní praxi je dobrovolné zdravotní pojištění nabízeno různými druhy společností, jako jsou veřejné společnosti, vzájemné pojišťovny, klasické komerční pojišťovny. V ČR nabízí velmi omezený rozsah doplňkového zdravotního pojištění komerční pojišťovny; toto pojištění se řídí přísnou regulací a zákonem o pojišťovnictví, zákonem o pojistné smlouvě a občanským zákoníkem. Regulátorem je Ministerstvo financí ČR a dohledovým orgánem je Česká národní banka. Souběžné provozování veřejného a komerčního pojištění bylo možné od roku 1995 do roku 2004 v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR; od vstupu do EU není možné. Velkou výhodou je, že systém komerčního pojištění je na případné poskytování dobrovolného zdravotního pojištění připraven a je schopen zpracovat jakoukoliv poptávku. Pakliže by existoval zájem stanovit přesné parametry dobrovolného zdravotního pojištění, je možné tak učinit prostřednictvím tzv. „povinného pojištění“ (jako je např. povinné pojištění odpovědnosti z provozu motorového vozidla, pojištění profesní odpovědnosti apod.).

V žádném případě však nelze doporučit jakékoliv pokusy o zavedení možnosti dobrovolného zdravotního pojištění v rámci existujících zdravotních pojišťoven, protože ve světě již schváleného regulačního požadavku Solventnosti II a téměř jistého negativního stanoviska České národní banky a Ministerstva financí ČR by se jednalo o marný proces. Veřejné zdravotní pojištění a pojištění poskytované na smluvní bázi by mělo zůstat oddělené a regulované jinými právními úpravami. Při návštěvě v Bruselu ve státní instituci dozorující a regulující veřejné zdravotní pojišťovny – RIZIV/INAMI – nám bylo potvrzeno, že veřejné pojišťovny, které současně provozují soukromé zdravotní pojištění, musí beze zbytku naplnit požadavky Solventnosti II. Náklady na takové plnění jsou ale obrovské.

Tabulka 9: Procentuální podíl populace kryté doplňkovým zdravotním pojištěním na poplatky za rok 2014 (%)

Název země	Procentuální podíl populace kryté doplňkovým zdravotním pojištěním na poplatky
Francie	90 %
Slovinsko	84 %
Chorvatsko	59 %
Dánsko	38 %
Německo	27 %
Finsko	17 %

Zdroj: WHO

Vytvořit prostor pro dobrovolné zdravotní pojištění v ČR lze legislativně poměrně jednoduše, a to omezením rozsahu veřejného zdravotního pojištění. Co se týče daňového zvýhodnění dobrovolného zdravotního pojištění, k tomu je v různých zemích přistupováno různě. V ČR by bylo dobré tuto alternativu zvážit, ale pouze u doplňkového zdravotního pojištění (úhrada péče nehrazené nebo hrazené jen částečně); u zdravotního připojištění takové pojištění nemá logiku, neboť je uzavíráno lidmi s vyšším disponibilním příjmem.

Zavedení dobrovolného zdravotního pojištění v ČR lze realizovat prostřednictvím zákona o veřejném zdravotním pojištění, který vytvoří prostor pro toto pojištění ve třech možných a v ostatních zemích obvyklých formách:

- rychlejší a flexibilnější přístup ke zdravotní péči, možnost výběru lékaře (operátora, porodníka), lepší služby, materiály, diagnostické metody, léky, zkrácení čekacích lhůt;
- omezení úhrady veřejného zdravotního pojištění;
- zavedení dalších vhodných regulačních a administrativních poplatků.

Autor tohoto příspěvku je přesvědčen, že pojišťovny působící na území ČR jsou na případné zavedení dobrovolného zdravotního pojištění připraveny a že by tento krok znamenal vytvoření dalšího zdroje financování českého zdravotnictví.

Tabulka 10: Procentuální podíl populace kryté doplňkovým zdravotním pojištěním za rok 2014 (%)

Název země	Procentuální podíl populace kryté doplňkovým zdravotním pojištěním
Nizozemsko	84 %
Dánsko	38 %
Německo	27 %
Velká Británie	5 %

Zdroj: WHO

Tabulka 11: Procentuální podíl populace se zdravotním připojištěním za rok 2014 (%)

Název země	Procentuální podíl populace se zdravotním připojištěním
Švýcarsko	70 %
Belgie	60 %
Irsko	47 %
Rakousko	34 %
Lotyšsko	24 %
Malta	21 %
Portugalsko	20 %
Dánsko	20 %
Finsko	17 %
Řecko	11 %
Španělsko	10 %
Gruzie	10 %
Itálie	10 %
Velká Británie	9 %
Ruská federace	9 %
Polsko	7 %
Norsko	6 %
Švédsko	5 %
Ukrajina	3 %
Bulharsko	2 %
Slovensko	1 %
Litva	1 %

Zdroj: WHO

Resumé

Private health insurance in the Czech Republic

Since the establishment of the public health insurance in the Czech Republic in 1991 the private and voluntary health insurance have remained absolutely marginal in the Czech health insurance system and the share of the private and voluntary health insurance seems to be the lowest in Europe and OECD countries. At the same time the extent of the Czech public health insurance is one of the largest in Europe. I have tried to compare the share of the Czech private and voluntary health insurance to that of other European and OECD countries to confirm the previous hypothesis, mentioned some examples of private and voluntary health insurance in other countries and outlined some possible challenges for the Czech Republic in the future.

Použité zdroje

Barták, M. *Ekonomika zdraví*, 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

Sagan, A. – Thomson, S. *Voluntary health insurance in Europe: Role and regulation*. The UK: 2016. ISBN 978-92-890-5038-8.

Vančurová, A. – Láchová, L. *Daňový systém ČR 2016*. Praha: VOX, 2016. ISBN 978-80-87480-44-1.

www.czso.cz

www.who.org

Tabulka 12: Příklad úhrad zdravotního připojištění

Název země	Příklad úhrad zdravotního připojištění
Arménie	Lepší kvalita péče
Rakousko	Privátní péče, výběr lékaře v nemocnici, rychlejší přístup k vybrané péči ve zdravotnickém zařízení, lepší ubytování v nemocnici, výplata peněžní částky při vybraných výkonech
Belgie	Lepší ubytování v nemocnici, úhrada poplatků za lékaře
Bulharsko	Přímý a rychlejší přístup ke specialistovi, výběr lékaře v nemocnici, lepší služby v nemocnici
Chorvatsko	Preventivní prohlídky, přímý přístup ke specialistovi, lepší diagnostika, fyzioterapie, lepší ubytování v nemocnici
Kypr	Rychlejší přístup, výběr poskytovatele, lepší služby v případě vybrané ambulantní a lůžkové péče, lepší diagnostika, doprava, lepší péče v porodnicích, při fyzioterapii a léčení v zahraničí
ČR	Lepší ubytování v nemocnici
Dánsko	Výběr lékaře, privátní nemocnice a lepších diagnostických metod, rychlejší přístup ke zdravotní péči
Estonsko	Rychlejší přístup ke zdravotní péči (např. v neakutních případech je garantována pětidenní lhůta objednání k lékaři)
Finsko	Léčba v privátních zařízeních, rychlejší přístup
Francie	Nadstandardní služby v nemocnici, samostatný pokoj apod.
Gruzie	Přístup k nadstandardním službám v nemocnici
Německo	Léčba v privátních zařízeních, výběr specialisty a operátéra, nadstandardní služby v nemocnici
Řecko	Výběr specialisty a operátéra, vyšší kvalita služeb, rychlejší přístup
Maďarsko	Lepší služby v nemocnici, rychlejší přístup ke zdravotní péči
Irsko	Lepší pokoje v soukromých i privátních zdravotnických zařízeních, rychlejší přístup ke zdravotní péči
Itálie	Rychlejší přístup, výběr specialisty a operátéra
Lotyšsko	Přímý přístup ke specialistovi, přístup do nesmluvních zdravotnických zařízení, rychlejší přístup ke zdravotní péči (vyšetření a diagnostika)
Litva	Rychlejší přístup ke zdravotní péči (ambulantní péče, včetně drobné chirurgie, konzultace s praktickým lékařem, diagnostika, prevence, perinatální péče, oční a zubní lékař, rehabilitace, lůžková péče)
Malta	Rychlejší přístup k léčbě, nadstandardní služby v nemocnici, možnost zákroků a léčení v zahraničí
Norsko	Rychlejší přístup k vybrané léčbě a péče v soukromých klinikách
Polsko	Privátní péče (hospitalizace, rehabilitace, doprava, ošetrovatelské služby, zubní péče), rychlejší přístup ke zdravotní péči a lepší kvalita ambulantní péče, včetně diagnostiky, medikace, výkonů a postupů
Portugalsko	Výběr poskytovatele, rychlejší přístup ke zdravotní péči, přímý vstup ke specialistovi
Rumunsko	Nadstandardní ubytování v nemocnici, výběr poskytovatele, privátní péče
Ruská federace	Rychlejší přístup do kvalitních zdravotnických zařízení, privátní péče
Slovensko	Rychlejší přístup k ambulantní péči, nadstandardní ubytování v nemocnici, rychlejší přístup k očnímu lékaři, zubnímu lékaři a rehabilitaci
Slovinsko	Nadstandardní služby v nemocnici a lázních, nadstandardní postupy, výkony a materiály, rychlejší přístup ke zdravotní péči
Španělsko	Privátní péče, rychlejší přístup ke zdravotní péči, možnost výběru lékaře, zařízení a lepší služby
Švédsko	Rychlejší přístup ke zdravotní péči, privátní péče
Švýcarsko	Výběr lékaře v rámci nemocnice, lepší ubytování v nemocnici
Velká Británie	Rychlejší přístup ke zdravotní péči, výběr zdravotnických zařízení a lékaře, lepší služby

Tabulka 13: Příklad úhrad doplňkového zdravotního pojištění zdravotní péče za rok 2014

Název země	Příklad úhrad doplňkového zdravotního pojištění zdravotní péče
Rakousko	Zubní ošetření, ošetření očním lékařem, fyzioterapie, návštěvy lékaře domů, lázeňská péče, alternativní medicína
Bulharsko	Zubní ošetření, zdravotní pomůcky, ambulantní léky, laboratorní vyšetření apod.
Dánsko	Ošetření zubním a očním lékařem, fyzioterapie, psychiatrie, chiropraxe, zdravotní pomůcky apod.
Estonsko	Zubní ošetření, poúrazová rehabilitace a zdravotní pomůcky nehrazené z veřejného zdravotního pojištění
Francie	Zubní ošetření, ošetření očním lékařem a vybrané výkony, např. oční korektivní zákroky
Německo	Zubní ošetření
Irsko	Domácí návštěva praktickým lékařem, fyzioterapie, zubní ošetření, ošetření očním lékařem, alternativní medicína
Itálie	Zubní ošetření, ošetření očním lékařem, domácí péče, kosmetické výkony, protézy, rehabilitace, transplantace, spoluúčast na ambulantní i lůžkové péči, alternativní medicína
Lotyšsko	Zubní ošetření, ošetření očním lékařem, fyzioterapie, masáže, rehabilitace, očkování, sluchové pomůcky, protézy, plastická chirurgie, umělé oplodnění, alternativní medicína
Litva	Ortodoncie, včetně zubních protéz, některé léky a rehabilitační pomůcky, brýle a kontaktní čočky, lázeňská péče, fyzioterapie, homeopatie
Malta	Zubní ošetření
Nizozemsko	Zubní ošetření, ošetření očním lékařem, fyzioterapie, logopedie, vybraná preventivní péče, kosmetická chirurgie, alternativní medicína
Ruská federace	Zubní ošetření
Slovinsko	Alternativní medicína, zubní ošetření, kosmetická chirurgie, některé léky
Španělsko	Zubní ošetření pro dospělé, chiropraxe, alternativní medicína
Švýcarsko	Některé léky, alternativní medicína, zubní ošetření, brýle a kontaktní čočky
Velká Británie	Zubní ošetření, alternativní medicína

Zdroj: WHO

Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění

Ing. Jan Mertl, Ph.D. / Vysoká škola finanční a správní

Český systém veřejného zdravotního pojištění vznikl na začátku 90. let 20. století ve snaze transformovat socialistické zdravotnictví. Určitou inspirací pro jeho konstrukci byly dva podobné systémy: prvorepublikový systém nemocenských pokladen a tehdejší německý systém zákonného zdravotního pojištění (Busse, Blümel, Knieps a Bärnighausen, 2017). Po jeho zavedení došlo poměrně rychle k nárůstu počtu pojišťoven (až na 27) a spolu se zavedením tzv. „bodového systému výkonových plateb“ celý systém vykazoval značnou finanční nestabilitu. To bylo řešeno změnou úhradových metod, centrální regulací a postupným posilováním původně jen částečného přerozdělení pojistného.

Poté došlo ke konsolidaci počtu pojišťoven na stávajících sedm; základní prvky financování systému však i přes řadu reformních návrhů zůstaly zhruba stejné až do současnosti. Zprvu se předpokládalo, že pojištěnci zaměstnaneckých pojišťoven budou především zaměstnanci příslušných podniků či odvětví a jejich rodinní příslušníci, avšak tento princip nedošel důsledného naplnění a v praxi se volba pojišťovny na zaměstnání často přestala vázat. Pojištěnec tak může jednou ročně přestoupit k jiné pojišťovně. Epizodou zůstalo zavedení zdravotnických poplatků v roce 2008, z nichž setrvává v platnosti poplatek za pohotovostní službu.

S využitím znalosti sociální teorie a politiky (Krebs, 2015) můžeme na české veřejné zdravotní pojištění nahlížet poměrně kriticky, neboť původně zvolená konfigurace už v řadě ohledů neodpovídá současným poznatkům, prostředí ani nárokům. Cílem tohoto článku je zmapovat významné prvky veřejného zdravotního pojištění, ukázat hlavní možnosti volby, které jsou k dispozici, a návaznost na volitelnou část zdravotní péče či formulovat některá doporučení do budoucna.

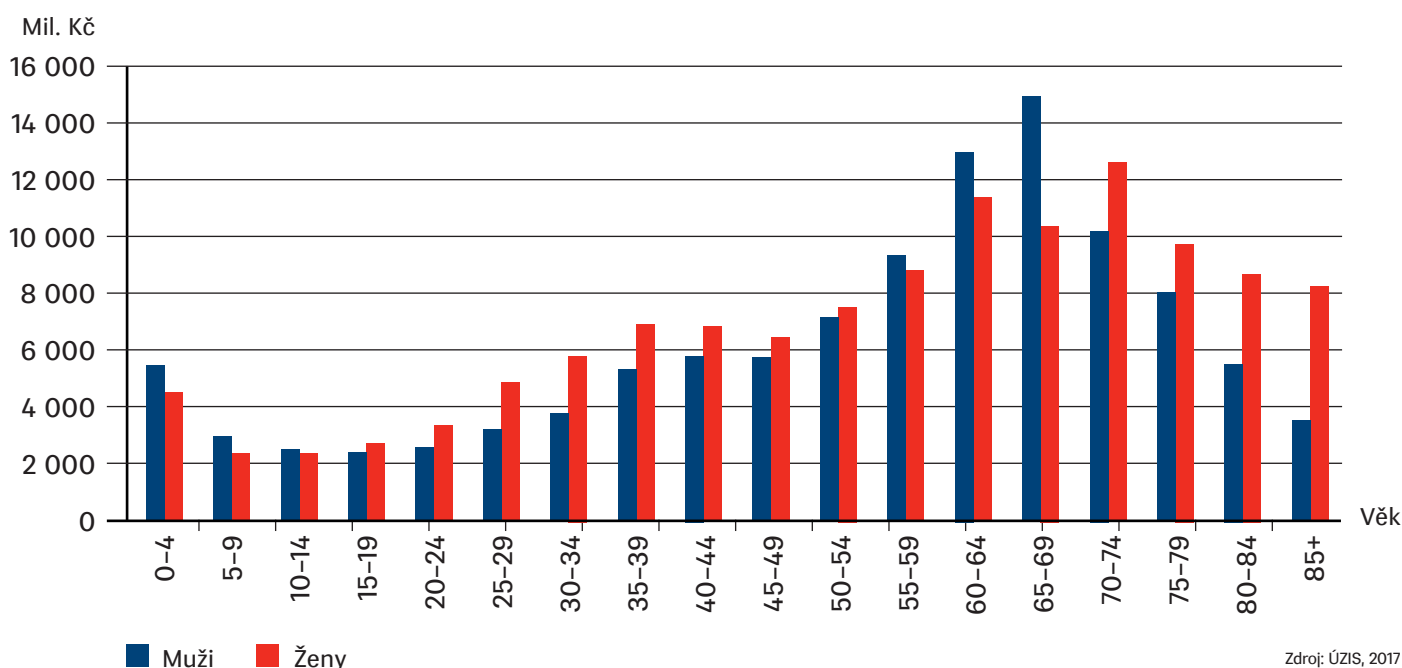
Financování zdravotnictví a počet zdravotních pojišťoven

Primární volbou každé konfigurace financování zdravotnictví v jeho univerzální části je otázka, zda mít „jednu pojišťovnu, nebo víc“. Jde o zjednodušené vyjádření dilematu, zda má stát financovat zdravotnictví přímo přes veřejné rozpočty, obvykle v rámci regionálních zdravotních autorit

(a tedy *de facto* bez pojišťovny), nebo zda mít v systému více plátců – zdravotních pojišťoven hradících péči svým pojištěncům. Model jednoho plátce (*single-payer*) je technicky jednodušší, více spoléhá na kvalitu veřejné správy a mívá o něco nižší správní náklady. Model více plátců (*multi-payer*) pak skýtá prostor pro regulovanou konkurenci zejména směrem ke zdravotnickým zařízením, úhradám a organizaci zdravotní péče, v určité míře i k pojištěncům (Zweifel, 2004). Dále vnáší do systému určitou dynamiku, vykoupenu vyššími náklady na správu a složitějším regulatorním nastavením, včetně rozhodnutí veřejné volby o tom, v čem se pojišťovny mohou lišit, a v čem nikoli. Navzdory obecnému povědomí však není podmínkou existence *multi-payer* systému cenová konkurence v sazbách pojistného. *Multi-payer* systém má také významně vyšší *self-governance* (Greer, Wismar a Figueras, 2015), tedy autonomii řízení systému a menší závislost na politickém cyklu. V teorii i praxi existují samozřejmě skální zastánci každé z variant, komparativní analýzy (např. OECD, 2010; OECD, 2015; WHO, 2012) však ukazují, že *a priori* „lepší“ není ani jedna z nich, tudíž si můžeme vybrat podle priorit veřejné volby v dané zemi; podstatná je hlavně důsledná kvalitní implementace a stabilita zvoleného řešení. Lze uvažovat i o tom, aby základní parametry konfigurace zdravotnického systému byly schváleny kvalifikovanou většinou v parlamentu a nebyly tak předmětem změn a politického boje každé volební období.

S tím souvisí i otázka zdravotního pojištění samotného – obecně ho lze rozdělit na sociální a soukromé (Vostatek, 2000), jenže typické prvky sociálního zdravotního pojištění, jako jsou strop na pojistné, diferenciací sazby podle sociálních skupin / pojišťoven a rozsah plnění ve vazbě na zaplacené pojistné, se s univerzalitou dostupnosti zdravotní péče fakticky vylučují, a proto je jeho využití ve zdravotnictví v současné době velmi omezené. I když česká terminologie v souladu s čl. 31 *Listiny základních práv a svobod* a dalšími právními předpisy používá pojem „veřejné zdravotní pojištění“, pojistné na veřejné zdravotní pojištění technicky odpovídá účelové („omašličkované“) proporcionální zdravotní dani ze mzdy (angl. *earmarked proportional payroll health tax*) (Bloom, Cashin a Sparkes, 2017). S původním sociálním zdravotním pojistným, jak ho zavedl kancléř Bismarck a rozvíjelo se v Německu, včetně odlišných sazeb u jednotlivých pojišťoven, má tak málo společného.

Graf 1: Výdaje zdravotních pojišťoven na péči dle pohlaví a věkových skupin v roce 2015



Zdroj: ÚZIS, 2017

Během 2. poloviny 20. století k tomu přistoupily i rostoucí rozdíly v nákladech na zdravotní péči na skupiny pojištěnců, příp. i jednotlivce se vzácnými onemocněními a léky (tzv. „orphan drugs“). Výsledkem je, že i pouhé rozdíly mezi věkovými skupinami jsou v současné době zásadní, jak znázorňuje graf 1.

Postupně se ukázalo i v ČR, že bez (optimálně stoprocentního) přerozdělení vybraného pojištného nemůže systém více pojišťoven stabilně fungovat, neboť dochází k tzv. „cream-skimmingu“ (Beck a Zweifel, 1998), kdy pojišťovny jsou motivovány k selekci zdravých a méně nákladných pojištěnců. Tím postrádá smysl, aby se pojištné posílalo jednotlivým pojišťovnám: dosavadní systém výběru pojištného je možno zrušit a transformovat stávající systém přerozdělení pojištného, spravovaný VZP, na tzv. „centrální fond zdravotního pojištění“, jehož příjmem bude výnos z účelové („omašličkované“) zdravotní daně a fiskální dotace odpovídající výši současné platby za tzv. „státní pojištěnce“ (tedy osoby, u nichž se nepředpokládá zdanitelný příjem). Z tohoto fondu pak jednotlivé pojišťovny dostanou odpovídající částku pojištného po přerozdělení, podobně jako dosud, při snížení administrativních nákladů a značném

zjednodušení plateb pojištného pro firmy a občany. V roce 2016 činil úhrn příjmů zdravotních pojišťoven 272,2 mld. Kč (ÚZIS, 2017), tím je orientačně dán fiskální objem prostředků, které by tento fond alokoval v průběhu jednoho roku.

Zda zmíněná fiskální dotace má být hrazena ze všeobecných daní, nebo z podílu na spotřebních daních z tabáku, alkoholu a minerálních olejů ve smyslu vazby na negativní externalitu, či mít vazbu na počet osob bez výděлку, jde mimo rámec tohoto článku a patří to do kompetence daňových odborníků. Nicméně mechanismus stanovení této dotace je žádoucí inovovat, neboť se po celou dobu stanovuje zcela arbitrárně politickým rozhodnutím, a proto je vliv politického cyklu a veřejné volby na tuto částku maximální. Obecně platí, že mezi výší této dotace a sazbou zdravotního pojištění existuje inverzní vztah: čím nižší bude úhrnná platba ze státního rozpočtu do centrálního zdravotního fondu, tím vyšší za jinak stejných podmínek bude sazba zdravotního pojištění. Historicky se však manipulovalo prakticky výhradně s výší platby za státní pojištěnce; sazba pojištného 13,5 % z výděлку zůstala od svého zavedení na počátku 90. let stejná, neboť má vazbu na náklady práce a jako taková je politicky velmi citlivá.

Diskutabilní je otázka případné diferenciace nároků pojištěnců v rámci univerzálního systému. Čistě teoreticky je to protimluv: je-li systém univerzální, pak by i nároky pojištěnců měly být stejné ve smyslu jednotného rozsahu hrazení nutné a potřebné léčebné a preventivní péče. V praxi však existuje u českých zdravotních pojišťoven tzv. „fond prevence“, naplněný zejména z pokut a penále, z něhož mohou pojišťovny financovat preventivní programy, do kterého se pojištěnci zapojují podle kritérií behaviorálního nebo administrativního typu. Tyto programy jsou někdy chápány kontroverzně (viz např. diskuze o programu VZP Mořský koník), zejména pokud se základní fond zdravotního pojištění v minulosti ocitl v deficitu. Opět však existuje možnost volby: buď uplatníme striktní pojetí univerzálně dostupné péče, její jednotný, zákonem definovaný rozsah, a pak nemá smysl, abychom umožnili diferenciaci nároků některých pojištěnců, nebo umožníme vyčlenit malý podíl rozpočtu veřejného zdravotního pojištění (zdravotních pojišťoven) na behaviorálně podmíněná nebo chronickým onemocněním zdůvodněná čerpání péče, jakož i další zvýhodnění spojená s prevencí onemocnění. Takové programy existují např. u zákonných zdravotních pojišťoven v SRN (něm. *Gesetzliche Krankenkassen*) a poskytují pozitivní motivaci či specifickou péči pro vybrané skupiny pojištěnců.

Dostupnost zdravotní péče

Systémy financování zdravotnictví ve vyspělých zemích mají dvě části: univerzální a volitelnou. Jakkoli byla volitelná část z etických i ideologických důvodů v minulosti chápána jako problematická, s rozvojem ekonomiky i medicíny se ukazuje, že dostupnost různých metod léčby, potřeby jednotlivých sociálních skupin a diferenciace nároků pacientů vedou k akceptování možnosti nabízet i takové zdravotnické služby, které nejsou přímo vyžadovány z hlediska udržení a zlepšení zdravotního stavu, a mohou být tedy poskytovány volitelně.

Současně však trvá urgence a nepominutelnost potřeby všeobecné dostupnosti zdravotní péče v populaci, a to jak z důvodů medicínských (efektivní prevence a léčba onemocnění), tak i z důvodů sociálních. V situaci rostoucích příjmové a majetkové diferenciace (IMF, 2015) nelze očekávat, že by si každý občan mohl potřebnou zdravotní péči individuálně obstarat na trhu, ani akceptovat redukci

zabezpečení univerzální zdravotní péče na hrazení základní, život zachraňující péče pro chudé ve smyslu liberálního sociálního modelu (Titmuss, 1974) nebo tzv. „katastrofického zdravotního pojištění“, známého z USA (Healthcare.gov, 2018). Takové trendy by znamenaly systémovou tvorbu tzv. „dvojkolejného“ či „vícekolejného zdravotnictví“, s negativním dopadem na zdravotní stav obyvatelstva, dostupnost péče, ale i na výkon lékařských praxí samotných. Určité signály v tomto směru lze vnímat např. ze stomatologie, kde samotní představitelé stomatologické komory vidí jako problém, když mezi stomatology existují značné rozdíly ve standardech a cenách poskytované péče, a to i v závislosti na lokalitě, individuálním přístupu daného lékaře a bonitě klientely (Šmucler, 2016). Lze si jen těžko představit akceleraci těchto trendů v dalších oborech medicíny; jakkoli jistě vždy nějaké rozdíly budou, jde o jejich míru a také o průběžnou kultivaci univerzálně dostupného standardu zdravotní péče.

Univerzální část systému proto nesmí být předmětem trvalého tlaku na erozi medicínsky úplného standardu, který obsahuje. Není pravda, že neexistují možnosti pro nadstandard; současná medicína a rozvoj s ní spojených služeb nabízí řadu možností pro soukromé výdaje, i když jejich rozsah se mezi jednotlivými obory medicíny liší a k jejich poskytování je potřeba vynaložit lékařské i manažerské úsilí. Stejně tak nelze akceptovat často slychanou tezi, že je nutno připlácet si za banální léčbu, aby bylo dost peněz na vážná onemocnění. Vážná onemocnění často vznikají v souvislosti se zanedbáním prevence, nerozpoznáním raného stadia nemoci či „podléčením“ nemocí banálních. Rovněž náklady na léčbu vážných onemocnění jsou tak zásadním komponentem úhrad, že případné úspory nákladů na běžnou péči pokrytí výdajů na nákladnou léčbu nijak zásadně neřeší. Obecně je nutné zachovat medicínsky úplný standard léčby všech onemocnění, s vědomím toho, že se jedná o velice nesnadný úkol ve vazbě na dostupné zdroje, demografický vývoj, poznatky medicíny a prospěch pacientů. V univerzálním systému navíc trvale hrozí, že dostupnost péče se bude v určitém segmentu zdravotnictví, regionu či diagnóze stávat jen formální. I to je však lepší, než když je péče nedostupná zjevně a *ex ante*, neboť v tomto případě se vždy lze domáhat příslušných práv pacientů, která jsou v komerčních systémech odmítána z prostých finančních důvodů při absenci garance státu za poskytování objektivně nutné a potřebné zdravotní péče.

Ukázkou kontroverznosti mezi univerzální a volitelnou částí systému v českém veřejném zdravotním pojištění byl význam tzv. „paragrafu Fischerové“, kdy poslankyně Fischerová v roce 1997 prosadila do zákona č. 48/1997 § 11 odst. 1 formulaci, že „lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnickém zařízení nesmí za tuto zdravotní péči – ani v souvislosti s poskytnutím této péče – přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“, včetně souvisejících sankcí za jeho porušení v rámci smluvního zdravotnického zařízení. Je jasné, že to bylo myšleno jako ochrana pojištěnců před tlakem na rozmach přímých plateb a doplateků za různé služby „navíc“, současně to ale celkem spolehlivěablokovalo oficiální možnost soukromých úhrad péče ve smluvních zařízeních. Až cca po 10 letech došlo k úpravám: nejprve k vypuštění pasáže „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“ (s cílem umožnit soukromé výdaje za zdravotnické služby související s poskytováním zdravotní péče); posléze k úpravě znění na „nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“, kdy bylo přesněji vymezeno, že zákaz soukromých plateb se týká péče a služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Trend je tedy zřejmý: zatímco ještě v 90. letech byl velký tlak na to, aby zdravotnická zařízení mající smlouvu se zdravotní pojišťovnou poskytovala péči v podstatě výhradně v rámci této smlouvy, a tedy s vyloučením soukromých plateb nebo jejich nabízení pojištěncům, v současné době se rozlišuje mezi péčí hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a navazujícími či nadstandardními službami, které předmětem těchto úhrad nejsou, a tudíž spadají do soukromých úhrad.

Volitelná schémata financování

Uvedený příklad dokumentuje, že vývoj medicíny a socioekonomického prostředí s sebou přinesl nové možnosti léčby i služeb pro pacienty, na něž musela legislativa a nastavení systému postupně reagovat. Stejně tak rostou nároky některých pacientů na komfort, čas zdravotníků i rozsah spotřebovávaných služeb. Jakkoli to má řadu etických souvislostí, ve vyspělých zemích se v současné době uznává, že zdravotníci se mohou věnovat i těm pacientům, kteří mají požadavky vyšší než jiní, a přitom nejsou tyto požadavky vynuceny jejich zdravotním stavem. Tím se posouváme z kategorie péče, která *musí* být poskytována univerzálně, do kategorie péče, kterou pacient *může* nebo *chce* spotřebovávat. V této souvislosti lze tvořit schéma-

ta financování volitelné zdravotní péče propojená s jejím poskytováním.

Z ekonomického hlediska nejjednodušší jsou přímé platby, jež však mají nejméně funkcí, a při spotřebě zdravotní péče proto nejsou ve vyspělých zemích preferovány. V okamžiku spotřeby klient často stojí před rozpočtovým omezením, rozhoduje se v časové tísní, má oproti zdravotnickému zařízení málo informací a jeho schopnost vyhledat si na trhu nejvýhodnější cenu je velmi omezena (Arrow, 1963) – proto přímé platby nebývají efektivní. Lze je využít při jednorázových výdajích, není-li dostupné jiné schéma úhrad.

Další možností je klasické rizikové soukromé pojištění zdraví, určené ke krytí výdajů spojených se změnou zdravotního stavu a léčbou. Jeho využití je však rovněž poněkud limitováno, a to z důvodů popsaných ve světové literatuře jako „tržní selhání zdravotního pojištění, adverzní selekce“ (Cutler a Zeckhauser, 1997) a „informační asymetrie na tomto trhu“ (Cutler a Zeckhauser, 1999). Nejvýznamnější problém je nezbytnost zdravotní taxace při vstupu do pojištění, která omezuje možnost využití produktů pro chronicky nemocné a starší klienty; nese s sebou značné riziko následných právních a medicínských sporů a významně snižuje transparentnost produktů, i z hlediska situací, v nichž pojištné plnění nastane, nebo naopak nenastane a které jsou zejména v oblasti zdravotního stavu leckdy daleko pestřejší, než definují pojištné podmínky. Dále se u nadstandardní péče v některých případech obtížně hledá potřebný prvek nahodilosti, jenž je pro soukromé pojištění nezbytný. Pokud si klient zvolí např. nadstandardní typ léčby, použité materiály nebo zdravotní pomůcky, může být obtížné integrovat to do pojištného krytí, neboť může jít do značné míry o jeho subjektivní preferenci v dané situaci anebo nelze dostatečně objektivizovat potřebu takové léčby ve vazbě na pojištné podmínky.

Nicméně řadu produktů soukromého pojištění lze nabízet, zejména pro náhodné situace spojené se spotřebou zdravotní péče a s vyššími výdaji: Na 1. místě je to úrazové pojištění, které může mít soubor kritérií a tím i vstup do pojištění poměrně jednoduché (typicky věk, povolání, dominantní ruka, předchozí úrazy) a kde vedle klasických rizik (smrt, trvalé následky / invalidita, denní odškodné a hospitalizace následkem úrazu) lze uvažovat i o optimalizaci propojení těchto produktů s poúrazovou a rehabilitační péčí v příslušných zdravotně-sociálních zařízeních.

Dále se jedná o obvyklá pojištění vážných onemocnění a pojištění hospitalizace následkem nemoci. Tyto produkty mohou poskytnout zájemcům finanční podporu a případné asistenční služby při výskytu vážnějších zdravotních problémů. Do produktů soukromého pojištění lze zahrnout i odborné konzultace u vybraných specialistů a další formy nadstandardní péče, která není hrazena v rámci univerzálního systému, s vědomím již uvedených omezení.

Poslední možností, která je doposud v ČR využívána pouze málo a v nepříliš rozvinuté formě na úrovni jednotlivých poskytovatelů (např. některých větších nemocnic), jsou předplacené programy zdravotní péče (Mertl, 2017). Jejich ekonomická konstrukce není složitá a spočívá v pravidelné alokaci zvolené částky (např. měsíčně nebo ročně), za kterou klient dostane balíček nadstandardních zdravotnických služeb podle svých preferencí a potřeb, jedná se tedy o předplatné. Není proto potřeba na vstupu kvantifikovat zdravotní riziko ani jinak komplikovat vstup do produktu. Je však vhodné přizpůsobit obsah balíčku potřebám, nárokům a zdravotnímu stavu klienta podle jeho preferencí, příp. jako výsledek odborného poradenství při nákupu produktu. Jednotliví klienti nebo jejich skupiny mohou mít za stejné peníze různé balíčky, a to i v čase tak, jak se jejich potřeby vyvíjejí.

Mezi přínosy těchto programů patří zejména:

- synergický efekt s univerzálním zdravotním pojištěním, při zachování oddělení veřejných a soukromých zdrojů;
- nediskriminační přístup ohledně zdravotního stavu klientů;
- možnost konkrétní volby obsahu a rozsahu poskytovaných služeb;
- snížení transakčních nákladů a zvýšení úspor z rozsahu ve srovnání s individuálním obstaráváním jednotlivých služeb – tvorba efektivních balíčků péče nakupovaných pojišťovnou dávkovým způsobem v síti poskytovatelů;
- možnost individuálního nebo skupinového zacílení těchto schémat, např. na mladé lidi, zaměstnance určitých profesí, občany starší 50 let...;
- možnosti pro zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotní péče být kreativní v obsahu těchto balíčků a zajistit pokrytí personálních a organizačních nákladů spojených s poskytováním volitelných služeb.

Mezi jejich slabší stránky, resp. rizika patří:

- konstrukce a spotřeba balíčků může být vnímána jako nepotřebná pro zdravé a nedostatečná pro nemocné;
- objem zdrojů, které je klient ochoten zaplatit za zvolený program, může být příliš nízký na to, aby program byl pro něj užitečný;
- nekrytí vyšší, resp. katastrofické náhodné výdaje – fungují pouze „průběžně“;
- některé odbornosti medicíny mohou nabídnout do balíčků více než jiné;
- nejasný vliv na efektivnost celého systému – při špatné organizaci mohou omezit dostupnost péče pro běžné pacienty.

Z organizačního hlediska mohou tyto programy na celostátní bázi v budoucnu poskytovat primárně zdravotní pojišťovny jakožto specializované instituce v sektoru zdravotnictví, neboť mají nejlepší přehled o možnostech zdravotnických zařízení a o poptávce pacientů. Nutnou podmínkou je účetní, příp. i institucionální oddělení (např. formou dceřiných společností) programů od veřejného zdravotního pojištění, aby nedocházelo k přelévání veřejných zdrojů a byla zachována transparentnost příslušných produktů. Příp. je mohou nabízet také běžné komerční pojišťovny; u nich však budou synergické efekty pro klienta a návaznost na zdravotnický systém nižší. V *single-payer* systému by pro nabídku těchto produktů nebylo účelné zřizovat samostatné zdravotní pojišťovny – avšak pokud existuje *multi-payer* systém, je vhodné jeho instituce a prvky využít také pro nabídku a organizaci těchto programů.

Z hlediska klientů pak mohou programy fungovat jako volitelná extenze systému zdravotního pojištění s věcnou návazností na čerpání univerzálně dostupné péče. Tím se také zásadně liší od někdy navrhovaného dvousložkového (nominálního) pojistného po holandském vzoru, jež pro české podmínky nelze doporučit, a kde je naopak platba absolutní (nominální) částky pojistného i v univerzální části systému povinná, což způsobuje nutnost speciálních dávek ze státního rozpočtu pro velké skupiny populace, aby si ji mohly dovolit zaplatit. Tento systém je významně nákladnější (10–11% HDP), než je objem prostředků, který na zdravotnictví vydává ČR. Mezinárodní srovnání objemu výdajů ukazuje graf 2.

POZNÁMKA:

Graf 2: Data pro rok 2017 jsou posledním dostupným kvalifikovaným odhadem OECD Health Statistics. Průměr OECD pro rok 2017 činí 8,9 % HDP.

Závěr

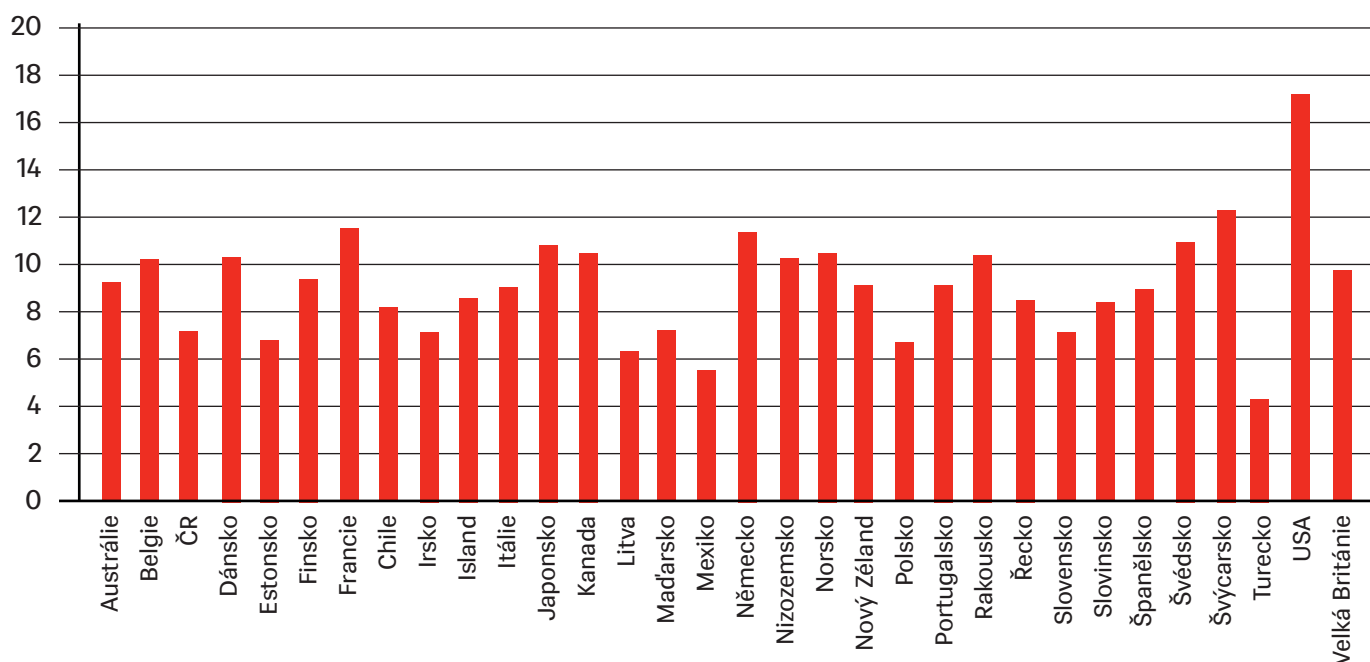
České veřejné zdravotní pojištění je i přes popsané problémy nesporně solidním a garantovaným (Krebs, 2015) systémem financování zdravotnictví s poměrně nízkými náklady. Tudíž není vhodné při případných úpravách „vylévat s vaničkou i dítě“ a je žádoucí jeho základní funkce a principy zachovat. Pro další období tak lze v oblasti zdravotního pojištění doporučit následující kroky:

- neobjeví-li se v dohledné době jasná politická vůle a konsenzus kvalifikované většiny v parlamentu pro přechod na přímé financování ze státního rozpočtu, tj. jedním plátcem s regionálními pobočkami (poměrně nepravděpodobné), přestat oscilovat mezi modely a nadále rozvíjet *multi-payer* systém zdravotního pojištění;
- zřídit centrální fond zdravotního pojištění spravovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR či Ministerstvem financí ČR, jehož příjmem bude pojistné na veřejné zdravotní pojištění (technicky proporcionální zdravotní daň z výdělku placená přímo do tohoto fondu) a fiskální dotace ze státního rozpočtu;

- zvážit rozsah a charakter pozitivních motivačních nástrojů behaviorálního a preventivního charakteru v univerzální části systému, a bude-li zájem nadále je rozvíjet, změnit zdroje fondu prevence zdravotních pojištěných na malý podíl z celkového pojistného (nevázat jen na výnos z pokut a penále);
- oslabit etické námitky ohledně nabídky nadstandardů a transformovat je v garanci medicínsky úplného rozsahu univerzálně hrazené péče;
- umožnit zdravotním pojišťovnám – při (účetním, resp. i institucionálním) oddělení veřejných a soukromých prostředků – nabízet volitelné produkty, např. předplacené programy zdravotní péče;
- své produkty v oblasti zdraví mohou nabízet rovněž běžné komerční pojišťovny.

Je vhodné vyhnout se postupnému snižování rozsahu univerzálně dostupné péče, aby se touto cestou vytvořilo více prostoru pro individuální výdaje. Opačný přístup je správný, tedy vzhledem k rychlému rozvoji dnešní medicíny a navazujících služeb vytvářet dodatečné volitel-

Graf 2: Výdaje na zdravotnictví jako procentní podíl na HDP v roce 2017



né balíčky a plány zdravotní péče ve vazbě na produkty umožňující jejich financování a zpřístupňovat je těm, kteří chtějí a mohou za ně platit. Takto lze zajistit, že poskytnou dodatečnou hodnotu pro zájemce a současně neohrozí kvalitu a bezpečnost péče pro občany, kteří nechtějí nebo nemohou platit více, než jsou povinné platby na zdravotnictví (a těchto osob bude v národním hospodářství vždy mnoho). Poměr mezi veřejnými a soukromými výdaji na zdravotnictví se může v dlouhodobém horizontu změnit o něco více ve prospěch soukromých, ale veřejná část bude schopna pokrýt nutnou a objektivně potřebnou péči, aniž by se snížila její kvalita nebo dostupnost.

Předplacené programy se jeví jako perspektivní možnost financování zdravotní péče, a to zejména formou volitelného rozšíření univerzálního systému pro konkrétní spotřebu a financování zdravotních balíčků šitých na míru jednotlivým klientům, resp. jejich skupinám, zejména pokud jejich potřeby lze odhadnout dopředu. Tak by mohly pomoci získat individuální užitek ve zdravotnictví podstatně lépe než přímé platby, především pro lidi, kteří chtějí a mohou investovat do svého zdraví, a průběžně je udržovat s pomocí sociálních a zdravotnických služeb. Mají však také své slabiny a rizika, proto pro některé scénáře mohou být vhodnější jiné způsoby financování. Zvláště u náhodných vzácných událostí s vyššími náklady (jako je úraz, závažné onemocnění nebo hospitalizace) může být pro zájemce vhodné soukromé pojištění s peněžním plněním.

Článek byl zpracován v rámci projektu Fiskální dimenze a determinanty efektivnosti sociální politiky IGA VŠFS 7429/2018/07.

Resumé

Evolution of Czech public health care insurance

The Czech system of public health insurance originated in the early 1990s in an effort to transform socialist healthcare. Using the knowledge of social theory and policy, we look at the Czech public health insurance relatively critically, because the originally chosen configuration to some extent does not correspond to current knowledge, environment and demands. Despite those issues, Czech public health insurance is undoubtedly a solid and guaranteed

system of health care financing with relatively low costs. The aim of this article is to map out important elements of public health insurance, to show the main choices available, to link to an optional part of health care, and to formulate some recommendations for the future. We emphasize the sense and importance of universally available medically complete standard of health care financed from public resources, make suggestions to optimize public financing and show where it can be extended to voluntary schemes.

Použité zdroje

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5), s. 941–973.
- Beck, K. – Zweifel, P. (1998). Cream-Skimming in Deregulated Social Health Insurance: Evidence from Switzerland. Získáno 21. září 2018 z: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10662405>.
- Bloom, D. – Cashin, C. – Sparkes, S. (2017). Earmarking for health. *Theory and Practice*. Geneva: WHO.
- Busse, R. – Blümel, M. – Knieps, F. – Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet* (390), s. 882–897.
- Cutler, D. M. – Zeckhauser, R. J. (1997). Adverse selection in health insurance. Cambridge: NBER Working paper 6107.
- Cutler, D. M. – Zeckhauser, R. J. (1999). The Anatomy of Health Insurance. *Handbook of Health Economics*, 1, s. 563–643. Získáno 13. března 2018, z: <http://nber.org/papers/w7176>.
- Greer, L. – Wismar, M. – Figueras, J. (2015). Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Healthcare.gov. (2018). Catastrophic health plans: For people under 30 or with certain exemptions. Získáno 21. září 2018 z: A federal government website managed and paid

for by the U. S. Centers for Medicare & Medicaid Services; <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/#catastrophic>.

IMF (2015). Causes and Consequences of Income Inequality: A Global Perspective. Washington: IMF.

Krebs, V. (2015). Sociální politika. Praha: Wolters Kluwer.

Mertl, J. (2017). Private prepaid health financing schemes' role in health system. Conference Proceedings RELIK 2017, s. 297–304. Praha: VŠE. Získáno 21. září 2018 z: <https://relik.vse.cz/2017/download/pdf/136-Mertl-Jan-paper.pdf>.

OECD (2010). Health care systems: Getting more value for money. Získáno 15. února 2018 z: OECD Economics Department policy notes: <https://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>.

OECD (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. Paris: OECD.

OECD (2018). OECD Health Data Statistics. OECD ILibrary: OECD.

Šmucler, R. (2016). Naše stomatologie je několik rozdílných vesmírů. Získáno 15. února 2018 z: Medical Tribune; <https://www.tribune.cz/clanek/40339-nase-stomatologie-je-nekolik-rozdilnych-vesmiru>.

Titmuss, R. (1974). Social policy: an introduction. London: Allen & Unwin.

ÚZIS (2017). Zdravotnická ročenka ČR 2016. Praha: ÚZIS.

Vostatek, J. (2000). Sociální a soukromé pojištění. Praha: Codex Bohemia.

WHO (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. Získáno 3. září 2018 z: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2012/health-policy-responses-to-the-financial-crisis-in-europe>.

Zweifel, P. (2004). Multiple Payers in Health Care: A Framework for Assessment. Washington: World Bank. Získáno 21. září 2018 z: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13704>.

Povinné pojištění v moderní ekonomice

Prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc.¹ / Právnická fakulta Univerzity Karlovy
JUDr. Roman Vybíral, Ph.D.² / Právnická fakulta Univerzity Karlovy

Problematika povinného pojištění (resp. povinného smluvního pojištění³) hraje ve vyspělých ekonomikách, ČR nevyjímaje, zejména v posledních letech stále důležitější roli. Tento rozvoj je spjat jednak s rozvojem jednotlivých oblastí lidské činnosti, dále je úzce propojen s ekonomickým růstem a v neposlední řadě do určité míry vychází z aktuálních všudypřítomných tendencí⁴ spočívajících v ochraně slabší smluvní strany: spotřebitelů, menšin, poškozených a dalších *ad hoc* fakticky či právně znevýhodněných entit. Jednu z těchto tendencí, která je patrná primárně v sektoru pojišťovnictví, představuje nárůst případů povinného pojištění.

Většinou se přitom jedná o pojištění pro případ způsobené újmy⁵, což logicky vychází z právní úpravy náhrady újmy, dnes obsažené v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (NOZ), a z navazující judikatury nejen Ústavního soudu a Nejvyššího soudu ČR, ale také Soudního dvora EU, která mnohdy slouží za vzor při tvorbě judikatury vnitrostátní.

V oblasti náhrady újmy došlo s účinností NOZ k zásadním změnám, které se projevují např. v systematice odškodňování poškozených. Záměrem NOZ v této oblasti bylo dosažení několika hlavních cílů, ke kterým se řadí posílení právního postavení poškozeného a rozšíření případů náhrady nemajetkové újmy.⁶ Naprostá většina z několika desítek jednotlivých povinných pojištění existujících v ČR (až na několik výjimek, např. pojištění záruky pro případ úpadku cestovní kanceláře nebo pojištění zemědělského veřejného skladu a zboží v něm proti živelním pohromám a krádeži) má tedy povahu pojištění odpovědnosti a tato pojištění jsou často jedním z předpokladů získání veřejnoprávního oprávnění k výkonu činností, které jsou z důvodu jejich povahy zvýšeným zdrojem nebezpečí a možnosti vzniku majetkové či nemajetkové újmy.

Problematika jednotlivých povinných pojištění je vedle obecné úpravy v § 2779 an. NOZ v ČR obsažena v desítkách právních předpisů, které parametry povinného pojištění upravují velmi odlišně, a tyto parametry bývají někdy specifikovány např. stavovskými předpisy. S ohledem na to, že povinná pojištění jsou poskytována na tržní bázi, mohou nastat situace, kdy žádná z pojišťoven určité pojištění subjektu neposkytne, a to např. s ohledem na ex-

trémní rizikovost. Je-li neexistence adekvátního pojištění při výkonu činnosti jednou z podmínek pro její výkon, může pak danému subjektu hrozit odnětí oprávnění k činnosti. Daná úvaha je sama o sobě správná a opodstatněná v oblasti čistě komerčního působení subjektů, ne tak v oblasti služeb veřejného charakteru, např. v oblasti péče o zdraví nebo školství. Tento článek si klade za cíl blíže objasnit institut povinného pojištění v současné moderní ekonomice, přiblížit význam povinného pojištění a zanalyzovat systematiku relevantní právní úpravy v oblasti povinného pojištění na území ČR.

Význam a dopady povinného pojištění v moderní ekonomice

Moderní ekonomika by se dala označit za ekonomiku „adekvátně pojištěnou“. Pojišťovny dnes na trhu nabízejí velmi pestrou škálu produktů, které cílí k pokrytí téměř jakékoliv činnosti jedince. Zatímco historicky byl při náhradě újmy (resp. škody) kladen apel primárně na osobu škůdce, postupem času tuto roli přebraly pojišťovny. Zatímco historicky si pojišťovny klientelu zpravidla vytvářely samy – prostřednictvím kvality nabízených pojistných produktů –, dnes by se dalo s nadsázkou konstatovat, že část klientely pojišťovným přiřkne zákonodárce, a to rozšířením výčtu povinných pojištění. Některé z případů povinných pojištění jsou přitom čistě v gesci národních zákonodárců, jiné však vycházejí z unijní legislativy. Je tedy vhodné zamyslet se nad významem výše uvedených tendencí a nad významem povinného pojištění jako takového.

Dalo by se konstatovat, že v kontextu premis k nové úpravě náhrady újmy v NOZ spočívá hlavní cíl nárůstu počtu povinných pojištění „[...] v zajištění toho, aby byl poškozený adekvátně odškodněn ze strany pojišťovny a nemusel se s nárokem na náhradu újmy obracet na soud, popř. jinou entitu, kde by i při úspěchu mohl narazit na neschopnost škůdce újmu plně uhradit.“⁷ V daném lze nepochybně spatřovat posílení právního postavení poškozeného. S obdobnými důvody pro zavedení povinného pojištění se ostatně lze setkat rovněž v rámci evropského, resp. celosvětového kontextu.⁸ Současně je cílem uvedeného nárůstu ochránit škůdce před negativními dopady způsobené újmou, které mohou mít až likvidační povahu. Není přitom zájmem státu rozšiřovat masu ekonomicky neefektivních osob na úkor masy osob efektivních, byť vykonávajících rizikovou

činnost. Problém může nastat v situaci, kdy ekonomicky efektivní osoba z důvodu povinnosti platit pojištné nedosahuje předchozí rentability a svou činnost ukončí. Tyto případy nicméně nejsou časté a jsou plně kompenzovány případy, kdy osoby mohou setrvat na trhu jen díky konečné kompenzaci způsobené újmou ze strany pojišťovny. Zatímco v případech poškozených jsou dopady povinného pojištění téměř výlučně pozitivní, z hlediska škůdců mohou být dopady logicky variantní.

Specifický vztah k povinnému pojištění mají jednotlivé pojišťovny. Na jednu stranu s sebou vznik nového povinného pojištění přináší novou obchodní příležitost, na druhou stranu může jít o natolik specifické a nové oblasti lidské činnosti (aktuálně může jít např. o tzv. „robotizaci“⁹), že je minimálně v prvních letech obtížné nastavit jednotlivé parametry pojištění (výše pojištného, pojištné částky apod.) tak, aby byl daný produkt konkurenceschopný, aby současně pokryl jednotlivé zákonné požadavky a aby byl výdělečný pro samotné pojišťovny.

Povinné pojištění vykazuje vedle primárních dopadů na pojistníky (resp. pojištěné), poškozené a pojišťovny také řadu dalších dopadů sekundárního charakteru. Patrně nejvýznamnější zasaženou entitou je přitom samotný stát, a to v rovině finanční, kdy podle základní úvahy s růstem počtu povinných pojištění roste počet uzavřených pojistných smluv, což má za následek nárůst zdanitelných příjmů na straně pojišťoven (za podmínky správného nastavení produktu a za podmínky neočekávaných excesů). To je na druhou stranu korigováno možnou daňovou uznatelností uhrazeného pojištného. Další pozitivní vliv je možno spatřovat v zajištění řádného chodu společnosti např. eliminací počtu žalob na náhradu újmy, eliminací počtu osob insolventních z důvodu způsobení újmy, s likvidačními dopady na jejich budoucí působení, apod.¹⁰ Je však nutné brát v potaz i opačnou stranu pomyslné mince, spočívající v tom, že v případě nárůstu počtu pojistných smluv rovněž dochází k nárůstu počtu pojistných podvodů, byť se úspěšnost jejich odhalování v průběhu času neustále zvyšuje.

Předpoklady fungování povinného pojištění

Ve vztahu k pojišťovnám, resp. dalším subjektům, se problematikou povinných pojištění stále častěji zabývá také Insurance Europe, která ve svých materiálech¹¹ shrnuje,

že povinné pojištění může správně fungovat pouze za určitých podmínek. Mezi tyto hlavní podmínky řadí Insurance Europe dostatek vstupních údajů pro pojišťovny, a to za účelem správného nastavení parametrů konkrétního produktu, a dostatečnou příbuznost, resp. podobnost krytých rizik, a to za účelem usnadnění jejich upisování. Třetí a čtvrtou podmínkou jsou dostatečná pojistná (resp. zajistná) kapacita pojišťoven a existence dostatečné konkurence na trhu. Vedle uvedených podmínek jsou autoři tohoto článku přesvědčeni, že by mělo dojít rovněž k naplnění dalších dvou podmínek: První z těchto podmínek spočívá v existenci společenského zájmu na vzniku a trvání daného povinného pojištění. Druhá podmínka tkví v charakteru pojištěné činnosti, neboť povinné pojištění by mělo dopadat primárně na situace, kdy jsou škody buď velmi časté (např. pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla), nebo kdy sice časté nejsou, ale jejich výše je zásadní (např. pojištění odpovědnosti za jadernou škodu). Při nenaplnění uvedených podmínek, které se zdají být logické a opodstatněné, hrozí pokřivení trhu v daném segmentu činnosti, což může mít za následek velmi negativní dopady koncepčního charakteru, a to jak na samotné pojišťovny, tak nepřímo na pojistníky (resp. pojištěné) a poškozené.

V ČR by se dalo o naplnění všech podmínek v případě některých povinných pojištění úspěšně polemizovat, přičemž nejčastěji se negativně projevuje nedostatek konkurence, což může vést ke vzniku faktických kartelů na trhu. To se projeví jednak ve finanční rovině a současně v rovině konkurenčního boje. Insurance Europe kategorizuje¹² negativa podle toho, zda dopadají na pojistný trh, nebo na pojistníky a poškozené. V první řadě je zdůrazněno omezení smluvní svobody s ohledem na *de facto* „konstrukci“ některých produktů ze strany zákonodárce. Podle názoru autorů tato výtka není na místě, neboť povinné pojištění může být kombinováno a doplňováno produkty jinými, stejně jako může existovat samostatně, čímž naopak smluvní volnost a růst pojištného trhu zvyšuje. Dále Insurance Europe uvádí nedostatek konkurenčních produktů na trhu s ohledem na to, že pojišťovny nemají zájem dané pojištění nabízet. Toto koncepční selhání by nemělo nastat, a pakliže se tak stane, je na zákonodárci, aby daný stav řešil (typicky změnou parametrů daného povinného pojištění). Autoři se naopak nedomnívají, že by měl stát situaci řešit jakýmkoliv zásahem do volného prostředí pojištného trhu; stejně tak by neměly činit ani nejvyšší soudní instance.

Dalším významným hrozícím negativem nesprávného nastavení parametrů povinného pojištění je nárůst morálního hazardu na straně pojistníků. Problematika morálního hazardu byla a stále je poměrně hojně diskutovaná např. v bankovním sektoru ve vztahu k pojištění pohledávek z vkladů (opět tedy v návaznosti na pojistnou problematiku). Autoři jsou přitom toho názoru, že problematiku morálního hazardu lze eliminovat na akceptovatelnou výši např. vhodným nastavením výluk z pojištění, ačkoliv k úplnému zabránění tohoto negativního efektu nedojde patrně nikdy. Jako další hrozící negativa uvádí Insurance Europe možnou „přepojištěnost“ některých osob, obavy z nárůstu pojistného a omezení ekonomického růstu nebo samotné činnosti subjektu z důvodu neposkytnutí potřebného pojištění žádnou z pojišťoven na trhu. Uvedené obavy jsou legitimní a autoři se s nimi ztotožňují.

Systematika právní úpravy povinného pojištění

Pokud má povinné pojištění naplňovat své hlavní cíle vymezené v přechodí části, je zapotřebí, aby tomu také odpovídala relevantní právní úprava. Systematika právní úpravy povinného pojištění je nicméně velmi různorodá a lze se setkat s oběma extrémními příklady pomyslného spektra. Zatímco právní úpravě pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla je věnován celý poměrně detailní zákon, v jiných případech je povinnost uzavřít pojistnou smlouvu upravena jedním paragrafem či odstavcem. Zatímco první příklad s sebou přináší právní jistotu, druhý příklad je naopak zcela nekonkrétní co do limitů pojistného plnění apod. V praxi tedy vyvstávají dotazy, zda uzavřením pojistné smlouvy na výrazně nízký limit pojistného plnění vůbec dochází k naplnění požadavku povinného pojištění. Ačkoliv to není zákonem výslovně požadováno, jsou autoři přesvědčeni, že k naplnění požadavku pojištění dojde pouze tehdy, kdy je pojistný limit přiměřený racionálně předvídatelným způsobeným škodám. V tomto kontextu je ostatně v některých případech k povinnému pojištění v právní úpravě přístupováno.¹³ Je přitom zřejmé, že vzhledem k časté absenci přesného limitu pojistného plnění¹⁴ dochází v praxi v některých oborech k podpojištěním se všemi negativními důsledky jak pro pojistníky, tak pro poškozené.

- 1 Prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc., vedoucí Katedry finančního práva a finanční vědy Právnické fakulty Univerzity Karlovy, předsedkyně Rozhodčího soudu při Hospodářské komoře ČR a Agrární komoře ČR. Kontaktní e-mail: karfikov@prf.cuni.cz, ORCID: 0000-0002-5655-7858.
- 2 JUDr. Roman Vybíral, Ph.D., odborný asistent a tajemník Katedry finančního práva a finanční vědy Právnické fakulty Univerzity Karlovy, advokát. Kontaktní e-mail: vybiralr@prf.cuni.cz, ORCID: 0000-0002-1112-408X.
- 3 K tomu viz Karfíková, Marie – Příkryl, Vladimír – Vybíral, Roman, a kol. Pojišťovací právo, 2., přepracované vydání. Praha: Leges, 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 16.
- 4 Blíže k jednotlivým tendencím v sektoru pojištnictví viz Vybíral, Roman. Aktuální tendence v sektoru pojištnictví. In: Acta Universitatis Carolinae – Iuridica. ISSN 0323-0619, 2018, č. 1, s. 35 an.
- 5 V tomto článku se za účelem zjednodušení dále autoři vyjadřují k povinnému pojištění toliko ve vztahu k odpovědnosti za újmu.

Současná systematika vychází, kromě ustanovení § 132a zákona č. 277/2009 Sb., o pojištnictví, ve znění pozdějších předpisů, primárně z NOZ a desítek zvláštních zákonů. Na tyto zákony v některých případech navazují podzákonné právní předpisy, příp. předpisy stavovské, na které se v některých případech rovněž odkazuje, a které jsou tedy jak formálně, tak materiálně závazné.¹⁵ Existuje nicméně stále řada pojistných smluv, na něž dopadají úpravy dřívější, a to zejména úprava obsažená v zákoně č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů (ZPS), příp. v zákoně č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. S ohledem na to, že se uzavřené pojistné smlouvy v zásadě řídí právní úpravou účinnou ke dni jejich uzavření, je třeba rovněž ve vztahu k povinným pojištěním důsledně aplikovat příslušný právní režim. Zatímco NOZ např. výslovně limituje jednostranné ukončení povinného pojištění ze strany pojišťoven na taxativně stanovené případy, ZPS tyto limity v takovémto rozsahu výslovně neuváděl a jejich existence mohla být dovozována jedinež judikaturou, resp. literaturou.¹⁶ Pomíne-li tuto spornou oblast, existují stále některé výslovné rozpory v rámci jednotlivých relevantních úprav, které je vždy třeba brát v potaz při nakládání s konkrétními smlouvami.

Míra autonomie smluvních stran v rámci povinného pojištění je do jisté míry omezena, a to zejména v případě pojistitele. Míra tohoto omezení však záleží na konkrétním pojištění.¹⁷ Je zcela zřejmé, že je nezbytné činit rozdíly mezi jednotlivými povinnými pojištěními, a to primárně ve vztahu k povaze daného pojištění. Jinou roli hraje nepochybně pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, které na trhu poskytuje většina pojišťoven; navíc jsou v příslušném zákoně výslovně řešeny situace, kdy vozidlo není pojištěno, a zcela jinou roli hraje např. pojištění pro případ jaderných škod nebo pojištění velkých zdravotnických zařízení, jejichž pojištění na tuzemském trhu poskytuje jen několik málo pojišťoven. Povinnost vázat míru omezení na konkrétní pojištění lze dále vnímat v rámci diferenciací pojištěných osob. Zásadní rozdíl je mezi pojištěným tzv. „soukromých entit“ a tzv. „veřejných entit“. Veřejné entity totiž bývají daleko více limitovány např. co do otázky kontraktačních procesů a nakládání s veřejnými finančními prostředky.

- 6 K tomu blíže viz obcanskyzakonik.justice.cz [on-line]. 2013. [cit. 2018-09-13]. Náhrada újmy v novém občanském zákoníku. Dostupné z: http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/MS_brozura_nahrada_ujmy.pdf.
- 7 Viz Vybírál, Roman. Aktuální tendence v sektoru pojišťovnictví. In: Acta Universitatis Carolinae – Iuridica. ISSN 0323-0619, 2018, č. 1, s. 40.
- 8 K tomu viz Fenyes, Attila – Kissling, Christa – Perner, Stefan – Rubin, Daniel (eds). Compulsory Liability Insurance from a European Perspective. Berlin: Walter de Gruyter GmbH, 2016. ISBN 978-3-11-048469-4, s. 431.
- 9 K tomu např. viz Jedlička, Petr – Houska, Lukáš. Analýza autonomních vozidel. Praha: Česká asociace pojišťoven, 2017, s. 32 an.
- 10 Obdobně viz Fenyes, Attila – Kissling, Christa – Perner, Stefan – Rubin, Daniel (eds). Compulsory Liability Insurance from a European Perspective. Berlin: Walter de Gruyter GmbH, 2016. ISBN 978-3-11-048469-4, s. 431.
- 11 K tomu viz insuranceeurope.eu. [on-line]. 2017. [cit. 2018-09-13]. Compulsory insurance: when it works and when it doesn't. Dostupné z: <https://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/Compulsory%20Insurance%20Insight%20Briefing.pdf>.
- 12 K jednotlivým negativům viz tamtéž.
- 13 Jako příklad lze uvést § 45 odst. 2 písm. n) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- 14 Ve vztahu k uvedeným zdravotním službám viz např. opojisteni.cz [on-line]. 2017. [cit. 2018-09-14]. Pojištění odpovědnosti státních i soukromých zdravotnických zařízení. Dostupné z: <https://www.opojisteni.cz/pojistne-produkty/pro-firmy/pojisteni-profesni-odpovednosti-statniho-a-nestatniho-zdravotnickeho-zarizeni-nemocnic/>.
- 15 Viz např. § 24a odst. 2 zákona č. 85/1996 Sb., o advokacii, ve znění pozdějších předpisů, který stanoví, že „[...] minimální limit pojištění plnění z pojištění advokátů podle odstavce 1 stanoví Komora stavovským předpisem“.
- 16 Viz Bohman, Ludvík – Wawerková, Magdalena. Zákon o pojištění smlouv: komentář. Praha: Linde, 2009. ISBN 978-80-7201-755-3, s. 49. Odlišně viz Jandová, Lucie – Svejkský, Jaroslav – Šlauf, Petr. Pojištění v novém občanském zákoníku: komentář [S 2756-2872]. Praha: C. H. Beck, 2014. ISBN 978-80-7400-530-5, s. 95 an.
- 17 Viz Jandová, Lucie – Svejkský, Jaroslav – Šlauf, Petr. Pojištění v novém občanském zákoníku: komentář [S 2756-2872]. Praha: C. H. Beck, 2014. ISBN 978-80-7400-530-5, s. 78.

Závěr

Současná tendence spočívající v nárůstu počtu povinných pojištění je z hlediska státu zcela legitimní a opodstatněná, neboť s sebou přináší zvýšení právní jistoty poškozených a s tím související důvěru v právní stát. Dopady povinného pojištění jsou přitom v zásadě pozitivní, a to z různých úhlů pohledu. K tomu, aby však povinné pojištění správně fungovalo, je třeba dodržet několik podmínek, jejichž neakceptování by mohlo vést ke zcela opačnému efektu. Je tedy nezbytné pomyslná pravidla hry jasně stanovit předem, neboť jakékoliv *ex post* zásahy do fungujícího systému s sebou mohou přinést významné komplikace (jak se např. nedávno stalo v případě kontroverzních rozhodnutí Ústavního soudu ve věci pojištění záruky pro případ úpadku cestovních kanceláří).

Co se týče uplatnění nároku na náhradu újmy, samotná existence jakéhokoliv povinného pojištění (s jedinou výjimkou pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla) poskytuje ochranu primárně pojištěnému, neboť oprávněnou osobou, které svědčí vůči pojišťovně právo na pojistné plnění z povinných pojištění, je vždy výhradně pojištěný škůdce, a nikoliv poškozený. Ochrana v tomto kontextu spočívá v tom, že pojištěný provozuje svou činnost s vědomím, že povinné pojištění představuje jistotu zdroje finančních prostředků nezávislých na ekonomické situaci pojištěného pro případ vzniku odpovědnosti pojištěného za újmu způsobenou činností, k níž se tzv. „povinné pojištění“ vztahuje. Pojištěný škůdce má tedy jistotu spočívající v tom, že případný závazek k náhradě újmy neponese ze svého.

Skutečnou právní ochranu („právní“ ve smyslu jejich aktivní legitimity a vymahatelnosti nároku na pojistné plnění přímo samotnými poškozenými) poškozeným poskytují ze všech povinných pojištění pouze pojištění s tzv. „přímým nárokem“ poškozených na pojistné plnění vůči pojistiteli (takovým pojištěním je dnes v ČR pouze zmiňované pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla). Přímý nárok poškozeného na pojistné plnění vůči pojistiteli by vedle toho teoreticky mohl být založen ještě ze zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání podle stále účinného § 205d jinak již zrušeného zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, v případech, kdy při zániku zaměstnavatele nepřejdou práva a povinnosti z pracovněprávního vztahu na jiného zaměstnavatele.

Povinné smluvní pojištění musí být v právní úpravě zakotveno natolik jasně a bezrozporně, aby nedocházelo k situacím, kdy smluvní strany vedou spory o výklad zásadních ustanovení. V tomto ohledu lze spatřovat jistý deficit v případech předchozího ZPS, který byl nahrazen relevantními ustanoveními NOZ. Další otázku, která by zasloužila samostatné pojednání a které se autoři z tohoto důvodu blíže nevěnovali, představuje problematika provázanosti (ne)existence povinného pojištění a trvání oprávnění k činnosti.

Povinné pojištění je podle názoru autorů cestou správným směrem, je však potřeba tuto cestu vybudovat na pevných základech a přesně stanovit pomyslná svodidla, aby případné vybočení nemělo fatální následky, neboť tato cesta je lemována alejí možných rizik.

Tento text byl zpracován v rámci programu „PROGRES Q02 – Publicizace práva v evropském a mezinárodním srovnání“, realizovaného v roce 2018 na Právnické fakultě Univerzity Karlovy.

Resumé

Mandatory insurance in modern economy

The article is devoted to clarify the compulsory insurance system in the modern economy. It aims to clarify the importance of compulsory insurance, to explain prerequisites necessary for functioning of compulsory insurance and to analyze the system of relevant legal regulation in the area of compulsory insurance in the territory of the Czech Republic.

Pojišťovnictví v USA

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA / předseda redakčního kruhu *Pojistných rozprav*

Pojistný trh USA je v globálním měřítku jedničkou. Ve srovnání s největším evropským národním pojištěním – trhem Spojeného království – je rozdíl ve vyprodukovaném pojištěním markantní. Skutečností ovšem je, že relevantních informací o tomto trhu a o jeho regulaci není v ČR nadbytek. K určitému vyplnění této informační mezery může posloužit např. Výroční zpráva o pojišťovnictví¹ (dále jen „zpráva“), kterou zveřejnil Federální úřad pro pojišťovnictví (*Federal Insurance Office, FIO*), patřící pod Ministerstvo financí USA. Cílem tohoto článku je informovat především na podkladě zmíněné zprávy o vývoji pojišťovnictví v USA (dále rovněž „americké pojišťovnictví“) a poukázat na některé tržní trendy a specifická regulatorní opatření.

Pojišťovnictví USA a jeho regulace má nesporná specifika. Proto za účelem lepšího porozumění vybraným otázkám uvedeným ve výše zmíněné zprávě je vhodné nejdříve prezentovat některá základní fakta.

1 Stručná charakteristika pojišťovnictví USA

V roce 2016 bylo v USA 5977 pojišťoven, z toho 2538 provozovalo neživotní pojištění (bez soukromého zdravotního pojištění), 872 životní a důchodové pojištění, 858 soukromé zdravotní pojištění a zbytek připadá na ostatní sledované kategorie pojišťoven. Tyto pojišťovny měly 1,5 mil. zaměstnanců a 1,1 mil. osob pracovalo pro pojišťovací agentury, pojišťovací makléře a jiné podniky působící v pojišťovnictví.² Údaje OECD se opírají o jinou klasifikaci pojišťoven. Pokud jde o celkový počet tzv. „tuzemských pojišťoven“, v roce 2007 bylo podle statistiky OECD v USA 4477 pojišťoven a v roce 2016 jen 4164. Tzn. že od vypuknutí finanční a ekonomické krize poklesl počet pojišťoven v USA o 7 %, kdežto např. v SRN o cca 14 %.³ Z těchto údajů si lze učinit základní představu o americkém pojištěním trhu. Pro srovnání lze snad jen doplnit, že podle údajů Insurance Europe působilo v Evropě v roce 2016 zhruba 3500 pojišťoven.

Pojišťovnictví v USA je převážně regulováno jednotlivými státy, resp. 56 jurisdikcemi, a to od roku 1851. V roce 1944 rozhodl Nejvyšší soud USA, že pojištění je mezistátní obchod, a proto musí podléhat federální regulaci. Enorm-

ní tlaky na Kongres USA, aby překonal novou legislativu toto rozhodnutí, vedly v roce 1945 k přijetí McCarrano-va-Fergusonova zákona, který obnovil regulatorní autoritu států v záležitostech pojištění a vyňal pojišťovací obchod i z federálních antitrustových zákonů. Určitou zodpovědnost federální vláda přesto má. I když od roku 1945 nedošlo k žádnému „vystoupení“ proti regulaci na úrovni států, federální vláda schválila některá opatření dotýkající se pojištění. Na základě příslušného zákona z roku 1974 (zákon o zabezpečení důchodového příjmu zaměstnance – *Employee Retirement Income Security Act*) byly stanoveny federální oznamovací požadavky a vynucovací pravomoci pro případ důchodových plánů sponzorovaných zaměstnavatelem a pro případ jiných souvisejících plnění. Grammův-Leachův-Blileyho zákon (z roku 1999) přitlačil státy, aby dosáhly reciprocity v povolování činnosti pojišťovacích zprostředkovatelů nebo souhlasily s federální intervencí. Zákon Patriot (z roku 2002) rozšířil některé aspekty federálního zákona o bankovním tajemství (*Federal Bank Secrecy Act*) na pojišťovnictví a dal federálním úřadům oprávnění k šetření v oblasti boje proti praní špinavých peněz a k šetření jistých specifických pojišťovacích obchodů.

Jednotlivé státy realizují své regulatorní funkce v pojišťovnictví v rámci státní administrativy. Příslušné útvary či jednotky provádějí povolování pojišťovací činnosti a dohled nad pojišťovnami a pojišťovacími zprostředkovateli na základě pravomocí stanovených v legislativě daného státu a v souladu se státním rozpočtem. V čele státního útvaru či jednotky stojí komisař, který vykonává své zákonné pravomoci. Někteří komisaři jsou voleni, nicméně většinou jsou jmenováni guvernérem. I když úprava není v jednotlivých státech stejná, financování jejich činnosti je obvykle zajišťováno z pojištěního trhu, a to ve formě poplatků (např. za povolení činnosti nebo za provedené šetření) a odvodů, jež představují součást příjmů daného státu. Příslušné útvary či jednotky státu inkasují taktéž daň z pojištěního.

Zásadní pro pochopení regulace v USA je, že pojišťovny musí obdržet povolení v každém státě, v němž chtějí podnikat. Pojišťovna má sídlo ve státě, který vydal primární povolení. Je to tedy domácí (tuzemská) pojišťovna. Jakmile pojišťovna získá povolení v jednom státě, může žádat o povolení v jiných státech USA jako „mezistátní“ (*foreign* – lze také přeložit jako „vícestátní“, „zahraniční“) pojišťovna. Pojišťovna založená v některém zahraničním státě (tedy mimo USA) je nazývána „cizí“ (*alien*) pojišťovnou v tom

státě USA, v němž jí je povolena činnost. Pojišťovny, jež působí ve více než jednom státě, musí respektovat, že rozsah vzájemného uznávání (reciprocity) regulatorních ustanovení se mezi těmito státy různí, nicméně většinou platí, že finanční regulace je prováděna tím státem, v němž má daná pojišťovna své sídlo.

Příslušné útvary států pro pojišťovnictví provádějí jak finanční, tak tržní regulaci. Státy určují kapitálové požadavky i požadavky na rezervy. Pravidla a oznamovací povinnosti jsou v zásadě komplexní. Státy dělají finanční analýzu a šetření na místě (to je zákonem ponejvíce požadováno minimálně jednou za pět let). Státy mají právo prověřování nebo schvalování formulářů pojistných smluv a v případě pojištění majetku a pojištění odpovědnosti často regulují pojistné sazby. Pokud jde o tyto sazby, cílem je zajistit, aby nebyly neadekvátní, nadměrné ani diskriminační. Útvary jednotlivých států pro pojišťovnictví odpovídají přímo na stížnosti spotřebitelů a vyžadují si k tomu informace. Povolují činnost pojišťovacích zprostředkovatelů a realizují dohled. Státy mají patřičné pravomoci k tomu, aby vynutily plnění finančních a tržních požadavků.

Významnou koordinační úlohu mezi státními regulátory sehrává Národní asociace pojišťovacích komisařů (*National Association of Insurance Commissioners, NAIC*). Je to nástroj, jehož prostřednictvím jednají státní pojišťovací komisaři jako skupina. Komisaři založili tuto neziskovou organizaci, jež jim má napomáhat v naplňování jejich regulatorních povinností centralizací některých funkcí, aby docílili úspor a větší jednotnosti, spojení zdrojů a obdrželi a sdíleli odborné poznatky. Cílem je rovněž umožnit státům připravit novou legislativu na takové úrovni, kterou by nemohly dosáhnout při individuálním postupu. NAIC zaměstnává 430 a státy téměř 12 000 zaměstnanců (pro regulaci a dohled nad pojišťovnictvím).

Podstatným prvkem finanční reformy v USA, která reagovala na finanční a ekonomickou krizi let 2007–2009, je bezesporu zákon o reformě Wall Street a o ochraně spotřebitele. V jeho názvu jsou uvedena též příjmení dvou tehdejších významných členů Kongresu USA: Dodd a Franka (*Dodd-Frank Wall Street Reform and Consumer Protection Act*), čímž byla oceněna jejich iniciativa při dopracování vládního návrhu. Zákon ze dne 21. července 2010 má v příslušné sbírce veřejného práva (*Public Law*) číslo 111-203. Účelem tohoto zákona je podle jeho pream-

bule zejména podporovat finanční stabilitu USA zlepšováním zodpovědnosti a transparentnosti ve finančním systému, ukončit praxi, v níž není možné nechat padnout příliš velkou společnost (*too big to fail*), ochránit americké daňové poplatníky ukončením pomoci společností z nesnáží (*bail-out*) a chránit spotřebitele před nezákonnými praktikami ve finančních službách.

Hlava V (čl. 501-542) tohoto zákona se týká pojištění a je v ní upraveno založení a činnost Federálního úřadu pro pojišťovnictví (*Federal Insurance Office, FIO*) a dále určité prvky pojišťovací reformy vycházející ze státní regulace (nepovolené pojištění, zajištění). Nechybí ani výklad k této hlavě.⁴

Pokud jde o FIO, výše zmíněný zákon vymezuje jeho konkrétní zodpovědnost v oblasti finanční stability, monitoringu a mezinárodních otázek. FIO může radit ministrovi financí USA, co se týče jak hlavních domácích politických otázek v sektoru pojišťovnictví, tak mezinárodních otázek týkajících se např. obezřetnostní politiky v pojišťovnictví. FIO je specificky zmocněn:

- monitorovat všechny aspekty vývoje pojišťovnictví, včetně identifikace problémů nebo mezer v regulaci pojišťoven, jež by mohly přispět k systémové krizi v pojišťovnictví nebo finančním systému USA;
- sledovat, jaký rozsah přístupu k poskytovaným pojistným produktům, vyjma zdravotního pojištění, mají tradičně špatně zaopatřená společenství a spotřebitelé, minority a osoby s nízkým příjmem;
- doporučovat Radě pro dohled nad finanční stabilitou (*Financial Stability Oversight Council*), aby příp. vymezila příslušnou pojišťovnu jako nebankovní finanční společnost podrobenou regulaci a dohlíženou radou guvernérů Federálního rezervního systému (*Federal Reserve System*);
- napomáhat ministrovi financí při správě Programu pojištění teroristických rizik (*Terrorism Risk Insurance Program*), který byl na Ministerstvu financí USA vytvořen na základě příslušného zákona z roku 2002;
- koordinovat federální činnost, připravit federální politiku na globální obezřetnostní standardy, včetně zastupování USA, je-li to případné, v Mezinárodní asociaci orgánů dohledu v pojišťovnictví (*International Association of Insurance Supervisors, IAIS*), a napomáhat ministrovi financí při přípravě a sjednávání (mezinárodních) dohod;

- v souladu s příslušnými standardy a procesy předepsanými zákonem určovat, zda některá opatření státu v pojišťovnictví jsou znemožněna (mezinárodními) dohodami;
- konzultovat se státy pojišťovací záležitosti národní důležitosti (tedy důležitosti z hlediska USA) i mezinárodní důležitosti (obezřetnost).⁵

2 Základní informace a závěry FIO k vývoji pojišťovnictví USA v roce 2016

Zpráva FIO obsahuje převážně údaje za rok 2016, ale i některé informace, jež se týkají 1. pololetí 2017. Jejím jádrem jsou následující kapitoly: „Finanční přehled o pojišťovnictví“, „Vývoj tuzemské regulace a trhu“ či „Konkurenceschopnost USA na globálních trzích“. Vzhledem k rozsahu a komplexnímu charakteru této zprávy budou dále prezentovány jen základní informace a závěry, a to s využitím jak exekutivního shrnutí, tak výše zmíněných kapitol.

2.1 Vývoj pojistného trhu

Údaje o vývoji pojistného trhu jsou v exekutivním shrnutí prezentovány zvlášť pro sektor životního a (soukromého) zdravotního pojištění a pro sektor pojištění majetku a odpovědnosti. Souhrnné čisté předepsané pojistné se v sektoru životního a zdravotního pojištění snížilo o 6 %, z 638 mld. USD v roce 2015 na 600 mld. USD v roce 2016. Pokles nastal u všech kategorií pojištění s výjimkou pojištění úrazu a nemoci. Naopak v sektoru pojištění majetku a odpovědnosti se čisté předepsané pojistné zvýšilo oproti předchozímu roku o 2,5 %, na novou rekordní úroveň 534 mld. USD. Tento výsledek byl podpořen mírným ekonomickým růstem v USA a zvýšením sazeb pojistného s tím, že sazby rostly o něco rychleji v pojištění osob než v podnikatelských pojištěních.

Oba zmíněné sektory byly v roce 2016 ziskové. Čistý zisk v sektoru životního a zdravotního pojištění poklesl ze 40 mld. USD v roce 2015 na 39 mld. USD v roce 2016, a to hlavně z důvodu navýšení čistých kapitálových ztrát. V pojištění majetku a odpovědnosti byl vykázán v roce 2016 čistý zisk ve výši 44 mld. USD, což bylo méně než v roce 2015 (58 mld. USD) či v roce 2014 (65 mld. USD). Snížení zisku v roce 2016 bylo zapříčiněno především upisovací (technickou) ztrátou ve výši 2 mld. USD. V roce 2015 byl naproti tomu docílen technický zisk ve výši 11 mld. USD.

Americké pojišťovnictví bylo v roce 2016 nadále aktivní na kapitálových trzích. V souhrnu zvýšilo pojišťovnictví díky 22 nabídkám vlastní kapitál o 5,4 mld. USD. Dluhové financování zůstalo atraktivní a pojišťovnictví vydalo 64,7 mld. USD nových dluhových instrumentů na základě 96 separátních nabídek. Aktivita v oblasti fúzí a akvizic pokračovala i v roce 2016, ale jejich celková hodnota byla výrazně nižší než v roce 2015. V roce 2016 se uskutečnilo v pojišťovnictví celkem 91 těchto transakcí, v hodnotě 21,6 mld. USD, přičemž 77 transakcí v roce 2015 mělo hodnotu 143 mld. USD.

Výše uvedené výsledky umožnily FIO učinit závěr, že přes rozdílný výkon jednotlivých pojišťoven zůstalo celkově pojišťovnictví USA ve zdravé finanční kondici. Nicméně bylo nadále zatíženo prostředím nízkých úrokových sazeb. I když tento faktor působil též v předchozích letech, podle FIO byl jeho negativní vliv v posledních dvou letech citelnější. Investiční výnosy v obou sledovaných sektorech stagnovaly a čisté výnosy z investovaných aktiv měly opětně klesající trend a v roce 2016 dosáhly nejnižší úrovně za posledních 10 let. Jedním z problémů v této oblasti je zvýšené reinvestiční riziko, tzn. že pojišťovny nejsou schopny reinvestovat finanční prostředky z investic, u kterých vypršela sjednaná doba, za stejných podmínek, za jakých byly nakoupeny.

K této části zprávy lze podotknout, že FIO v rámci jednotlivých tabulek o výkonu pojišťoven (např. o vývoji předepsaného pojistného) uvádí jmenovitě TOP 10 pojišťoven a pak souhrnně TOP 10, TOP 25, TOP 100 pojišťoven a nakonec celý trh. V hodnocení a komentáři ke statistickým údajům zmiňuje v případě potřeby výkony jednotlivých pojišťoven. FIO se věnuje podrobně též vývoji investic, nákladům pojišťoven a likviditě a zveřejňuje poměrové finanční ukazatele za zmíněné sektory, jako např. rentabilitu vlastního kapitálu (*Return on Equity*) nebo čistý zisk k celkovým aktivům (*Return on Assets*).

2.2 Vývoj tuzemské regulace a trhu

Tato část zprávy začíná hodnocením trhu kybernetického pojištění. Podle FIO se tento trh rozvíjí, ačkoli čelí mnoha výzvám, jako např. nedostatku historických a aktuárských dat či nedostatečnému chápání otázky „vystavení pojišťovny kumulativnímu riziku“. Je zřejmý regulatorní zájem o rozvoj tohoto pojištění s tím, že jsou zde představeny a zkoumány státní, federální a mezinárodní iniciativy ohledně kybernetické bezpečnosti amerického pojišťovnictví.

FIO se věnuje také roli inovací a technologií. V americkém pojišťovníctví se zvyšuje spoléhání se na insurtech⁶ nebo na inovativní použití technologií v pojišťovníctví. Roste financování inovací, jako jsou *big data*, bločenka (*block-chain*), telematika a pojištění klient–klient (*peer-to-peer*). Také tyto aktivity jsou příležitostí i výzvou pro pojišťovny, spotřebitele a regulátory.

Jelikož vichřice/hurikány, povodně a záplavy, zemětřesení a jiné přírodní katastrofy způsobují v USA každoročně značné ztráty, FIO ve zprávě hodnotí způsob, jakým pojištění podporuje obnovu, a roli pojišťovníctví při zmírňování rizik prostřednictvím inovací. Zpráva se však věnuje i roli federální vlády při snižování rizik a obnově, konkrétně činnosti příslušné vůdčí skupiny pro zmírňování rizik, která koordinuje aktivity napříč federální vládou, a funkčnosti Národního programu pro pojištění pro případ povodní.

Ve zprávě se upozorňuje i na memorandum prezidenta Trumpa z dubna 2017, dle kterého příslušná rada Ministerstva financí USA posuzuje, zda by určitá nebankovní finanční instituce mohla způsobit ohrožení finanční stability USA, a rozhoduje o zahájení procesu, na základě něhož rada označí instituci jako systémově důležitou.

Významné postavení v regulaci má Program pojištění rizika terorismu (*Terrorism Risk Insurance Program*, TRIP), který je spravován ministrem financí za podpory FIO. V prosinci 2016 vydalo Ministerstvo financí USA prozatímní finální pravidla týkající se procesu certifikace teroristického činu a finální pravidla pro rovnováhu tohoto programu. FIO analyzoval efektivnost TRIP a Kongresu USA předložil zprávu o konkurenceschopnosti malých pojistitelů na trhu pojištění rizika terorismu. Byla vytvořena pracovní skupina, jež má FIO poskytovat poradenství, doporučení a podněty s ohledem na vytvoření mechanismů pro nevládní sdílení rizik a s cílem chránit před škodami plynoucími z teroristických činů.

Zpráva analyzuje i vývoj v oblasti soukromého pojištění dlouhodobé péče, který nelze hodnotit jako příznivý. Dlouhodobě nízké úrokové sazby, delší doba dožití a nižší než očekávaná storna pojistných smluv zhoršily ziskovost daných pojistných produktů a vedly k významným finančním ztrátám některých pojišťoven a k poklesu celého trhu pojištění dlouhodobé péče. Proto se státní regulátoři, tvůrci federálních politik a pojišťovny zaměřují na řešení stávajících problémů.

V závěru této části zprávy je podána aktuální informace o vývoji regulace na státní úrovni. Je posuzován význam kapitálu a vymezen stávající režim i očekávaný vývoj na státní a federální úrovni. Dalším rozebíraným regulačním tématem jsou požadavky na tvorbu technických rezerv životního pojištění a pak nevyplacená pojistná plnění v případě smrti z životního pojištění. Nad rámec exekutivního shrnutí je účelné upozornit zainteresované osoby, že v rámci této části zprávy lze nalézt specifické informace o pozici FIO např. k problematice autonomně řízených vozidel, dopadům hurikánu Harvey, státní regulační reakci na přírodní katastrofy apod.

2.3 Konkurenceschopnost USA na globálních trzích

V úvodu této části zprávy se zmiňuje internacionalizace pojišťovníctví a výhody globální diverzifikace rizik. V této souvislosti je podána informace o zapojení USA, resp. FIO, např. do tvorby mezinárodních standardů. Dále je provedena určitá komparace postavení a výkonu amerického trhu s jinými pojistnými trhy ve světě. Konstatuje se, že národní pojistný trh USA je největší na světě, přičemž v roce 2016 dosáhlo přímé předepsané pojistné 1,3 bil. USD a podílu na globálním trhu ve výši 29 %. Připouští se však, že tyto údaje jsou v zásadě stejné u EU, pokud se bere v úvahu jednotný pojistný trh. Zpráva upozorňuje na rychlý růst pojistného v nově se rozvíjejících zemích (*emerging countries*). Čína je nyní třetím největším národním pojistným trhem na světě, tj. za USA a Japonskem.⁷ FIO vychází v zásadě z toho, že nově se rozvíjející trhy jsou podnikatelskou příležitostí pro pojišťovny a zajišťovny USA.

Dále je ve zprávě podána charakteristika dohody mezi EU a USA o obezřetnostních pravidlech týkajících se pojištění a zajištění, která byla dne 6. října 2017 spolu s doprovodnými rozhodnutími Rady EU zveřejněna v *Úředním věstníku EU*. Jelikož zpráva FIO pokrývá maximálně období do poloviny roku 2017, je v ní hodnocen jen pokrok při vyjednávání obou stran a zmíněn význam dohody. Podle FIO by tato dohoda měla být pro USA dlouhodobě prospěšná, protože poskytuje regulační jistotu americkým pojišťovnám a zajišťovnám operujícím v EU. Předpokládá se, že povede ke snížení nákladů pojišťoven a pojistníků v USA, přičemž se v USA zachovávají důležité právní předpisy pro ochranu spotřebitele. Po podepsání dohody dne 22. září 2017 bylo v USA vydáno politické stanovisko za účelem poskytnout dodatečné vysvětlení pojišťovacím regulátorům a subjektům ve věci implementace této dohody. Vzhledem k jejímu

významu jí bude věnována samostatná pozornost v další části tohoto článku.

FIO dále uvádí, že USA se účastní řady iniciativ v různých mezinárodních fórech, a to včetně IAIS a Rady pro finanční stabilitu (*Financial Stability Board*, FSB). Např. v IAIS jsou USA zastoupeny nejen FIO, ale také NAIC, Federálním rezervním systémem a zástupci 56 jurisdikcí. Úkolem FIO je zajistit koordinaci s těmito americkými institucemi a konzultovat projednávanou problematiku se všemi americkými zainteresovanými osobami tak, aby USA vystupovaly na mezinárodních fórech jednotně a plně využily odůvodněné odborné poradenství ze strany soukromého pojišťovnictví USA. V roce 2016 byly v IAIS a jiných mezinárodních organizacích posuzovány následující otázky:

- 1) společný rámec pro dohled nad mezinárodně aktivními pojišťovacími skupinami a základní pojišťovací principy;
- 2) pokračování přípravy mezinárodních kapitálových standardů;
- 3) plánování přeshraničních řešení krizí;
- 4) boj proti finanční kriminalitě v pojišťovnictví.

FIO zmiňuje též některé aktivity v oblasti regulace systémově důležitých institucí. Nemělo by ujít pozornosti, že IAIS vytvořila v roce 2017 pracovní skupinu k systémově důležitým bankám a pojišťovnám s cílem řešit nesrovnalosti mezi metodologií pro hodnocení globálních systémově důležitých bank a metodologií pro hodnocení globálních systémově důležitých pojišťoven. V podstatě jde o to, že FIO předkládá určité hodnocení svého působení v IAIS. Lze dodat, že FSB zveřejnila v roce 2016 opětovně seznam devíti globálních systémově důležitých pojišťoven, které musí splnit dodatečné kapitálové požadavky (vyšší absorpce ztráty) a jsou podrobeny přísnějšímu dohledu. Z těchto devíti pojišťoven byly tři z USA: American International Group Inc., MetLife Inc. a Prudential Financial Inc.

Je třeba zdůraznit, že ve zprávě jsou výše uvedená témata rozebrána podrobně z pozic USA a že je v ní zahrnut seznam devíti globálních systémově důležitých pojišťoven.

3 Vybrané specifické otázky rozvoje pojišťovnictví USA

Ve zprávě FIO je zahrnuta řada otázek, které jsou řešeny i v některých jiných zemích světa, a proto by americké řešení či přístup k nim mohly být inspirací pro EU či její

členské státy. Níže budou prezentovány toliko dva vybrané problémy a nato, jak již bylo avizováno, bude charakterizována zmíněná dohoda mezi EU a USA, která může přispět k rozvoji obou pojištných trhů.

3.1 Investice do infrastruktury

Infrastruktura může být podle FIO definována jako permanentní systémy, jež umožňují řádné fungování a rozvoj národního hospodářství. Fyzická infrastruktura zahrnuje systémy týkající se dopravy, komunikace, vody, odpadů a výroby i distribuce elektrické energie. Takové systémy jsou obecně kapitálově náročné, ale často poskytují stabilní finanční tok pro investory z důvodu značných vstupních bariér.

Potřeba investic do infrastruktury se stala globální politickou otázkou, kterou se zabývá OECD a G20. Podle FIO vyzval prezident Trump k tvorbě legislativy, jež by umožnila investování veřejného i soukromého kapitálu do infrastruktury USA v rozsahu 1 bil. USD, a zveřejnil plán na přebudování americké infrastruktury.

Infrastrukturní projekty mají být financovány z veřejných i soukromých zdrojů a na základě partnerství veřejného i soukromého sektoru. V USA byl historicky hlavním nástrojem pro financování infrastrukturních projektů trh obecních dluhopisů. Nedávno se zvýšily investice soukromého kapitálu zejména do projektů v dopravě, energetice a vodním hospodářství. Realizace takových investic často závisí na výkonu projektu a na síle založené infrastrukturní společnosti.

Pojišťovny jsou významnými investory a infrastruktura pro ně může být zajímavá jako třída investic. Pojišťovací průmysl USA měl ke konci roku 2016 na hotovosti a v investovaných aktivech přibližně 5,5 bil. USD. Za posledních 10 let čistý výnos z investovaných aktiv neustále klesal z důvodu nízkých úrokových sazeb. Proto pojišťovny vyhledávaly investiční alternativy s vyšším výnosem. Infrastrukturní projekty představují zajímavou příležitost z hlediska vyšších výnosů a delšího trvání projektů, čímž by si zejména životní pojišťovny mohly vylepšit ziskovost a řízení aktiv a závazků. Ve zprávě jsou zmíněny některé pozitivní příklady. Významný správce aktiv – společnost TIAA – měl v infrastrukturním a energetickém portfoliu okolo 13 mld. USD. Pojišťovna MetLife spravuje 43,7 mld. USD infrastrukturních dluhových investic. Ty jsou atraktivní také pro pojišťovny provozující pojištění majetku

a odpovědnosti, které patří historicky mezi největší investory do obecních dluhopisů, neboť drží 10 % z příslušného trhu, který má objem 3,8 bil. USD.

FIO velmi správně zmiňuje, že Evropský orgán pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění v červnu 2016 navrhl, aby infrastrukturní investice vysoké kvality byly, pokud jde o regulatorní kapitálové požadavky, posuzovány odlišně od jiných kapitálových investic, a konkrétně vyzval ke snížení rizikové přírážky.

V USA je podle příslušné zprávy NAIC diskuze a zkoumání možnosti zavedení odlišného (a pobídkového) režimu pro infrastrukturní investice pojišťoven teprve v počáteční fázi.

3.2 Pojištění dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče se týká způsobů uspokojování zdravotních a osobních potřeb osob, které nejsou schopny se bez pomoci o sebe postarat. Z federálních programů jsou nyní financovány zhruba dvě třetiny dlouhodobé péče, ale od roku 1970 pojišťovny také nabízejí příslušné soukromé pojištění pro případ potřeby dlouhodobé péče ve stáří. Prodej pojištných produktů dlouhodobé péče dosáhl vrcholu na počátku tohoto století, načež byl zaznamenán prudký pokles, který akceleroval v posledních pěti letech. Souhrnná průměrná roční míra růstu pojištného byla v období 2011–2016 negativní a činila 16 %. Např. v roce 2016 poklesl počet nově uzavřených pojištných smluv o 13 %. Ke snížení pojištného kmene přispívaly rovněž výpovědi existujících smluv. Podle kvalifikovaného odhadu vlastnilo ke konci roku 2016 zhruba 4,7 mil. Američanů pojištnou smlouvu týkající se pojištění dlouhodobé péče, což ve srovnání s rokem 2015 znamená pokles o 1 %.

Počet pojišťoven nabízejících pojištění dlouhodobé péče poklesl z více než stovky na počátku tohoto století na zhruba 12 ke konci roku 2015. Mezi příčiny poklesu počtu poskytovatelů náleží zhoršení ziskovosti, finanční ztráty některých pojišťoven v důsledku přetrvávajících nízkých úrokových sazeb, delší doba dožití a menší počet storen oproti předpokladům. Pojišťovny chtějí samozřejmě zlepšit provozní výsledek, a proto usilují o schválení nárůstu pojištného u stávajících pojištných smluv orgánem dohledu příslušného státu. Např. v 1. čtvrtletí 2017 požádalo o zvýšení pojištného 10 pojišťoven, což by se dotklo 87 000 pojištníků. Faktem podle FIO je, že získání souhlasu od příslušného orgánu dohledu může trvat dosti

dlouho a výsledek je vždy nejistý. Další reakcí amerického pojištného trhu bylo zavedení nového pojištného produktu dlouhodobé péče, který by měl snížit nebo eliminovat potřebu budoucího nárůstu pojištného. Navíc rostoucí počet životních pojišťoven nyní nabízí nové sdružené pojištné produkty, kdy základem je životní pojištění (méně často důchodové pojištění), ale zahrnuto je i případné pojištné plnění z titulu dlouhodobé péče. Pojišťovny jsou tímto méně vystaveny finančním rizikům a jeví se, že takové produkty jsou přitažlivé i pro spotřebitele. Sdružené pojištné produkty, u nichž pojištné v roce 2016 činilo 3,6 mld. USD a počet nově uzavřených pojištných smluv v roce 2016 dosáhl počtu 340 000, tak v zásadě vytlačují tradiční pojištění dlouhodobé péče.

Státní regulátoři a NAIC aktivně řeší řadu problémů a hledají takové změny, které by stabilizovaly daný trh a umožnily jeho budoucí rozvoj. Ve zprávě jsou uvedeny konkrétní příklady ohledně veřejných konzultací, založení pracovních skupin a vůbec koordinace činnosti státních regulátorů.

3.3 Dohoda mezi EU a USA o obezřetnostních pravidlech týkajících se pojištění a zajištění

Ve zprávě FIO je zmíněna výše uvedená dohoda a jsou zhodnoceny její výhody. Vzhledem k tomu, že již byla dne 6. října 2017 zveřejněna v *Úředním věstníku EU*, a vzhledem k jejímu významu pro rozvoj pojišťovnictví v USA i EU je účelné věnovat se jí podrobněji.

Její preambule umožňuje pochopit její cíle, motivace smluvních stran a klíčové principy, jež umožnily její uzavření. Společným cílem EU a USA je ochrana pojištníků a zajištníků a dalších spotřebitelů, přičemž obě smluvní strany respektují své systémy dohledu a regulace. Nesmírný význam má potvrzení faktu, že s ohledem na postoupené zajištění a dohled nad skupinou poskytují Spojeným státům americkým obezřetnostní pravidla platná v EU spolu s požadavky a závazky stanovenými v této dohodě stejnou úroveň ochrany pojištníků, zajištníků a jiných spotřebitelů jako federální (US) zákon o pojišťovnách z roku 2010. Docílení dohody ovlivnila i ta skutečnost, že smluvní strany vzaly na vědomí výhody plynoucí ze zvýšení právní jistoty při uplatňování právních rámců v oblasti pojištění a zajištění pro pojistitele a zajištitelce působící na území jednotlivých smluvních stran a že uznaly funkčnost dohledu nad skupinou i význam skupinového kapitálového požadavku apod. Z dohody, která obsahuje mnoho důležitých a pregnantně

formulovaných právních ustanovení, zde budou zmíněny toliko vybrané otázky.

Podle čl. 1 dohoda upravuje:

- za blíže určených podmínek odstranění požadavků na místní přítomnost, které smluvní strana nebo její orgán dohledu ukládá přebírajícímu zajišťovateli se sídlem nebo domicilem na území druhé smluvní strany jako podmínku pro uzavření jakékoli dohody o zajištění s postupujícím pojistitelem se sídlem nebo domicilem na jejím území;
- za blíže určených podmínek odstranění požadavků na kolaterál (další text je stejný jako u první odrážky);
- role hostitelských a domovských orgánů dohledu při obezřetnostním dohledu nad skupinou u pojišťovacích a zajišťovacích skupin. Např. v případě, že celosvětový mateřský podnik sídlí na území domovské smluvní strany, pak nikoli hostitelský orgán dohledu, ale domovský orgán dohledu bude vykonávat celosvětový obezřetnostní dohled nad pojišťovací skupinou;
- vzájemnou podporu smluvních stran v oblasti výměny informací mezi orgány dohledu jednotlivých smluvních stran a doporučené postupy pro tuto výměnu. V této souvislosti je vhodné dodat, že dohoda má přílohu s názvem „Vzorová ustanovení memoranda o porozumění o výměně informací mezi orgány dohledu“.

Pojem „kolaterál“ má ve finančním sektoru více významů. V souvislosti s touto dohodou a zajištěním se jím fakticky rozumí dosavadní povinnost evropských zajišťoven složit finanční záruky za své závazky v USA, což zvyšuje náklady a snižuje jejich konkurenceschopnost.

Kolaterál je ovšem právně specifikován v čl. 3: Zajištění. V zásadě se dá říci, že smluvní strana nesmí jako podmínku pro to, aby přebírající zajišťovatel se sídlem nebo domicilem na území druhé smluvní strany (tj. přebírající zajišťovatel domovské smluvní strany) mohl uzavřít dohodu o zajištění s postupujícím pojistitelem se sídlem nebo domicilem na vlastním území (tj. postupující pojistitel hostitelské smluvní strany):

- mít ani přijmout žádný požadavek na kolaterál v souvislosti s převodem rizik z postupujícího pojistitele hostitelské smluvní strany na přebírajícího zajišťovatele domovské smluvní strany ani případné související požadavky na poskytování zpráv souvisejících s tímto odstraněným kolaterálem;

- mít ani přijmout žádný nový požadavek se zásadně stejným právním dopadem na přebírajícího zajišťovatele domovské smluvní strany.

V čl. 3 odst. 1–3 jsou vymezeny i další podmínky a povinnosti smluvních stran v oblasti zajištění, např. ve vztahu k úvěru na zajištění či úvěru na schopnost příslušné dohody o zajištění snižovat riziko. Tyto odstavce se však použijí jen za určitých podmínek. Jednou z nich je, že přebírající zajišťovatel má a průběžně udržuje 226 mil. EUR, pokud má pojistitel sídlo v EU, nebo 250 mil. USD, pokud má postupující pojistitel domicil v USA, přičemž tyto částky musí být tvořeny vlastními prostředky či kapitálem a přebytky. Druhou klíčovou podmínkou je požadavek, aby přebírající zajišťovatel měl a průběžně udržoval ukazatel kapitálové přiměřenosti ve výši 100 % solventnostního kapitálového požadavku podle směrnice Solventnost II nebo kapitál založený na riziku ve výši 300 % úrovně povolené kontroly, podle toho, který z ukazatelů se používá na území, kde má přebírající zajišťovatel své sídlo nebo domicil.

4 Závěr

Zpráva FIO o vývoji amerického pojišťovníctví v roce 2016 obsahuje celou řadu důležitých informací a poznatků. Je třeba ovšem chápat, že není plně srovnatelná s klasickou výroční zprávou některého z orgánů dohledu, tedy kompetentního orgánu, v kterémkoli členském státě EU. Jde o to, že právní povinnosti a pravomoce FIO a kompetentního orgánu v EU jsou odlišné. FIO je federálním orgánem působícím v rámci Ministerstva financí USA a podává zprávu o pojišťovníctví jen ve vazbě na své kompetence, jež byly v tomto článku vyloženy. Klasický dohled nad pojišťovníctvím je v USA realizován na úrovni jednotlivých států.

Přesto je obsah zprávy FIO zajímavý, přínosný a využitelný. Předně zaujme hodnocení trendů na pojistném trhu. Např. informace o investicích amerických pojišťoven do infrastruktury potvrzují globální charakter této otázky a ukazují, že pro americké pojišťovny to není nová třída investic. Na druhé straně je EU možná dále v hledání optimálního regulatorního prostředí pro jejich realizaci v praxi. V případě pojištění dlouhodobé péče jsou zkušenosti amerických pojišťoven mnohaleté – vždyť dané produkty se objevily na trhu USA již v roce 1970. FIO neskrývá, že dané pojišťovny jsou pod finančním tlakem, ale současně prezentuje

- 1 FIO. U. S. Department of the Treasury. Annual Report on the Insurance Industry. [on-line]. [citace 2018-07-17]. Dostupné na: <https://www.treasury.gov/initiatives/fio/reports-and-notice/Pages/default.aspx>.
- 2 Insurance Information Institute. Facts + Statistics. [on-line]. [citace 2018-08-12]. Dostupné na: <https://www.iii.org/fact-statistic/facts-statistics-industry-overview>.
- 3 OECD. General Insurance Statistics. 1. Domestic undertakings. [on-line]. [citace 2018-08-12]. Dostupné na: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PT1>.
- 4 U. S. Department of the Treasury. Initiatives. Dodd-Frank. [on-line]. [citace 2015-02-09]. Dostupné na: <http://www.treasury.gov/initiatives/fio/Pages/faci.aspx>.
- 5 Mesršmíd, J. (2015). Pojištníctví v globálním prostředí. Professional Publishing.
- 6 Označení „insurtechs“ pochází ze slov „insurance“ (pojištění) a „technology“ (technologie). Cílem příslušných podnikatelů je využít technologické inovace, aby oproti stávajícímu podnikatelskému modelu v pojištníctví bylo docíleno úspor a zvýšení efektivnosti.
- 7 Podle analýzy Swiss Re Institute o vývoji světového pojištníctví v roce 2017 (viz *Sigma* č. 3/2018) ze dne 5. července 2018 je pořadí prvních tří pojištních trhů podle podílu na globálním pojištním v roce 2017 následující: USA 28,15 %, Čína 11,07 %, Japonsko 8,63 %. V roce 2016 ještě platilo pořadí uvedené ve zprávě FIO.

reakce pojišťoven, mj. zavedení sdružených pojištních produktů, kdy základem je životní pojištění, ale zahrnuto je i plnění z titulu dlouhodobé péče. Jako cenný zdroj poznání mohou posloužit informace o reakci pojištníctví, státních regulátorů i federálních úřadů na přírodní katastrofy, terorismus, kybernetické riziko apod. Nechybí ani zmínka o reakci konkrétních pojišťoven. Pro orientaci veřejnosti USA může být rovněž důležité, že zpráva obsahuje i základní rankingy amerických pojišťoven (TOP 10) v obou statisticky sledovaných segmentech, tj. životním a zdravotním pojištěním a pojištěním majetku a odpovědnosti.

Jelikož USA a EU jsou klíčovými hráči na globálním pojištním trhu, má uzavřená dvoustranná dohoda mezi nimi nejen význam pro rozvoj jejich pojištních trhů a pro jejich součinnost, ale také globální přesah, tj. může napomoci budoucímu prosazení některých obezřetnostních standardů v širším měřítku. Určitě prospěje evropským zajišťovnám. Podle Evropské komise je totiž objem kolaterálů evropských zajišťoven v USA značně vysoký a jeho odstranění umožní produktivně investovat finanční prostředky. Ročně by se tak mohlo uvolnit 400 mil. USD. Z dohody budou však těžit rovněž evropské pojišťovací a zajišťovací skupiny, které jsou aktivní na trzích v USA, neboť dohoda vyjasňuje zodpovědnost za celosvětový dohled nad skupinou.

Resumé

The insurance industry in the USA

The author's objective is to inform about the up-to-date development of the insurance industry in the USA. He uses for this purpose the Annual Report on the Insurance Industry prepared and published in September 2017 by the Federal Insurance Office, U. S. Department of the Treasury (further only „report“). Because of the better understanding of the FIO report he starts with the common description mostly of regulatory regime applied to insurance industry in the USA. Then he presents selected issues from the relevant chapters of the report, i. e. Executive Summary, Insurance Industry Financial Overview, Domestic Regulatory and Market Developments and U. S. Competitiveness in Global Insurance Markets. The separate attention is paid to investments to infrastructure, long-term care insurance and the Bilateral Agreement between the European Union and the United States of America on prudential measures regarding insurance and reinsurance. At conclusion, the author summarizes the topic and assesses the role and contribution of the FIO report.

Vymezení vozidla pro účely pojištění odpovědnosti z provozu vozidla

PhDr. Vladimír Příkryl / Ministerstvo financí ČR
JUDr. Jana Čechová / Ministerstvo financí ČR

V obecné rovině by se za vozidlo mohlo považovat cokoliv, co je způsobilé pohybu pomocí kola, a to i ve formě válce, kladky pohybující se v určité dráze nebo prostřednictvím pásu. V takovém případě by se pak pojištění odpovědnosti zcela absurdně vztahovalo i na dětské hračky typu koloběžky nebo autíčka, na potahový vozík či na samovyvažovací zařízení, jakým je např. sagway.

V pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (dále jen „pojištění odpovědnosti“) upraveném zákonem č. 168/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, se za vozidlo, jehož provoz podléhá povinnosti pojištění odpovědnosti podle tohoto zákona, považuje podle § 2 písm. a) „silniční vozidlo, zvláštní vozidlo a trolejbus. Za vozidlo se však nepovažuje vozík pro invalidy, potahové vozidlo a nemotorové vozidlo tažené nebo tlačené pěší osobou, jízdní kolo a koloběžka, pokud nejsou schváleny jako druh vozidla motocykl“. Toto ustanovení tak navazuje na vymezení vozidel podle § 3 zákona č. 56/2001 Sb., upravujícího podmínky provozu vozidel na pozemních komunikacích, a na vyhlášku č. 173/1995 Sb., kterou se vydává dopravní řád drah, podle níž je trolejbus drážním vozidlem (§ 1 písm. e)). Současně jde o implementaci čl. 1 odst. 1 směrnice 2009/103/ES, tzv. „motorové směrnice“. Ta vymezuje vozidlo jako „jakékoliv motorové vozidlo určené k pohybu po souši, s mechanickým pohonem, nepohybující se však po kolejích, a jakékoliv přípojné vozidlo, ať již připojené, či nepřipojené“.

S ohledem na toto vymezení vozidla je z hlediska právní úpravy EU problematické vyčlenění invalidních vozíků (správně „vozíků pro invalidy“), které splňují podmínky § 3 odst. 3 písm. e) zákona č. 56/2001 Sb., tj. s motorickým pohonem, a pokud jejich šířka nebo délka přesahuje jeden metr a jejich konstrukční rychlost převyšuje 6 km/h nebo jejich maximální přípustná hmotnost převyšuje 450 kg. V návrhu novely zákona č. 168/1999 Sb. z roku 2016 byla výjimka pro tyto vozíky vypuštěna, přičemž se zvažovala možnost nepožadovat po jejich vlastních pojištění a v rámci solidarity s invalidními občany hradit případné škody způsobené provozem těchto vozíků z garančního fondu. Kvalifikovaně lze na základě evidence zdravotních pojišťoven odhadnout, že v současné době je v ČR provozováno 2500–3000 vozíků pro invalidy. Z hlediska rizikosti

lze jejich provoz porovnávat s rizikostí kategorie motocyklů s objemy válců motoru do 50 cm³. Autoři článku předpokládají, že se k této legislativní úpravě vrátí při nejbližší novele zákona.

Silniční vozidla

Silničním vozidlem je podle § 2 zákona č. 56/2001 Sb. motorové nebo nemotorové vozidlo, které je vyrobené za účelem provozu na pozemních komunikacích pro přepravu osob, zvířat nebo věcí, *kategorii vozidla* je skupina vozidel, která mají stejné technické podmínky stanovené prováděcím právním předpisem, a *typem silničního vozidla* jsou silniční vozidla určité kategorie, jež se shodují alespoň v základních znacích. Typ vozidla může zahrnovat varianty a verze. Mezi *základní druhy silničních vozidel* řadí zákon č. 56/2001 Sb. motocykly, osobní automobily, autobusy, nákladní automobily, vozidla zvláštního určení a speciální vozidla, přípojná vozidla a ostatní silniční vozidla, která se podle vyhlášky č. 341/2014 Sb., o schvalování technické způsobilosti a o technických podmínkách provozu vozidel na pozemních komunikacích, člení na kategorie L, M, N, O, jež pak zahrnují tyto typy vozidel:

Kategorie L: dvoukolová, tříkolová a čtyřkolová motorová vozidla, včetně motokol, dvoukolových a tříkolových mopedů, dvoukolových a tříkolových motocyklů, motocyklů s postranním vozíkem, lehkých a těžkých silničních čtyřkolek a lehkých a těžkých quadrimobilů. Co se týká jízdních kol dodatečně vybavených pomocným motorkem, pak podle přílohy č. 12 vyhlášky č. 341/2014 Sb. budou považována za jízdní kola, jestliže:

- bude zachován původní charakter jízdního kola,
- pomocný motorek bude přiměřeně plnit technické požadavky podle § 19 zákona č. 56/2001 Sb.,
- jeho výkon nepřesáhne 1 kW,
- v případě použití spalovacího motoru nebude mít takový motor objem válce nebo válců větší než 50 cm³,
- maximální konstrukční rychlost nebude vyšší než 25 km/h,
- montáž pohonného systému (motoru, nádrže paliva nebo akumulátoru) na jízdní kolo si nevyžádá zásah na jeho nosných částech.

K tomu je třeba uvést, že podle čl. 2 odst. 2 písm. h) nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 168/2013/EU, o schvalování dvoukolových nebo tříkolových vozidel a čtyřkolek a dozoru nad trhem s těmito vozidly, se toto nařízení nevztahuje na šlapací jízdní kola s pedály, která jsou vybavena přídatným elektrickým motorem s maximálním trvalým výkonem nižším nebo rovným 250 W, dále jejichž motor je vyřazen z činnosti, jestliže cyklista přestane šlapat, a jinak je jejich výkon postupně snižován až do vyřazení motoru z činnosti, dokud rychlost vozidla nedosáhne 25 km/h. Bude tak rozdíl v charakteru tohoto dopravního prostředku mezi jízdním kolem dodatečně vybaveným pomocným motorkem, které bude považováno za motocykl teprve překročením 1 kW výkonu motoru, a jízdním kolem již z výroby takto vybaveným, které bude považováno za motocykl již překročením 250 W výkonu motoru. Pro tento rozdíl se těžko hledá odůvodnění, a navíc vzniká i pochybnost o aplikaci uvedené vyhlášky, jestliže je hranice výkonu motoru určena přímo použitelným právním předpisem EU.

Kategorie M: motorová vozidla konstruovaná a vyrobená především pro dopravu osob a jejich zavazadel.

Kategorie N: motorová vozidla konstruovaná a vyrobená především pro dopravu nákladů; tato kategorie se dále člení na podkategorie:

Terénní vozidla – vozidla zařazená do kategorie M nebo N, která mají zvláštní technické vlastnosti umožňující jeho použití mimo běžné vozovky. V případě těchto kategorií vozidel se k písmenu a číslici označujícím kategorii vozidla připojí písmeno „G”.

Vozidla zvláštního určení – silniční vozidla kategorie M, N nebo O, která mají zvláštní technické vlastnosti k výkonu funkce, jež vyžaduje zvláštní uspořádání a/nebo výstroj. V případě neúplných vozidel, která mají spadat do podkategorie vozidel zvláštního určení, se k písmenu a číslici označujícím kategorii vozidla připojí písmeno „S”:

- Obytný automobil – vozidlo zvláštního určení kategorie M vyrobené k obytným účelům, které má alespoň sedadla a stůl, uspořádání pro spaní, jež může být vytvořeno ze sedadel, zařízení pro vaření a skladové prostory. Toto zařízení musí být fixně upevněno v obytném prostoru; stůl však může být snadno odstranitelný.

- Pancéřované vozidlo – vozidlo určené k ochraně přepravovaných cestujících nebo nákladů a splňující svým pancéřováním požadavky ochrany před střelami.
- Sanitní automobil – motorové vozidlo kategorie M určené k dopravě nemocných nebo raněných osob, které má k takovým účelům zvláštní výstroj.
- Pohřební automobil – motorové vozidlo kategorie M určené k dopravě zemřelých osob, které má k takovým účelům zvláštní výstroj.
- Vozidlo přístupné pro invalidní vozík – vozidlo kategorie M1 postavené nebo přestavěné tak, aby vyhovovalo jedné nebo více osobám na invalidním vozíku při cestování po pozemních komunikacích.
- Autojeřáb – vozidlo zvláštního určení kategorie N3, které není určeno pro převoz nákladů a je vybaveno jeřábem s klopným momentem rovným 400 kNm nebo vyšším.
- Terénní vozidlo zvláštního určení – vozidlo zařazené do kategorie M nebo N, které má zvláštní technické vlastnosti. V případě těchto kategorií vozidel se k písmenu a číslici označujícím kategorii vozidla připojí písmeno „G”. U neúplných vozidel, která mají spadat do podkategorie vozidel zvláštního určení, se navíc k písmenu a číslici označujícím kategorii vozidla připojí písmeno „S”.
- Jiná vozidla zvláštního určení – vozidla určená k výkonu funkce, která vyžaduje zvláštní uspořádání karoserie nebo výstroje.

Zvláštní vozidla

Zvláštním vozidlem je podle § 2 zákona č. 56/2001 Sb. vozidlo vyrobené k jiným účelům než k provozu na pozemních komunikacích, které může být při splnění podmínek stanovených tímto zákonem k provozu na pozemních komunikacích schváleno. Mezi *základní druhy zvláštních vozidel* řadí zákon č. 56/2001 Sb. zemědělské nebo lesnické traktory a jejich přípojná vozidla, pracovní stroje samojízdné, pracovní stroje přípojně a výměnně tažené stroje, nemotorové pracovní stroje nebo nemotorová vozidla tažená nebo tlačena pěšky jdoucí osobou a vozíky pro invalidy s motorickým pohonem, pokud jejich šířka nebo délka přesahuje jeden metr, jejich konstrukční rychlost převyšuje 6 km/h nebo jejich maximální přípustná hmotnost převyšuje 450 kg. Zvláštním vozidlem se rozumí i mobilní stroj, průmyslové zařízení schopné přepravy nebo vozidlo bez karoserie se zabudovaným spalovacím motorem. Tato

vozidla se podle vyhlášky č. 341/2014 Sb. člení na kategorie L, T, C, R, S a Z, které pak zahrnují tyto typy vozidel:

Kategorie T, C, R a S

T (traktor) – motorové kolové nebo pásové zemědělské nebo lesnické vozidlo s nejméně dvěma nápravami a s maximální konstrukční rychlostí nejméně 6 km/h, jehož hlavní funkcí je vyvíjet tažnou sílu a které bylo speciálně konstruováno k tažení, tlačení, vedení a pohonu určitých výměnných zařízení konstruovaných k vykonávání zemědělských nebo lesnických prací nebo k tažení zemědělských nebo lesnických přípojných vozidel nebo zařízení; může být přizpůsobeno k tomu, aby při zemědělských nebo lesnických pracích vezlo náklad, nebo může být vybaveno jedním či více sedadly pro spolujezdce.

C a R (přípojně vozidlo) – zemědělské nebo lesnické vozidlo určené hlavně k tomu, aby bylo taženo traktorem, a sloužící zejména k přepravě nákladu nebo ke zpracování materiálů, přičemž poměr celkové technicky přípustné maximální naložené hmotnosti k nenaložené hmotnosti tohoto vozidla je roven 3,0 nebo větší.

S (výměnné tažné zařízení) – vozidlo užívané v zemědělství nebo lesnictví a zahrnující trvale nástroj nebo sestavené ke zpracování materiálů, které je konstruováno tak, aby bylo taženo traktorem, a které mění nebo doplňuje jeho funkce; které může zahrnovat ložnou plošinu konstruovanou a vyrobenou k tomu, aby přijala nějaký nástroj a zařízení potřebné pro využití tohoto stroje, a které může dočasně uskladnit jakýkoli materiál vytvořený nebo potřebný v průběhu prací, přičemž poměr celkové technicky přípustné maximální naložené hmotnosti k nenaložené hmotnosti tohoto vozidla je maximálně 3,0.

- Zvláštní vozidla podkategorie SS jsou pracovní stroje samojízdné s vlastním zdrojem pohonu, konstrukčně a svým vybavením určené pouze pro vykonávání určitých pracovních činností. Pracovní stroje samojízdné nejsou zpravidla určeny pro přepravní činnost, např. rýpadla, nakladače, dozery, skrejpry, grejdry, válce, frézy, finišery, čističe příkopů, úklidové stroje, sklízecí mlátičky, sklízecí řezačky, vysokozdvížné vozíky apod.
- Zvláštní vozidla podkategorie SN jsou pracovní stroje určené pouze pro vykonávání určitých pracovních činností. Tyto stroje se na pozemních komunikacích pohybují zavě-

šeny na vozidle a tvoří s ním jeden celek. Jejich pojezdové ústrojí (pokud jsou jím vybaveny) není v přepravní poloze ve styku s vozovkou. Do této kategorie spadají i výměnné nástavby mající charakter pracovního stroje neseného.

Kategorie Z: ostatní vozidla, která nelze zařadit do žádné z výše uvedených kategorií. Příkladem takového vozidla je např. jednonápravový traktor, kterým je vozidlo s poháněnou nápravou, řiditelné pomocí řídek řidičem sedícím na sedadle přívěsu, s nímž tvoří jízdní soupravu a bez kterého je jeho provoz na pozemních komunikacích zakázán. Z hlediska terminologie EU se však nejedná o traktor, pro který je typické, že má alespoň dvě nápravy. Dřívější označení „motorový ruční vozík“ se zdá být přesnější.

Přípojným vozidlem je podle § 2 zákona č. 56/2001 Sb. silniční nemotorové vozidlo určené k tažení jiným vozidlem, s nímž je spojeno do soupravy. Obecně se za silniční ani zvláštní vozidlo nepovažují vozidla s maximální konstrukční rychlostí nepřekračující 6 km/h, vozidla určená výlučně pro ovládání pěšími osobami, šlapací jízdní kola, která nesplňují podmínky vozidla kategorie L, samovyvažující vozidla a vozidla, která nejsou vybavena alespoň jedním místem k sezení (viz čl. 2 nařízení č. 2013/168/ES).

Trolejbus

Trolejbus je podle přílohy č. 2 k vyhlášce č. 341/2014 Sb. drážní vozidlo, které je poháněno buď elektromotory napájenými z trakčního vedení, elektromotory napájenými z baterií v kombinaci s napájením z troleje, nebo spalovacím motorem s elektrickým přenosem výkonu v kombinaci s napájením z troleje. Toto vozidlo se pohybuje po pozemní komunikaci po tzv. „virtuální dráze“, jejíž trasa je stanovena Drážním úřadem. Na trolejbus se vztahuje zákon o drahách. Trolejbus je z hlediska konstrukce autobus se zvláštním druhem pohonu, přičemž na část jeho systémů, konstrukčních částí a samostatných technických celků stanovují mezinárodní smlouvy v oblasti schvalování technické způsobilosti vozidel, kterými je ČR vázána, specifické požadavky. S ohledem na současný technický vývoj lze předpokládat, že přestane být rozdíl mezi elektrobusem a trolejbusem, pokud k nabíjení jejich baterií budou sloužit zařízení umístěná přímo ve vozovce. Od tramvaje se pak budou lišit dráhou, která vymezuje pohyb tramvaje.

Z uvedené kategorizace vozidel jsou z povinnosti pojištění odpovědnosti vyloučena zvláštní vozidla podkategorie SN, neboť se na pozemních komunikacích pohybují zavěšena na vozidle a tvoří s ním jeden celek. Pokud jsou vybavena pojezdovým ústrojím, pak toto není při jejich pohybu na veřejných pozemních komunikacích ve styku s vozovkou, tedy nejsou ani na těchto komunikacích provozována.

Tuzemská vozidla podléhající registraci v registru silničních vozidel

Tuzemská vozidla vymezuje zákon č. 168/1999 Sb. v § 2 písm. b) jako vozidla, která podléhají registraci v registru silničních vozidel vedeném Ministerstvem dopravy ČR podle zákona o podmínkách provozu vozidel na pozemních komunikacích, a vozidla, která nepodléhají registraci silničních vozidel a která jsou ve vlastnictví fyzické osoby s bydlištěm nebo místem podnikání na území ČR nebo právnické osoby se sídlem na tomto území, anebo vozidla, která byla odeslána do ČR z jiného členského státu, je-li ČR státem cílového určení, a to po dobu 30 dnů počínaje dnem, kdy kupující osoba vozidlo převzala, i když vozidlo nebylo v ČR registrováno. Tato vozidla tak lze rozdělit do dvou základních skupin, z nichž první skupinu tvoří vozidla podléhající registraci silničních vozidel vedené podle zákona č. 56/2001 Sb., což je naprostá většina vozidel podléhajících pojištění odpovědnosti. Zde je třeba připomenout, že registraci podléhají jen ta vozidla, která mají být provozována na pozemních komunikacích, kterými jsou podle § 2 zákona č. 13/1997 Sb., o pozemních komunikacích, dopravní cesty určené k užití silničními a jinými vozidly a chodci. Pozemní komunikací jsou i pevná zařízení nutná pro zajištění tohoto užití a jeho bezpečnosti. Pozemní komunikace se člení na dálnice, silnice, místní komunikace a účelové komunikace.

Druhou skupinu pak tvoří vozidla této registraci nepodléhající, jsou-li jejich vlastníky fyzické osoby s bydlištěm na území ČR nebo fyzické osoby podnikající anebo právnické osoby se sídlem na území ČR. Text zákona zde ještě uvádí u fyzické osoby místo podnikání, což bylo podle § 429 občanského zákoníku nahrazeno sídlem podnikatele. Zvláštní skupinu tvoří vozidla, která byla odeslána do ČR z jiného členského státu, je-li ČR státem cílového určení, a to po dobu 30 dnů počínaje dnem, kdy kupující osoba vozidlo převzala, i když vozidlo nebylo v ČR registrováno. V daném

případě jde o úpravu čl. 15 motorové směrnice, jehož účelem je usnadnit získání pojištění krytí pro vozidla dovezená z jednoho členského státu do druhého, přestože vozidlo není v cílovém členském státě dosud registrováno. Motorová směrnice tak umožňuje dočasnou výjimku z obecného pravidla, jímž se určuje členský stát, ve kterém se nachází riziko. Po dobu 30 dnů ode dne dodání, poskytnutí nebo odeslání vozidla kupujícímu se cílový členský stát považuje za členský stát, ve kterém se nachází riziko (viz bod 27 recitálu motorové směrnice).

Z hlediska povinnosti pojištění odpovědnosti je pak zásadní, zda se jedná o vozidla registrovaná nebo neregistrovaná. Registrovaná vozidla musí být od 1. ledna 2018 v souladu s § 1 odst. 2 písm. a) zákona č. 168/1999 Sb. po jeho novele provedené zákonem č. 293/2017 Sb. pojištěna po celou dobu jejich registrace v registru silničních vozidel bez ohledu na to, zda jsou provozována na veřejné pozemní komunikaci, popř. na této komunikaci ponechána, nebo mimo tyto komunikace. Výjimkou z pojištění odpovědnosti je pouze doba, po kterou je vozidlo v tomto registru zapsáno jako vyřazené z provozu, jako vyvezené do jiného státu nebo zániklé, a také doba, kdy je vozidlo odcizené. V těchto případech však musí být povinnost pojištění odpovědnosti v souladu s § 1 odst. 2 písm. b) cit. zákona splněna v případě, kdy má být vozidlo provozováno či ponecháno na veřejné pozemní komunikaci. Podle § 6 zákona č. 56/2001 Sb. musí být silniční motorové vozidlo a přípojně vozidlo provozované na pozemních komunikacích zapsáno v registru silničních vozidel, pokud má osoba, která ho provozuje, na území ČR trvalý pobyt, dlouhodobý pobyt nebo, jedná-li se o občana jiného členského státu, přechodný pobyt v délce alespoň šest měsíců v kalendářním roce nebo jí byl udělen azyl; jedná-li se o právnickou osobu, pak její sídlo či (u zahraniční právnické osoby) odštěpný závod. To se nepoužije, je-li takové vozidlo provozováno na pozemních komunikacích v mezinárodním provozu podle mezinárodní smlouvy o silničním provozu po dobu, která nepřesáhne šest měsíců v kalendářním roce. V takovém případě se jedná o vozidlo cizozemské.

Registraci podléhají podle § 79 zákona č. 56/2001 Sb. i zvláštní vozidla, s výjimkou pracovních strojů přípojných, účelově a technicky určených pro práce v zemědělství, kdy lze takové vozidlo registrovat na žádost jeho vlastníka. Pro zvláštní vozidla nepodléhající registraci vozidel v registru silničních vozidel vydá výrobce *technické osvědčení*

zvláštního vozidla. Pro zvláštní vozidla registrovaná v registru silničních vozidel vydá výrobce *technický průkaz zvláštního vozidla.*

Problémem je do určité míry přechodné ustanovení § 89 bodu 10 zákona č. 56/2001 Sb., které umožnilo, aby vozidla, na která se nevztahovala povinnost registrace podle právních předpisů platných do dne nabytí účinnosti uvedeného zákona, tj. do 1. července 2001, byla zaregistrována v registru silničních vozidel nejpozději ve lhůtě tří let od tohoto data. Pokud takovým vozidlem byl dvoukolový moped nebo motokolo (vozidla patřící do kategorie L) nebo pracovní stroj samojízdný (vozidlo patřící do kategorie S), byla registrace těchto vozidel pouze na žádost vlastníka. Tím u těchto dvou kategorií vozidel vzniká rozdílný režim v povinnosti pojištění odpovědnosti, kdy vozidla registrovaná musí tuto podmínku splňovat po celou dobu jejich registrace s výše uvedenými výjimkami, kdežto vozidla neregistrovaná musí tuto podmínku splňovat pouze při jejich provozu, resp. ponechání na veřejných pozemních komunikacích.

Tuzemská vozidla registrovaná v registru historických a sportovních vozidel

Historickým vozidlem je podle § 2 zákona č. 56/2001 Sb. vozidlo, které je zapsáno v registru historických a sportovních vozidel a kterému byl vydán průkaz historického vozidla, zatímco sportovním vozidlem vozidlo, které je zapsáno v tomto registru a kterému byl vydán průkaz *sportovního vozidla*. Registr historických a sportovních vozidel vedou podle § 79a zákona č. 56/2001 Sb. obecní úřady obcí s rozšířenou působností v sídle kraje, s výjimkou Středočeského kraje, kde vede registr historických a sportovních vozidel Městský úřad v Kolíně a v Praze Magistrát hlavního města Prahy. Místně příslušným úřadem pro registraci historického nebo sportovního vozidla je obecní úřad obce s rozšířenou působností v sídle kraje, v jehož správním obvodu má provozovatel historického nebo sportovního vozidla místo bydliště nebo sídlo, popř. jde-li o zahraniční právnickou osobu, odštěpný závod, s výše uvedenou výjimkou Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Historickému vozidlu přidělí tento úřad zvláštní registrační značku pro historická vozidla a vydá tabulku s registrační značkou pro historické vozidlo. Sportovnímu vozidlu tento úřad přidělí zvláštní registrační značku pro sportovní vozidlo a vydá tabulku se zvláštní registrační značkou pro sportovní vozidlo.

Vydání registrační značky pro sportovní vozidlo vyznačí místně příslušný úřad v technickém průkazu a v průkazu sportovního vozidla, který vydává právnická osoba, již bylo uděleno oprávnění Mezinárodní automobilovou federací (*Fédération Internationale de l'Automobile*) nebo Mezinárodní motocyklovou federací (*Fédération Internationale de Motocyclisme*). Takto registrovaná vozidla podléhají pojištění odpovědnosti pouze v případě, kdy mají být provozována nebo ponechána na veřejné pozemní komunikaci.

Tuzemská vozidla nepodléhající registraci v registru silničních vozidel

Tuzemská vozidla, která nemají být provozována na pozemních komunikacích, nepodléhají povinnosti registrace v registru silničních vozidel; nepodléhají jí ani vozidla historická a sportovní, stejně jako vozidla, která jejich vlastníci neregistrovali, pokud mu zákon č. 56/2001 Sb. umožňuje takovou registraci na základě jeho dobrovolné žádosti. Všechna tato vozidla však musí splňovat podmínku pojištění odpovědnosti, pokud jsou provozována nebo ponechána na veřejné pozemní komunikaci.

Některá vozidla nejsou vyrobena pro provoz na pozemních komunikacích, mohou být vyrobena i podomácku, přičemž často nemusí splňovat ani technické podmínky pro takový provoz. To však neznamená, že za určitých podmínek nemohou být omezeně užitá v provozu na pozemní komunikaci. To je řešeno povolením příslušného silničního správního úřadu k tzv. „zvláštnímu užití dálnice, silnice a místní komunikace“ podle § 25 zákona č. 13/1997 Sb., o pozemních komunikacích. Takovým užitím může být mj.:

- přeprava zvláště těžkých nebo rozměrných předmětů a užívání vozidel, jejichž rozměry nebo hmotnost přesahují míru stanovenou zvláštními předpisy;
- užití dálnice nebo silnice pro motorová vozidla silničními motorovými vozidly, jejichž nejvyšší povolená rychlost je nižší, než stanoví zvláštní právní předpis;
- výjimečné užití silnice nebo místní komunikace pásovými vozidly Armády ČR nebo historickými vozidly, jejichž kola nejsou opatřena pneumatikami ani gumovými obručkami;
- výjimečné užití místní komunikace a silnice samojízdnými pracovními stroji a přípojnými vozidly traktorů, které nemají schválenou technickou způsobilost podle zvláštního právního předpisu.

I takový provoz nebo ponechání vozidla na veřejné pozemní komunikaci podléhá pojištění odpovědnosti.

Co se týká vozidel typu segway nebo gyroboard, pak se nejedná o vozidla podle zákona č. 56/2001 Sb., ale podle § 2 písm. nn) zákona č. 361/2000 Sb. o tzv. „osobní technický prostředek“, kterým je osobní přepravník se samovyvažovacím zařízením nebo obdobné zařízení, a jejich užívání upravuje § 60a uvedeného zákona. Taková zařízení nejsou tedy ani vozidla, která by podléhala pojištění odpovědnosti. Bohužel, vymezení vozidla v motorové směrnici je natolik široké, že je snahou Evropské komise považovat i tyto technické prostředky, stejně jako jakákoliv motokola, za vozidla, jejichž účelem je sloužit jako dopravní prostředek.

Podle čl. 2 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 168/2013 ze dne 15. ledna 2013, o schvalování dvoukolových nebo tříkolových vozidel a čtyřkolek a dozoru nad trhem s těmito vozidly, se toto nařízení nevztahuje mj. na vozidla:

- s maximální konstrukční rychlostí nepřekračující 6 km/h;
- určená výlučně k soutěžnímu využití;
- jakými jsou šlapací jízdní kola s pedály, která jsou vybavena přídatným elektrickým motorem s maximálním trvalým výkonem nižším nebo rovným 250 W, jehož motor je vyřazen z činnosti, jestliže cyklista přestane šlapat, a jinak je jeho výkon postupně snižován až do vyřazení motoru z činnosti, dokud rychlost vozidla nedosáhne 25 km/h;
- samovyvažující;
- nevybavená alespoň jedním místem k sezení.

Bylo by proto žádoucí zvážit obdobnou úpravu i pro účely motorové směrnice, neboť stávající značně široký výklad pojmu „vozidlo“ stírá rozdíl mezi vozidly poháněnými výlučně lidskou silou, jakými jsou např. jízdní kola, a obdobnými vozidly doplněnými motorickým pohonem, který navíc může být odnímatelnou součástí takového vozidla. Vytváří se tak významná nerovnost mezi vlastníky obdobných vozidel, z nichž pouze někteří jsou zatíženi daným pojištěním, popř. regresními nároky ze strany orgánu určeného k úhradě nároků poškozených osob. Pominout nelze ani otázku kontroly v případě podřízení uvedených vozidel pojištění, neboť taková vozidla nepodléhají schvalování technické způsobilosti, a tudíž ani registraci.

Vozidla s výjimkou z pojištění odpovědnosti

Provoz některých vozidel na veřejných pozemních komunikacích není podle § 5 zákona č. 168/1999 Sb. podmíněn pojištěním odpovědnosti, přičemž pro každou takovou výjimku platí pravidlo, že musí být zajištěn jiný způsob úhrady újmy způsobené provozem těchto vozidel. V první řadě se jedná o některá cizozemská vozidla, která uvedený zákon vymezuje v § 2 písm. c) jako vozidla vybavená cizí státní poznávací značkou, nebo vozidla, která touto značkou vybavena nejsou, přičemž jsou ve vlastnictví fyzické osoby s bydlištěm nebo fyzické osoby podnikající či právnické osoby se sídlem mimo území ČR. Použitý obrat „vybaveno“ cizí státní poznávací značkou by měl být vykládán tak, že se jedná o značku přidělenou, tj. na základě úředního postupu. Situaci, kdy je na vozidle umístěna poznávací značka protiprávně, řeší § 2 písm. m) bod 4. cit. zákona v souvislosti s plněním z garančního fondu za škodu způsobenou nepojištěným provozem vozidla podle § 24 odst. 2 písm. b) uvedeného zákona.

Cizozemská vozidla, na která se vztahuje tzv. „Multilaterální dohoda o zárukách mezi národními kanceláři pojišťitelů“ (Madrid, 15. března 1991), se nemusí při svém provozu prokazovat zelenou kartou jako mezinárodním dokladem o pojištění; dokladem o ručení národní kanceláře pojišťitelů za újmu vzniklou provozem takového vozidla je státní poznávací značka. Řidičům těchto vozidel tak nevzniká povinnost prokazovat se při provozu vozidla nebo jeho ponechání na veřejné pozemní komunikaci pojištěním odpovědnosti. Pokud se jedná o cizozemské vozidlo, na které se vztahuje tzv. „Jednotná dohoda mezi kanceláři“ (Londýn, 20. října 1989, viz *Pojištné rozpravy* č. 6/1999), pak řidiči těchto vozidel musí při provozu vozidla nebo jeho ponechání na veřejné pozemní komunikaci pojištění prokázat zelenou kartou; v případě uplynutí její platnosti musí uzavřít s Českou kanceláří pojišťitelů tzv. „hraniční pojištění“, upravené v § 14 zákona č. 168/1999 Sb. Řidiči cizozemských vozidel, na která se nevztahuje ani jedna z uvedených záruk, a kteří se neprokáží platným hraničním pojištěním uzavřeným při vstupu vozidla na území EU, resp. EHP, popř. při jejich pohybu na území těchto států, musí při vstupu na území ČR uzavřít uvedené hraniční pojištění, které se vztahuje pouze na škodní události, které nastaly na území ČR a na území jiného členského státu. V této souvislosti by bylo vhodné zamyslet se nad změnou, která by dané

pravidlo zavedla jako minimální rozsah pojistného krytí, neboť dokladem o tomto pojištění je zelená karta a bylo by na České kanceláři pojistitelů, zda pojistné krytí nerozšíří i na jiné státy systému zelených karet. Čl. 7 uvedené směrnice požaduje, aby každý členský stát přijal veškerá vhodná opatření k zajištění toho, že vozidla, která mají obvyklé stanoviště na území třetí země a vstupují na území, na něž se vztahuje smlouva, nelze provozovat na jeho území, pokud nejsou všechny případné věcné škody nebo škody na zdraví způsobené těmito vozidly kryty na celém území, na něž se vztahuje smlouva, v souladu s požadavky stanovenými právními předpisy jednotlivých členských států o povinném pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu vozidel.

Ze států zapojených do systému zelených karet, kterými jsou v současnosti: Albánie, Andorra, Belgie, Bělorusko, Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Černá Hora, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Chorvatsko, Itálie, Island, Írán, Irsko, Izrael, Kypr, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Makedonie, Maroko, Moldavsko, Monako, Německo, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Portugalsko, Republika San Marino, Rakousko, Rumunsko, Rusko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Spojené království Velké Británie a Severního Irska, Srbská republika, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Tunisko, Turecko, Ukrajina a Vatikán, se pravidly založenými Multilaterální dohodou o zárukách mezi národními kancelářemi pojistitelů neřídí: Albánie, Bělorusko, Bosna a Hercegovina, Černá Hora, Írán, Izrael, Maroko, Makedonie, Moldavsko, Tunisko, Turecko a Ukrajina. Dobrovolně může pojistitel zahrnout do rozsahu platnosti pojištění odpovědnosti území států Běloruska, Izraele, Íránu, Maroka, Moldavska, Ruska nebo Tuniska. Pokud pojistná smlouva území některého z těchto států s ohledem na územní rozsah platnosti pojištění nezahrnuje, musí pojistitel kód takového státu na zelené kartě výslovně přeškrtnout. Jinak by bez ohledu na obsah pojistné smlouvy území takového státu bylo součástí územní platnosti pojištění, neboť pojistitel je v souladu s § 6 odst. 6 zákona č. 168/1999 Sb. vázán územním rozsahem pojištění odpovědnosti vyznačeném na zelené kartě.

Co se týká provozu tuzemských vozidel, pak výjimku z pojištění odpovědnosti mají vlastníci vozidel, kterými jsou:

- složky Integrovaného záchranného systému, a to pro

vozidla neužívaná k podnikání a zařazená do průběžně aktualizované přílohy poplachového plánu integrovaného záchranného systému kraje;

- Bezpečnostní informační služba, a to pro jí provozovaná vozidla;
- Generální inspekce bezpečnostních sborů, a to pro jí provozovaná vozidla;
- Ministerstvo obrany ČR, a to pro vozidla provozovaná Vojenským zpravodajstvím;
- Ministerstvo vnitra ČR, a to pro vozidla provozovaná Úřadem pro zahraniční styky a informace a pro vozidla útvarů Policie ČR pověřených vyšetřováním;
- obec, a to pro vozidla provozovaná jednotkami sborů dobrovolných hasičů obce;
- Ministerstvo financí ČR, a to pro vozidla provozovaná pověřenými celními orgány, které mají postavení policejního orgánu.

Zelenou kartu vlastníkům těchto vozidel vydává Ministerstvo financí ČR, které současně hradí škody těmito vozidly způsobené. K tomu využívá smluvně vázanou soukromou pojišťovnu provozující pojištění odpovědnosti. Do budoucna by bylo vhodné řešit výjimky i pro některé typy vozidel, jako jsou sportovní vozidla nebo zemědělské pracovní stroje, pokud bude úhrada škod způsobených jejich provozem hrazena jiným způsobem než z pojištění odpovědnosti.

Vozidla ozbrojených sil ČR

Přestože zákon č. 168/1999 Sb. přímo nevyjímá tuzemská silniční a zvláštní vozidla s charakterem vozidel ozbrojených sil, ani tato vozidla nepodléhají pojištění odpovědnosti, neboť za újmy způsobené jejich provozem odpovídá podle § 43 odst. 4 a 5 zákona č. 219/1999 Sb., o ozbrojených silách ČR, stát, přičemž náhradu škody poskytuje v zastoupení státu Ministerstvo obrany ČR. *Vozidlo ozbrojených sil* je podle § 2 odst. 9 písm. a) cit. zákona vymezeno jako silniční motorové a přípojně vozidlo a vojenské vozidlo, které je evidováno pod vojenskou poznávací značkou; některá silniční motorová a přípojná vozidla ozbrojených sil mohou být registrována pod státní poznávací značkou; mimo plnění úkolů ozbrojených sil nejsou vojenská vozidla schválena pro provoz na pozemních komunikacích. Vozidla ozbrojených sil eviduje Vojenská policie. *Vojenskými vozidly* jsou vojenská bojová vozidla, vojenská zabezpečovací vozidla a vojenská zvláštní vozidla. Tato vozidla jsou určena

k zabezpečení úkolů vojenských útvarů, vojenských zařízení a vojenských záchranných útvarů ozbrojených sil ČR a jsou registrována pod vojenskou poznávací značkou. Druhy a kategorie vojenských vozidel stanoví vyhláška č. 274/1999 Sb.

Závěr

Široce pojatá definice vozidla použitá v čl. 1 odst. 1 motorové směrnice každopádně vyvolává značné pochybnosti o tom, co lze ještě za vozidlo považovat, a členské státy EU, resp. EHP, musí ve svých národních úpravách najít racionální řešení, které na jedné straně vyhoví požadavkům směrnice, jejímž prvořadým cílem je ochrana osob poškozených provozem vozidel a odstranění překážek v jejich provozu, a na straně druhé nevede k neúměrnému zatížení vlastníků těch vozidel, jejichž provoz představuje minimální riziko způsobení újmy třetím osobám. Stejně tak je značně složité, zejména u pracovních strojů samojízdných zvláštních vozidel, vymezit jejich provoz jako dopravních prostředků, který má být podle motorové směrnice zajištěn. Lze tak očekávat snahy členských států přinutit Evropskou komisi v souvislosti s nyní předloženým návrhem směrnice k odpovídajícím změnám. V souvislosti s připravovanou směrnicí je třeba počítat se změnami zákona č. 168/1999 Sb., a to i jak ve vztahu k vymezení pojmu „vozidla“, tak i k vymezení „provozu vozidla“.

Resumé

Defining vehicle in relation to MTPL insurance

This article discusses the definition of the term “vehicle” that is subject to motor third party liability insurance. It takes into account the differences between operating vehicles that are subject to registration and other vehicles with regard to changes adopted under the amendment of the MTPL Act. In parallel, impacts of some rulings of the Court of Justice of the European Union and potential changes proposed by the European Commission in the Motor Directive revision are taken into account.

Statistické zdroje pro komparaci českého pojišťovníctví se zahraničními trhy

RNDr. Petr Jedlička, Ph.D. / vedoucí oddělení pojistné matematiky a analýz / SUPIN
Ing. Jaroslav Urban / pojistný analytik / SUPIN

Uživatelé statistických dat předepsaného pojistného za životní pojištění členů ČAP pracují s informací o metodice statistik, která pojímá zejména tu skutečnost, že pojistné za produkty životního pojištění s jednorázově placeným pojistným se zahrnuje pouze váhou 10 % ze své celé účetní hodnoty, což má standardně za následek rozdílnou interpretaci výsledků statistik např. dle výroční zprávy ČAP oproti výstupům dohledového reportingu. Připomeňme, že hlavním důvodem zavedení této metodické úpravy bylo to, že při vysokém zastoupení produktů s jednorázově placeným pojistným s minimálním efektem pojistné ochrany dochází ke zkreslené představě o vývoji trhu.

U jednorázově placených produktů životního pojištění se totiž v případě pojistné události plnění vyplácí z prostředků pouze té pojistné smlouvy, na které pojistná událost vznikla, a při absenci sdílení rizika s ostatními pojistnými smlouvami tak produkty jednorázově placeného pojistného měly a mají především investiční účel než reálnou ochranu před riziky formou jejich efektivního sdílení.

Z dostupných informací není známo, že by se uvedená úprava vykazování prováděla kdekoli jinde na zahraničních trzích, a proto logicky pro vykazování údajů za ČR do mezinárodních přehledů se ani po linii dohledových reportů s touto metodikou nepracuje a jsou zahrnovány účetní hodnoty předepsaného pojistného s váhou 100 % i pro jednorázově placené životní pojištění.

Základem pro mezinárodní srovnání tedy musí být plné účetní údaje, které u životního pojištění za ČR zahrnují vývoj od předepsaného pojistného životního pojištění ve výši 54 mld. Kč v roce 2007 přes nárůst na předepsané pojistné ve výši 72 mld. Kč, kterého se dosáhlo každý rok v letech 2010–2013, po následný pokles na 57,6 mld. Kč dosažený

v roce 2017. Meziročně je pro srovnání ročníků 2016 a 2017 podstatný vliv přechodu na výkaznictví podle Solventnosti II, který i v takto agregovaném přehledu, jako je sledování předepsaného pojistného v rozpadu na životní a neživotní pojištění, představuje významný dopad, v ČR spočívající v zahrnování připojištění úrazu a nemoci, které se dříve uvažovalo do neživotního pojištění, a nyní do životního pojištění. Tento efekt se na dohledových výkazech projevil cca 2 mld. Kč přesunu z neživotního k životnímu pojištění; podobné efekty lze očekávat i v mezinárodním srovnání.

1 Dostupná data pro mezinárodní srovnání

Pokud chceme sledovat globální vývoj pojistného trhu i přehledy za jednotlivé významné trhy, máme k dispozici několik veřejně dostupných zdrojů dat, ze kterých můžeme vycházet. Konkrétně se jedná o následující tři nejznámější typy přehledu:

- statistiky Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD),
- informace Evropského orgánu pro pojišťovníctví a zaměstnanecké penzijní pojištění (EIOPA),
- statistické přehledy a informační materiály Evropské federace asociací pojišťoven a zajišťoven (Insurance Europe, IE).

Popíšme dále, jaká srovnání uvedené datové přehledy umožňují, jaký konkrétní datový rozsah na úrovni předepsaného pojistného životního pojištění obsahují a zároveň jaká omezení bychom měli mít na paměti při interpretaci zde prezentovaných výsledků a statistik.

Pro statistiky OECD platí, že zahrnují informace o většině zemí světa; neomezují se pouze na členské státy organizace OECD, ale obsahují další země mimo tuto členskou základnu, které jsou z hlediska objemu pojistného významné.

Tabulka 1: Předepsané pojistné životního pojištění dle ČNB v letech 2006–2017 (mld. Kč)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
47,2	54,1	56,9	60,2	71,8	72,0	72,1	71,6	71,2	62,4	59,6	57,6

Zdroj: OECD, IE, EIOPA, ČAP

Pro vyznění statistik je také podstatné, že některé dynamiky se rozvíjející trhy (např. Indie) se zahrnují až v průběhu přehledu a některé trhy (např. Čína) v globálním přehledu nejsou zatím zahrnuty vůbec. Zdrojové informace¹ ke statistickým údajům obsahují nejen v příspěvku popisované dělení pojištného na životní a neživotní pojištění. Metodicky tyto informace vycházejí z dohledových agregovaných výkazů za jednotlivé země, nicméně konverzí dohledových statistik za jednotlivé země do publikované statistiky OECD se budeme zabývat níže.

Informace EIOPA² pojmají časovou řadu údajů, které jsou, podobně jako informace pro OECD, generovány z informací dohledů z jednotlivých národních zemí. V našem textu se rovněž zaměříme na základní srovnání předepsaného pojištného pro životní a neživotní pojištění. Vzhledem k rozsahu působnosti orgánu EIOPA na země EU pokrývá odpovídající rozsah států právě toto teritorium a tyto údaje tak lze použít pro sledování přehledů za rozhodující část evropského pojišťovacího trhu pokrývajících členské země EU. V metodice statistik dle EIOPA představuje významný předěl rok 2016, odkdy jsou statistiky dále (celoročně lze vysledovat zatím pouze na roku 2017) vytvářeny dle metodiky Solventnosti II, což má i na tak základní statistiku dělení životního i neživotního pojištění u některých trhů významný dopad.

Statistické informace o předepsaném pojištném, které sbírá IE, zahrnují národní statistiky členských zemí IE, jež nad rámec členských zemí EU pokrývají i některé další významné evropské trhy (zejména Švýcarsko). O větším detailu metodik statistik IE pojednáme dále.

2 Odvození metodiky statistik do mezinárodních přehledů

Podíváme-li se dále na pozici konkrétních výsledků, můžeme nejlépe demonstrovat jejich dopad za český pojištný trh do celkových statistik EIOPA i následně do OECD. Konkrétně např. dle ČNB dosáhlo předepsané pojištné roku 2007 za oblast životního pojištění 54,128 mld. Kč, což se do EIOPA přehledu transformuje částkou 2,034 mld. EUR, při kurzu ve výši 26,61 Kč za 1 EUR (hodnota směnného kurzu ke konci daného roku, tj. 2007). Stejná metodika přepočtu dohledových hodnot funguje až do roku 2016, včetně (kde se již jedná o celoroční hodnoty za životní pojištění, které EIOPA nicméně samostatně nepublikovala a které musely být odečteny rozdílem celkového pojištného a pojištného za neživotní pojištění).

V roce 2017 nicméně tato metoda již nefunguje, kdy předepsané pojištné za životní pojištění vykázané ČNB ve výši 57,58 mld. Kč a předpis životního pojištění na straně EIOPA za ČR ve výši 2,018 mld. EUR odpovídají kurzu 1 EUR za 28,54 Kč – což se neshoduje s realitou, když skutečný kurz EUR/CZK dosáhl ke konci roku 2017 hodnoty 25,54 Kč za 1 EUR.

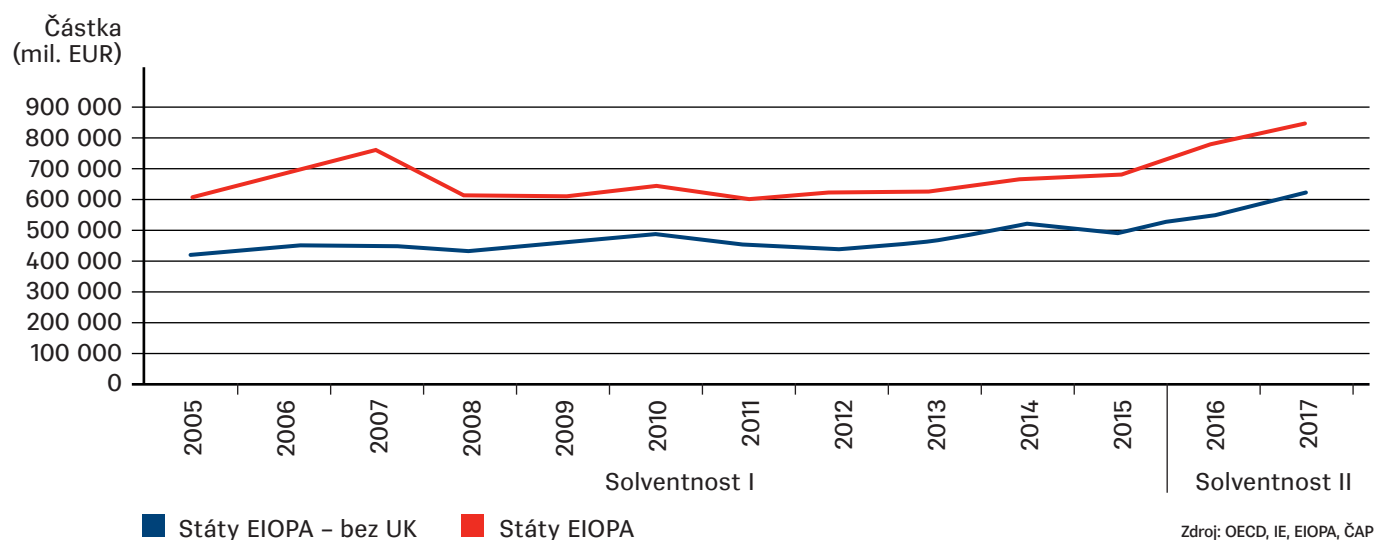
Celkové předepsané pojištné životního pojištění za všechny země, jejichž pojištné trhy spadají do působnosti EIOPA, se postupně vyvíjí, když v roce 2005 (první rok dostupných statistik) dosáhlo hodnoty 603 mld. EUR, s následným růstem na 757 mld. EUR v roce 2007, s postupnou korekcí na roční hodnoty kolem 600 mld. EUR pro roky 2008–2013 a dále s následným růstem v letech 2014–2017 na zatím poslední hodnotu, ve výši téměř 840 mld. EUR za rok 2017.

Při interpretaci tohoto vývoje ale spíše než fundamentální makroekonomické příčiny rozhoduje stav vyplněnosti a metodika údajů za některé významné trhy, především Velkou Británii. Údaje za Velkou Británii v roce 2005 představují roční předpis za životní pojištění ve výši 185 mld. EUR, s jeho následným růstem na 305 mld. EUR v roce 2007 a s navazující prudkou korekcí na 184 mld. Kč, následovanou dalším poklesem, na 147 mld. EUR, na který navázalo od roku 2012 navyšování až na roční hodnoty předepsaného pojištného převyšující 200 mld. EUR, jichž bylo dosaženo v letech 2016 a 2017.

Jak dokládá graf 1, vliv těchto oscilací předepsaného pojištného Velké Británie na celkové výsledky zemí EIOPA je zásadní a bez jeho zahrnutí jsou publikované hodnoty výrazně stabilnější.

Důvodem tohoto faktu je skutečnost, že Velká Británie představuje rozsahem nejvýznamnější trh, kde předpis pojištného probíhá v jiné měně (GBP), než je euro, které dominuje u ostatních rozsahem nejvýznamnějších trhů. Z důvodu výrazných oscilací směnného kurzu, který historicky mezi GBP a EUR probíhal, je nutné pro interpretaci výrazného kolísání předpisu pojištného tento vliv zahrnout a uvědomit si, že pokud klesá předepsané pojištné v referenční měně (v daném případě v EUR), může to být dáno především oslabením měny, ve které se pojištné platí (např. GBP). Tento efekt se např. výrazně projevil v roce 2008, kdy vůči EUR oslabila GBP o velmi významných cca 23 %.

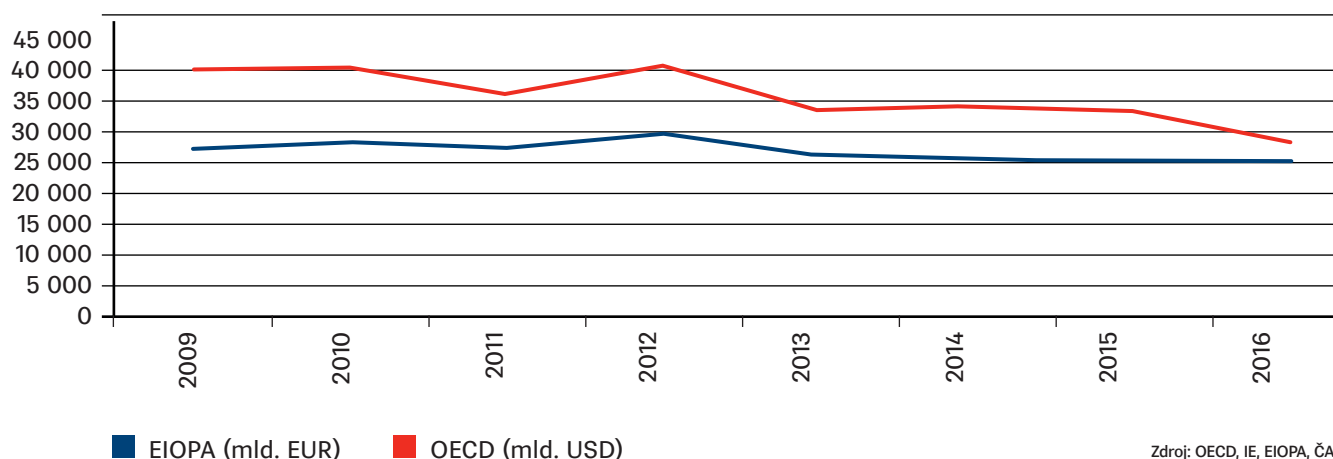
Graf 1: Vývoj ročního předepsaného pojistného ve státech EIOPA



Další výraznou anomálií ve výsledcích dle EIOPA představuje skok, který v roce 2017 vykázal německý trh, kde ve srovnání s rokem 2016 s předepsaným pojistným životního pojištění ve výši 88 mld. EUR došlo k prudkému navýšení na 138 mld. EUR, přičemž u jiných trhů se takto zásadní dynamika vývoje spojená s přechodem na systém vykazování podle Solventnosti II (situace ČR není přes výše uvedenou poznámku o pojištění úrazu/nemoci výjimkou) nepozoruje.

Srovnáme-li dále vývoj popisovaného předepsaného pojistného v životním pojištění plynoucí ze statistik OECD, upoutá nás na první pohled, že u klíčových evropských trhů (např. Německo, Francie, Španělsko) můžeme pozorovat skokový výrazný pokles pojistného mezi ročníky 2014 a 2015, který jsme ale ve statistikách EIOPA identifikovat nemohli. Toto srovnání zcela protichůdných trendů některých ročníků ilustruje např. situace ve Španělsku (viz graf 2).

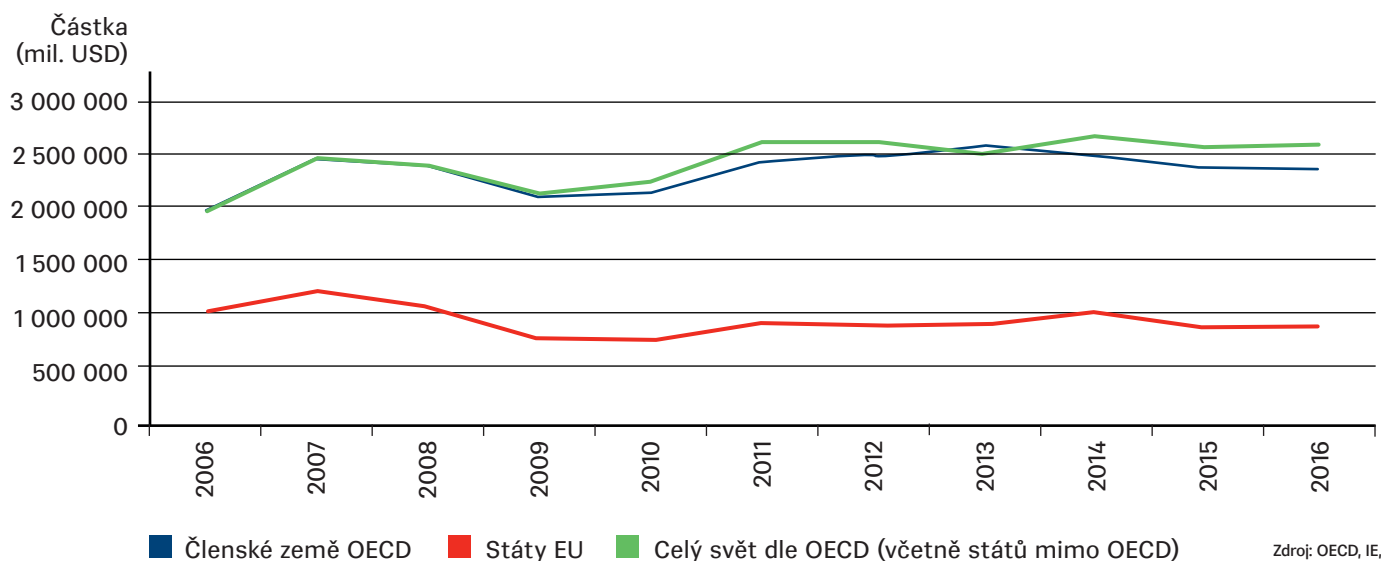
Graf 2: Vývoj předpisu pojistného za životní pojištění ve Španělsku



Důvodem těchto změn trendů je opět kurzový rozdíl, kdy mezi rokem 2014 a 2015 došlo k oslabení EUR vůči USD o cca 20 %, což se projevilo v poklesu pojistného (inkasovaného původně od pojistníků v EUR) přepočteného na USD. Zvláštností kurzových přepočtů od statistik EIOPA, resp. dohledových reportů na globální statistiky OECD je skutečnost, že na rozdíl od přepočtů EIOPA kurzem ke konci roku se při konverzi na USD ve statistikách EIOPA nepoužívá kurz k datu konce sledovaného období, ale roční průměr směnného kurzu během roku, kdy tento typ přepočtu odpovídá situaci většiny národních trhů.

Vedle tohoto principiálního důvodu rozdílného vyznění některých statistik oproti EIOPA je třeba mít na paměti některé další neodůvodněné skoky ve vykázaných hodnotách (např. skok v údajích za francouzský trh, kdy vykázaný předpis pojistného životního pojištění za léta 2009 a 2010 ve výši cca 50 mld. USD vůbec nenavazuje na hodnoty předcházející ani následující po tomto období; ročně cca 180 mld. USD). Další skutečnosti hodné pozornosti představují chybějící hodnoty v některých ročních obdobích za některé rozvinuté trhy (přestože v regulatorních výkazech jsou tyto hodnoty k dispozici) i postupné přidávání

Graf 3: Vývoj ročního předepsaného pojištného ve státech OECD



údajů za rozvíjející se trhy, včetně globálně významných trhů, např. Indie a Brazílie.

Pokud bychom přesto chtěli srovnat globální hodnoty pojištného životního pojištění ze statistik OECD, můžeme použít graf 3 (údaje za OECD pro rok 2017 ještě nejsou k dispozici), který srovnává trend vývoje a zastoupení evropského pojišťovacího trhu v celkovém globálním měřítku.

Předepsané pojištné životního pojištění v rámci EU nejprve stoupl v roce 2007 z hodnoty 1025 mld. USD na téměř 1,2 bil. USD, nicméně následně došlo k prudké korekci, až na 750 mld. USD, trvající až do roku 2010. Tento vývoj byl ale zapříčiněn tehdejší oslabením EUR vůči USD, ale i nečekaně nízkými hodnotami vykázanými za Francii. Další pokles pojištného životního pojištění v EU v roce 2015 souvisí s dalším oslabením EUR vůči USD, kdy v dolarovém vyjádření pokleslo evropské předepsané pojištné z 1000 mld. USD na 859 mld. USD v roce 2016.

Při posuzování výsledků evropského pojištného trhu vůči globálním hodnotám tak nelze automaticky přijmout závěr, že by podíl evropského trhu na globálním trhu životního pojištění poklesl z 52 % (jak vychází v roce 2006) na 34 % (jak vychází v roce 2016), ale při celkovém posuzování je nutné vzít do úvahy výše naznačenou problematiku směnných kurzů (alespoň u nejvýznamnějších trhů) i fakt, že údaje za některé trhy historicky v údajích OECD nebyly vyplněny.

2.1 Statistiky IE

IE provádí během roku několik pravidelných sběrů dat od svých členů, ke kterým vyjma EHP a dalších evropských států patří např. i v poslední době dynamicky se rozvíjející Turecko. Naopak výjimkou z řad států EU je Litva, která není členem, a data proto IE neposkytuje. Cílem je udržovat, vyhodnocovat, poskytovat a prezentovat ucelený přehled o evropském pojištném trhu jak svým vlastním členům nebo odborné i laické veřejnosti, tak především politikům a dalším zástupcům institucí EU v procesu legis-

lativního, regulatorního i dohledového vývoje, a to na celoevropské úrovni.

Mezi všeobecnou statistickou činností IE patří pravidelné čtvrtletní a také výrazně detailnější roční statistiky. Tento základní soubor je doplněn sběrem dat pro pravidelně vydávané publikace, jako jsou *European Insurance in Figures*, *Key Facts* nebo výroční zprávy (*Annual Reports*), které kromě shrnutí základních ukazatelů více rozvíjejí zajímavá témata aktuálně rezonující v pojišťovnictví. K tomuto výčtu dále patří řada *ad hoc* dotazníků zaměřujících se na další klíčové oblasti pojištného trhu.

2.2 Čtvrtletní statistiky (Quarterly Questionnaire)

Čtvrtletní statistiky se sbírají přibližně s půlročním odstupem po konci příslušného období. Zahrnují informaci o předepsaném pojištném v hrubém členění na životní a neživotní, resp. zdravotní pojištění. Vyjma dalšího rozpadu na nejzákladnější pojištné segmenty a vyčíslení nového obchodu a technických rezerv v životním pojištění tento report neobsahuje žádné další informace. Jeho výhodou je však relativně rychlá dostupnost pro základní vyhodnocení a srovnání evropských pojištných trhů.

2.3 Roční statistiky (Annual European Insurance Markets Questionnaire)

Tento přehled je výrazně podrobnější než zmíněné čtvrtletní statistiky. Obsahuje údaje o struktuře trhu (počet členů a jejich zaměření, koncentrace trhu apod.), distribučních kanálech, investicích, výsledcích technických i netech-
nických účtů a především o celkovém vývoji v oblastech životního, neživotního a zvláště i zdravotního pojištění. Členění dosahuje významně většího detailu a zahrnuje nejen předepsané pojištné, ale také např. počty smluv, vyplacená pojištná plnění nebo stavy technických rezerv. Výstupy jsou ovšem k dispozici s větším časovým odstupem, který dosahuje téměř dvou let, což např. znamená, že v průběhu roku 2018 jsou k dispozici hodnoty ke konci roku 2016. Jejich veřejná prezentace je umístěna na portálu IE v samostatné sekci InsuranceData v podobě vizuálně atraktivních,

interaktivních grafů, ale hlavně jako rozsáhlá sada tabulek ve formátu MS Excel ke stažení pro každou sledovanou oblast zvlášť. Samotné údaje jsou k dispozici v časových řadách od roku 2004.

2.4 Annual Report a další publikace

Zatímco publikace menších formátů (*Key Facts and Figures*) především graficky poutavou formou stručně seznamují širokou veřejnost s aktuální situací na evropském pojistném trhu, výroční zprávy se více zaměřují na širší představení témat, která již nyní významně ovlivňují – nebo u nichž se očekává, že v blízké budoucnosti budou ovlivňovat – další směřování v celém pojišťovníctví. Patří mezi ně např. nástup autonomního řízení, vzrůstající hrozba kybernetických rizik, nové regulační a účetní standardy, jako Solventnost II nebo IFRS 17, apod. Rozsahem zveřejňovaných údajů se tyto publikace kryjí s výše zmíněnými pravidelnými statistickými, ale jejich přínosem je doplňující komentář a příhodné načasování.

Vyjma výše zmíněných pravidelných statistik a publikací se IE zabývá dalšími klíčovými tématy, která je potřeba doplnit alespoň agregovanými statistickými, a tak jejich význam kvantifikovat. Jedná se o oblasti, kde mohou panovat zásadní rozdíly mezi jednotlivými členskými státy, jako jsou penzijní a sociální systémy nebo zdanění, ale i o oblasti, které jsou tak významné, že si zaslouží vlastní detailní zpracování, jako je pojištění motorových vozidel nebo boj s pojistným podvodem.

2.5 Kvalita a konzistence dat

Navzdory dlouhodobému fungování evropské pojistné federace a zdánlivě jednotnému evropskému legislativnímu, dohledovému i regulačnímu rámci nelze statistiky publikované IE považovat vždy za plně konzistentní. Jejich sběr i následná konsolidace si vynucují řadu zjednodušení, jejichž zpřesnění, až celkové překonání je navíc v krátkodobém horizontu nereálné.

Sbírání dat poskytuje jednotlivé členské asociace. První podmínkou tedy je, zda ony samy příslušnými hodnotami disponují. Údaje lze získat z cizích zdrojů, zpravidla od dohledových orgánů, nebo prostřednictvím vlastních sběrů (dotazníků). Není výjimkou, že se oba zdroje kombinují. Proto je důležitá i reprezentativnost dat, protože ne všichni místní pojistitelé jsou členy příslušné asociace, zatímco dohledu podléhají všichni. Nicméně zpravidla je podíl člen-

ských pojišťoven asociace na celém trhu zcela dominantní. Velké rozdíly ale nastávají v dostupném rozsahu dat. Např. německá GDV má k dispozici detailní časové řady, a to i historických údajů ve všech sledovaných oblastech, a statistickou činností se zabývají desítky vlastních zaměstnanců v několika samostatných odděleních. Obdobně to platí pro zbývající velké státy západní Evropy. Naopak menší státy, zejména ty ze střední a východní Evropy, takové možnosti ani přístup k datům často nemají a vyplněnost v jejich případě značně kolísá. V tomto ohledu je ovšem potřeba zdůraznit, že jejich podíl na celkovém předepsaném pojistném značně zaostává za zeměmi západní Evropy. Základní celotřížní údaje lze ještě zpravidla získat za všechny členy, ale se vzrůstajícím detailem nebo ve specifických oblastech už údaje často k dispozici nejsou.

Nejde ovšem pouze o případnou nedostupnost dat. Vykazované údaje jsou zatíženy řadou dalších, převážně účetních nebo metodických úprav ovlivňujících jejich konečnou hodnotu. Ty často nelze zvlášť zohlednit a lze je pouze akceptovat, a proto je možnost hladkého sjednocení a vzájemného porovnání dále narušena. Vliv může mít např. to, zda jsou ukazatele sestaveny v souladu s místními nebo mezinárodními účetními standardy, ale i to, zda se příslušnou asociací vykazované údaje dále metodicky upravují. Např. v ČR se všechny hodnoty sbírají podle *Českých účetních standardů*, ale ČAP je při zpracování upravuje podle vlastní metodiky. Ta má významný dopad na předepsané pojistné, které se jako celek zredukuje o necelých 16 %. Ačkoliv jsou k použití zmíněné metodiky dobré důvody (odstranění duplicit, nesmluvního pojištění a zkreslujících zahraničních aktivit spolu s upozaděním čistě investiční funkce některých pojistných smluv), nemohou se s hodnotami zveřejňovanými dohledem, tedy ČNB, už přímo porovnávat. Tento přístup je ale v rámci členské základny federace zřejmě ojedinělý, protože zástupci ostatních asociací se v rámci své činnosti o obdobné praxi nezmiňují.

Nicméně je to opět pouze jeden příklad rozdílného vykazování u jednoho členu, kde je způsob zpracování dat dobře známý. Obdobné obtíže – i na úrovni vlastní členské základny – řeší také řada dalších místních asociací. Sjednocení přístupu napříč celou Evropou je tak úkol značně náročný.

Tento fakt dále komplikují i aktivity na úrovni IE. Ta nedávno zavedla některé úpravy s cílem zvýšit vypovídající hodnotu vlastních výsledků. Nově se soukromé zdravotní pojištění

¹ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND>.

² <https://eiopa.europa.eu/Pages/Financial-stability-and-crisis-prevention/Insurance-Statistics.aspx>.

vykazuje zvláště a už není součástí neživotního pojištění. To se nyní, po očistění o zmíněný segment, označuje příhodněji: „P&C“ (*Property & Casualty*). Důvodem je velmi rozdílné zastoupení těchto produktů napříč celým kontinentem, od dominantního v Nizozemsku až po zcela zanedbatelné, jako je zpravidla v postkomunistických zemích, např. i v ČR, kde jej uzavírají pouze cizinci, a to především ze zemí mimo EU. Zatímco vyčlenění zdravotního pojištění je celkem přímocharé a lze mezi jednotlivými přístupy plynule přecházet, v dalším případě to už tak jednoduché není. IE preferuje vykazování zahraničních aktivit nikoliv podle umístění rizika (kde je pojištění sjednáno), ale podle usídlení pojistitele. Tedy pokud pojistitel působí na území daného státu prostřednictvím pobočky, jeho výsledky se do místních celotřížních hodnot nezahrnou. Ačkoliv i tento přístup má své důvody, jedná se o změnu proti dlouhodobé praxi, a navíc mezi členy IE se otevřela otázka, které státy jsou vůbec schopny vykazované údaje v tomto duchu očistit. Z probíhající diskuze plyne, že řada členů tyto možnosti aktuálně nemá. I za ČR se tomuto požadavku dá vyhovět s jistou mírou zjednodušení jen částečně, kombinací hodnot zveřejňovaných ČNB a sbíraných ČAP.

Novou výzvou, které statistická činnost IE čelí, je regulatorní standard Solventnost II, zavedený od roku 2016. Přejít na jednotné vykazování (tzv. „QRT reporty“), které bude respektovat tyto principy a strukturu, se do budoucna jeví jako nevyhnutelné. To by mohlo zásadně přispět k sjednocení vykazování podle jednotného evropského standardu, který musí respektovat všichni pojistitelé. Jenže situace napříč členy IE je opět velmi rozdílná a je otázkou, zda je sjednocení v blízkém časovém horizontu vůbec proveditelné. Zásadní obtíže jsou totiž spojené s tím, že řada členských asociací nemá tyto reporty za svůj vlastní trh k dispozici – což závisí pouze na vůli jejich členských pojišťoven. Může tomu bránit i přístup místního regulátora a dohledu. V některých zemích (především tzv. „západních“, opět např. Německo nebo Itálie) už příslušné reporty hromadně sbírají a zdá se, že jejich agregaci a následnému vykazování na společné evropské úrovni nic nebrání. V jiných státech se rozbíhají pilotní projekty (např. v ČR), které jsou příslibem do budoucna. Ale jinde je již nyní jasné (např. Rakousko), že reporty má k dispozici pouze regulátor, a ten je zveřejňovat nebude. IE tak nezbývá než se alespoň prozatím spoléhat na vykazování podle místních účetních standardů se všemi riziky, která byla zmíněna výše.

Mezitím se ale dokončují přípravy na zavedení nového mezinárodního účetního standardu IFRS 17, jenž těm pojistitelům, kteří podle těchto standardů vykazují, přináší po relativně dlouhé době stability zásadní změnu. Zda je tedy možné udržet alespoň současnou míru konzistence ve vykazování výsledků evropského pojištného trhu prostřednictvím IE je tak do budoucna bohužel velmi nejisté.

Resumé

Statistical sources for comparing Czech insurance business with foreign markets

The above published article deals with the topics of international insurance statistics and further information that are available publically for various comparisons of the insurance market development across different states, global regions etc.

Three key data sources are identified to monitor the insurance sector development (EIOPA, OECD, IE) and furthermore the principles of mutual data transformation are demonstrated through written premium in life insurance. Specifically an attention is given to currency exchange rate evolution, data quality and consistency matters and their overall impact to global development interpretation.

The last part of the article describes the current situation of statistical data processing and publication from the position of IE. It also includes the assessment of further outlook in this area that will be strongly influenced by adoption of IFRS 17 (International Financial Reporting Standards for insurance sector).

Zaměstnanecké penzijní pojištění jako 2. pilíř penzijního systému

Prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc. / Vysoká škola finanční a správní

Zaměstnanecké – či přesněji řečeno profesní – penze (*occupational pension schemes*) stály u samého zrodu sociálního důchodového zabezpečení. Pomineme-li středověké (a ještě starší) systémy zabezpečení státních úředníků a ozbrojených sil, jednalo se původně o důchodové zabezpečení vybraných profesí ve veřejných a soukromých službách. V některých vyspělých zemích se z toho vyvinuly (a dodnes přetrvávají) speciální systémy služebního zabezpečení, patřící do základního penzijního pilíře, v jiných vyspělých zemích došlo k výraznému rozvoji podnikových penzí na bázi dobrovolnosti či kolektivního vyjednávání zaměstnavatelů a odborů, které vyústilo až do povinného či kvazi povinného systému zaměstnaneckých penzí, který může výrazně připomínat systém sociálního pojištění, patřící do základního penzijního pilíře.

V některých zemích se u zaměstnaneckých penzí cíleně uplatňuje behaviorální ekonomie za účelem dosáhnout jemné povinnosti (*soft compulsion*) tohoto zabezpečení. Takto se vyvinula celá škála systémů zaměstnaneckých penzí, kterou se zde pokusíme utřídit také s využitím teorie sociálních modelů (*welfare regimes*). V ČR je zaměstnanecké penzijní pojištění *de facto* zakázáno zákonem o tomto pojištění, kterým byla *de iure* implementována směrnice EU orientovaná na vytvoření jednotného trhu kapitálových zaměstnaneckých penzí v rámci EU. Sousední Polsko zavádí systém zaměstnaneckých penzí podle západních vzorů od roku 2019.

Základní správní model zaměstnaneckých penzí

Zaměstnanecké penze jsou ve své výchozí a základní podobě spravovány nadacemi či svěřenskými fondy v zájmu klientů – účastníků fondů, resp. zaměstnanců. Zaměstnavatelé jsou zde v pozici sponzorů nesoucích odpovědnost za financování schématu. Standardním produktem je klasické důchodové pojištění, zahrnující starobní, invalidní a pozůstalostní penzi. Dnes se tomu říká „dávkově definovaný“ (DB) produkt. Výše penze je plně závislá na výdělku (*earnings-related*) – takový produkt dnes bývá běžně v literatuře o veřejných penzích označován jako „Bismarckův

model“. K této základní verzi zaměstnaneckých penzí patří i jejich plná kapitalizace čili tvorba pojistných rezerv podle zásad pojistné matematiky v soukromém důchodovém pojištění. V dnešní terminologii jde tedy o „fondový systém“ a příslušné neziskové instituce jsou obecně označovány jako „penzijní fondy“. Každý penzijní fond poskytuje v zásadě jeden produkt – dané penzijní schéma, a to pro všechny zaměstnance (splňující podrobněji specifikované podmínky, obdobně jako v sociálním pojištění) daného podniku, seskupení podniků nebo i celého odvětví. Změnil-li zaměstnanec zaměstnavatele, může pokračovat v pojištění u jiného zaměstnavatele, pokud nový zaměstnavatel „patří“ do stejného penzijního fondu. Není-li tomu tak, v základní variantě tohoto modelu důchodové nároky zůstávají v zásadě zachovány. Může to ovšem být spojeno s faktickými ztrátami, např. z toho důvodu, že důchod se vypočítává z poslední (finální) nominální mzdy u zaměstnavatele začleněného do daného penzijního fondu. Takto se ovšem běžně postupovalo i v systémech sociálního důchodového pojištění. V systému tohoto zaměstnaneckého penzijního pojištění ovšem takto definovaný produkt výrazně přispívá ke stabilizaci zaměstnanců – zaměstnanecká penze byla při svém vzniku do značné míry odměnou za věrnost, a to dokonce do té míry, že s odchodem od zaměstnavatele se původně i ztrácely důchodové nároky, popř. byl nárok jen na odbytné. Dnes nemá smysl o takové variantě uvažovat, proto zde základní variantu v tomto ohledu definujeme jako „zamrznutí“ důchodových nároků při odchodu od daného zaměstnavatele, resp. penzijního fondu.

K základnímu správnímu modelu zaměstnaneckých penzí patří také dobrovolnost jejich poskytování – ať již je jeho východiskem paternalismus zaměstnavatele (který si to může dovolit, což mu ostatně také může přispívat k odbytu), nebo jde o právní bázi pro vyjednávání s odbory či závodní radou. Takto pojaté zaměstnanecké penze jsou jedním ze zaměstnaneckých benefitů, bez toho, že by stát měl či měl mít nějaký zvláštní zájem na jejich rozvíjení.

Pokud jde o úlohu zaměstnaneckých penzí v jednotlivých sociálních modelech, (námi definovaný) základní správní model zapadá nejvíce do konzervativního (křesťansko-demokratického) sociálního modelu, který přistupuje diferencovaně k jednotlivým sociálním skupinám, k jejich sociálnímu zabezpečení. V tomto sociálním modelu má nejlepší

penze státní správa, původně ve výši předchozího platu, resp. po přeložení do výslužby tito pracovníci dostávali dále svůj (poslední) plat. Při takovém luxusním penzionování ovšem nepotřebovali žádnou doplňkovou penzi; „náhradový poměr“ u nich činil 100 % a tito vysloužilci vlastně pobírali zaměstnaneckou penzi, která byla financována z běžných výdajů státu (země, kraje). V další vývojové fázi těchto penzí se prosadily konstrukce obdobné sociálnímu pojištění: penze se v právním slova smyslu oddělila od dosavadního platu ze služebního poměru a začala být závislá na počtu služebních let. Na našem území platil až do roku 1948 zákon o zaopatření civilních státních úředníků a jejich vdov a sirotků z roku 1896; podle tohoto zákona byl nárok na starobní penzi ve výši 40 % posledního platu po 10 letech služby, za každé další dva roky se penze zvyšovala o 2 % z platu – po 40 letech služby tak byl nárok na starobní penzi ve výši 100 % posledního platu. V Německu dnes platí sazba 1,79375 % za rok služby, tzn. že po 40 letech služby existuje nárok na penzi ve výši 71,75 % posledního platu. V západních zemích, které zrušily speciální systémy penzí pro státní úředníky, se lze setkat i se zaměstnaneckými penzemi pro státní úředníky jako se 2. penzijním pilířem.

Moderní liberální sociální model je charakterizován poskytováním univerzálního, rovného starobního důchodu všem občanům, resp. rezidentům. Tento veřejný důchod tedy není závislý na výdělku a v literatuře je tento produkt často označován jako „Beveridgeův model“. Modelově měl být tento důchod, stejně jako další univerzální dávky, na úrovni existenčního minima. V britské poválečné praxi (od roku 1948) byl univerzální „státní důchod“ na ještě mírně nižší úrovni, než předpokládala Beveridgeova komise v roce 1942. Pro chudé seniory byla příp. určena obecná sociální pomoc; využívala ji více než třetina důchodců. Za této situace není divu, že se v dalších desetiletích rozvinuly systémy zaměstnaneckých penzí, které poskytovaly důchody závislé na výdělku, na bázi základního správního modelu zaměstnaneckých penzí. Tyto zaměstnanecké penze dosáhly průměrně úrovně asi třikrát vyšší než státní důchod. V roce 2006 činil hrubý teoretický náhradový poměr u zaměstnanců, kteří měli zaměstnaneckou penzi, celkem 66 % předchozího výdělku, v tom 17 % připadalo na základní státní důchod a 50 % na zaměstnaneckou penzi; celkový čistý náhradový poměr činil 82 %. To byla nadprůměrná úroveň penzí v mezinárodním srovnání, která neodpovídá filozofii (ani moderního) liberálního sociálního modelu. Berme to jako ukázkou toho, jak se může 2. penzijní pilíř zaměstna-

neckých penzí rozvinout a podstatně ovlivnit celý penzijní systém. „Liberálně“ koncipovaný systém zaměstnaneckých penzí byl v praxi schopen dosáhnout celkové pojištěnosti 50–60 % také díky tomu, že ve veřejném sektoru byla pojištěnost blízká 100 %.

Moderní sociálnědemokratický sociální model je založen na poskytování univerzálních dávek a služeb všeho druhu. Nejjednodušším způsobem realizace tohoto univerzalizmu na úseku penzí je (nebo by byla) kombinace Bismarckova a Beveridgeova modelu čili univerzální (rovný) důchod pro všechny a univerzální sociální důchodové pojištění pro všechny pracující. Sociálnědemokratický penzijní model by se tak obešel bez zaměstnaneckých penzí, které ve své základní verzi předpokládají diferenciaci zaměstnaneckých penzí. Praxe v příslušných zemích však byla a je složitější.

Švédsko zavedlo systém univerzálního sociálního starobního pojištění v roce 1913, jako první stát na světě. Plně kapitalizovaný systém se skládal ze dvou částí: z testované základní penze pro všechny občany (až 11,3 % průměrné mzdy průmyslového dělníka) a z doplňkové penze, která byla funkcí příspěvků pojištěnců. V roce 1935 byly důchody podstatně zvýšeny; přešlo se na průběžné financování a na placení pojistného zaměstnavateli. V roce 1941 minimální penze činila 29,4 % průměrné mzdy průmyslového dělníka. Reforma v roce 1946 nahradila testovanou a doplňkovou penzi univerzálním státním důchodem (*folkspension*, FP). V oblastech s vyššími životními náklady byl zaveden příplatek na bydlení (Palme a Svensson, 1999). Univerzální penzi o vyšší výměře lze považovat za původní sociálnědemokratický penzijní model. V roce 1959 ve Švédsku rozhodlo referendum o zavedení povinného doplňkového starobního pojištění, na návrh dělnických odborů a sociálnědemokratické strany. Zaměstnavatelské svazy a pravicové strany požadovaly dobrovolné pojištění. „Doplňková všeobecná penze“ (ATP) se od roku 1960 stala zásadním penzijním pilířem poskytujícím poměrně štědré penze od věku 65 let; „dávkově definovaný“ důchod se vypočítával z výdělků za 15 nejlepších let; nárok bylo možno získat již po 30 letech zaměstnání. Výpočet důchodu byl propojen s výší univerzální státní penze. Příspěvky na ATP platili zaměstnavatelé – v roce 1994 13 % ze mzdy, bez využití výdělkového stropu. Rovněž z titulu univerzální penze platili zaměstnavatelé příspěvek (fakticky daň) 5,86 % ze mzdy; další část výdajů na tyto penze hradil státní rozpočet. Devět let poté k univerzální penzi přibyla ještě testovaná doplňková penze.

Náhradový poměr z ATP a FP u průměrného zaměstnance činil asi 65%. Minimální důchod (FP) byl řádově na úrovni 30% průměrného celostátního výdělku. Reforma byla fakticky přínosná pro dělníky; úředníci a státní zaměstnanci měli již předtím vysoké zaměstnanecké penze.

Poslední švédská důchodová reforma, realizovaná od roku 1999, byla do jisté míry ovlivněna neoliberalními tendencemi, které se v penzijní politice prosazovaly po vydání publikace Světové banky (James a kol., 1994). Takto vznikla „prémiová penze“ (*premiepension*) – systém univerzálního sociálního pojištění s možností individuálního investování i do soukromých penzijních fondů, který se stal třetí složkou základního penzijního pilíře. První složkou základního pilíře se stala „příjmová penze“ (*inkomstpension*) – univerzální sociální důchodové pojištění využívající techniku příspěvkově definovaných (DC) penzijních plánů, při níž se na účtu klientů akumuluje zaplacené pojistné a při odchodu do penze se ze stavu tohoto osobního účtu vypočte důchod. Mezinárodně je tento systém označován jako „NDC“ (*notional* či *non-financial* DC). Druhou složkou základního penzijního pilíře se stala „garantovaná penze“ (*garantipension*), fakticky příplatek k příjmové penzi závislý na výši příjmové penze a plnící také úlohu minimální penze. Díky tomuto příplatku (garantované penzi) jsou veřejné penze ve Švédsku i nadále dosti nivelizované. Naproti tomu zaměstnanecké penze, založené na kolektivních smlouvách vyššího typu, jsou výhradně závislé na výdělku, přičemž z hlediska redistribuce je velmi významné to, že výdělkový strop pro výpočet penze u nich neexistuje, zatímco v 1. penzijním pilíři je tento strop na úrovni pouhých 113% průměrné celostátní mzdy (2017). Na kvazi povinnou zaměstnaneckou penzi přispívá pouze zaměstnavatel: 3,5–4,5% ze mzdy do výdělkového stropu v příjmové penzi a řádově 30% z příjmu nad tento výdělkový strop. Třetím penzijním pilířem jsou ve Švédsku osobní penze; mají okrajový význam a od roku 2016 nejsou podporovány státem. Významnou dávkou je naproti tomu příspěvek na bydlení pro seniory, vyplácený státní penzijní pojišťovnou.

Systém sociálního důchodového pojištění byl od roku 1978 zaveden i ve Velké Británii, navíc k základní státní penzi. „Státní systém důchodů závislých na výdělku“ (SERPS) měl poskytovat penzi s cílovým náhradovým poměrem 25% průměrného výdělku ve 20 nejlepších letech (s valorizací výdělků podle růstu průměrného celostátního výdělku). Účast zaměstnanců v systému SERPS byla sice povinná, leč

bylo ji možno nahradit účastí v kvalifikovaném systému zaměstnaneckých penzí. Jednalo se tedy vlastně o tzv. „opt-out“ (ve Velké Británii: *contracting-out*). V zájmu prosazení SERPS v parlamentu vládní Labour Party souhlasila s jednostranně výhodným opt-outem do zaměstnaneckých penzí spočívajícím v možnosti platit nižší příspěvky na národní pojištění do SERPS. Výsledkem této nedůslednosti bylo to, že opt-out bez výjimky využil celý veřejný sektor a 80% soukromého sektoru (se zaměstnaneckými penzemi). SERPS byl později reformován (hlavně „osekán“) na „2. státní důchod“ (stále ještě závislý na výdělku), který zanikl při nedávné důchodové reformě, v podstatě fúzí s rovným základním státním důchodem.

Neoliberalní důchodové reformy

Moderní ultraliberalové považují zaměstnanecké penze a podobné zaměstnanecké benefity za vysoce neefektivní, protože mnozí zaměstnanci touto cestou dostávají dávky, které by si jinak nekoupili – dali by přednost jiné spotřebě, s vyšším užitekem. Optimálním soukromým zabezpečením jsou osobní penze, které si zakoupí zaměstnanci a jiní občané u soukromých společností. Premiér Václav Klaus tomu v 1. polovině 90. let říkal „občanský princip“. Když tehdy Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR předložilo do vlády návrh zákona o dobrovolném zaměstnaneckém penzijním připojištění, připravený za asistence amerických poradců, premiér ho odmítl z ideologických důvodů. Ministerstvo pak narychlo předělávalo kvalitně připravený zákon na velmi specifický konglomerát neberoucí na zřetel standardní regulaci soukromého pojišťovnictví.

Zatímco standardním poskytovatelem soukromého důchodového pojištění jsou soukromé (životní) pojišťovny, u nás zde nebyly vůbec „připušteny“, také kvůli tehdejšímu okolnostem vzniku soukromého pojišťovnictví. Naopak vznikly akciové společnosti označované jako „penzijní fondy“; trvalo 20 let, než byly např. v hospodaření těchto společností odděleny prostředky akcionáře a klientů (v účetnictví pojišťoven je „oddělení“ automatické). Připomeňme ještě, že vzniklo několik jakoby „podnikových“ penzijních fondů, např. Hornický penzijní fond Ostrava (v roce 2005 měl 19 000 klientů, z velké části šlo o zaměstnance OKD). Akcionáři Hornického penzijního fondu – společnost OKD a Odborový svaz pracovníků hornictví, geologie a naftového průmyslu – fond prodali. Přitom bylo deklarováno, že

OKD bude i nadále svým zaměstnancům, kteří jsou klienty fondu, poskytovat příspěvek na penzijní připojištění ve stejné výši jako dosud (Tománek, 2005). Prostředky účastníků tohoto fondu se tehdy pohybovaly ve výši asi 1 mld. Kč. Hornický penzijní fond Ostrava zanikl sloučením se společností ČSOB Penzijní fond Progres, a. s., koncem roku 2006. Stejně dopadly i další „podnikové“ penzijní fondy (např. Penzijní fond Škoda, Plzeň).

Američtí ultraliberálové v čele s Friedmanem se již ve 2. polovině 70. let minulého století soustředili na propagaci privatizace „sociálního zabezpečení“, které je v rozhodující míře Beveridgeovým penzijním systémem. (Jeho obdobou je procentní výměra českého důchodu od roku 1996, s nižší úrovní důchodů.) Argumentace ve prospěch dobrovolného soukromého důchodového zabezpečení byla velmi obecná, v podstatě ideologická: „Naším všeobecným předpokladem je, že jednotlivci mohou sami nejlépe posoudit, jak využít své zdroje.“ Určovat nějaké minimální procento příjmu, které by mělo jít na penze, není o mnoho smysluplnější než určování, jaké procento z příjmů má jít povinně na bydlení či dopravu. (Friedman, 1999)

Zastánci Chicagské ekonomické školy byli pověřeni realizací celkové hospodářské a sociální reformy v Chile na přelomu 70. a 80. let minulého století. Paradigmatická penzijní reforma byla jednou z dílčích reforem, kterou realizovala chilská vláda v čele s prezidentem Pinochetem. Zásadní omezení lidských svobod vytvořilo svým způsobem ideální podmínky k prosazení jednoho uceleného konceptu celkové hospodářské a sociální reformy.

Chilská penzijní reforma byla realizována od května 1981. Došlo při ní k náhradě výrazně segmentovaného systému sociálního důchodového pojištění systémem státem regulovaného soukromého důchodového pojištění. (Z nového systému byli vyjmuti vojáci, policisté a OSVČ.) Systém povinných soukromých osobních penzí byl zaveden pro zaměstnance nově nastupující na trh práce. Pro ostatní zvolili tamní Chicago Boys systém opt-out; vstup do nového systému byl dobrovolný, ale bez možnosti návratu. Lidé byli k opt-outu výrazně motivováni: u konvertujících zaměstnanců došlo okamžitě ke zvýšení čisté mzdy o asi 11%, což bylo dáno podstatně nižším příspěvkem do soukromého penzijního fondu, ve srovnání s předchozím pojistným segmentovaného sociálního důchodového pojištění. Kromě toho stát vybavil konvertující jedince speciálními státními

„uznávacími“ dluhopisy, u nichž garantuje reálné každoroční zhodnocení 4%, vše splatné v okamžiku podání žádosti o přiznání starobního důchodu. V podstatě šlo o fiskálně velkoryse pojatou, zcela zásadní důchodovou reformu provedenou v podmínkách celkové šokové terapie chilské ekonomiky. Účastníkům byl slibován starobní důchod na úrovni 70% finální mzdy, při placení pojistného (výhradně zaměstnancem) 10% ze mzdy. Již dnes je zřejmé, že tohoto náhradového poměru nebude dosaženo (po 40 letech od reformy, kdy lze systém považovat za „dospělý“). Zastánci této reformy to vysvětlují tím, že mnoho Chileňů pracuje v neformální ekonomice nebo není zaměstnáno; ženy se věnují výchově dětí a chodí do důchodu v nižším věku než muži. Systém generoval vysoké výnosy (v průměru 8,6% ročně v letech 1981–2013), vysoké poplatky je však srazily na 3–5,4%. Chilský systém není perfektní, je ale o několik řádů lepší než zadlužené, průběžně financované veřejné systémy. (Mitchell, 2018)

OECD klasifikuje chilský systém jako povinný pro všechny zaměstnance; správa penzijních fondů řízených penzijními společnostmi (AFP) je dnes silně regulována státem v zájmu účastníků. Dávky mohou být vypláceny formou anuit od životních pojišťoven, programových výběrů od penzijních společností a jejich kombinací. Dobrovolné penzijní spoření poskytují penzijní společnosti, životní pojišťovny, podílové fondy apod. Od října 2008 lze zakládat zaměstnanecké penzijní plány označované jako „kolektivní dobrovolné penzijní spoření“ (APVC), dle smlouvy mezi zaměstnavatelem a příslušnou licencovanou institucí. (OECD, 2011) Pojištěnost je u zaměstnaneckých penzí minimální. (Berstein, 2016)

Zkušenosti z chilské důchodové reformy, jak byly interpretovány jejich tvůrci, uchopila Světová banka a rozpracovala je v roce 1994 do své zásadní publikace, která se stala učebnicí neoliberální penzijní teorie a politiky. (James a kol., 1994) Tato „nová penzijní ortodoxie“ požaduje zásadní vyčlenění solidárních prvků do „prvního“, jediného veřejného pilíře. Zcela nově koncipovaný „druhý“ pilíř má být výhradně soukromým fondovým pilířem, postaveným na zásadě ekvivalence. Tento pilíř je touto teorií charakterizován jako „povinné soukromé spoření“; to může být realizováno ve formě osobních nebo zaměstnaneckých penzí. V praxi Světová banka (tvrdě) prosazovala výhradně systém osobních penzí, a to především v postkomunistických zemích.

Povinné zaměstnanecké penzijní pojištění

Třípilířová koncepce penzí je zakotvena ve švýcarské ústavě od roku 1972. Prvním pilířem je státní zaopatření pro všechny rezidenty, označované jako „sociální pojištění“ (AHV), leč *de facto* financované z daní, především zdaněním příjmů. Je stanovena minimální a maximální výše starobní penze, přičemž maximum (cca 36 % průměrného celostátního výdělku) je dvojnásobkem minima. V rozmezí tohoto minima a maxima je důchod závislý na příjmech. Téměř polovina poživatelů důchodu AHV dostává maximální výši tohoto důchodu. Součástí 1. penzijního pilíře je též „doplňková dávka“ poskytovaná kantony v závislosti na výši příjmu a majetku seniorů, která zvyšuje celkovou výši penze z tohoto pilíře na zhruba 24 % průměrného celostátního výdělku; tento příspěvek pobírá asi 12 % důchodců. Druhým penzijním pilířem je zaměstnanecké penzijní pojištění („profesní zaopatření“), které má povinnou a dobrovolnou část. Minimálně polovinu pojistného platí zaměstnavatel. Povinné zaměstnanecké pojištění bylo zavedeno ve Švýcarsku od roku 1985 a svými parametry vcelku „vyhovovalo“ Světové bance při publikaci neoliberálního systému „povinného soukromého spoření“ v roce 1994. Švýcarský koncept povinného důchodového pojištění, zakotvený v ústavě, usiluje o zabezpečení navykklé životní úrovně. Oba pilíře mají být zhruba stejně významné. Celkový cílový náhradový poměr u zaměstnance s průměrnou mzdou činí 60 %, což odpovídá čistému náhradovému poměru 70–80 %.

Základní produktovou variantou švýcarského zaměstnaneckého penzijního pojištění je příspěvkově definovaný penzijní plán příslušného (k danému zaměstnavateli) penzijního fondu. Větší podniky mají zpravidla uzavřený penzijní fond („penzijní pokladnu“), menší podniky vstupují často do otevřených fondů (*Sammelstiftung*); častý je outsourcing služeb. Poskytovateli penzijních plánů jsou autonomní penzijní fondy a soukromé pojišťovny; tržní podíl soukromého sektoru na správě zaměstnaneckých penzí v roce 2012 představoval 57 % aktivních pojištěnců a 84 % pojistných rezerv (při 8 % institucí). Stát stanoví minimální zhodnocení účtu klienta (aktuálně 1 % ročně) a také (minimální) konverzní sazbu pro přepočtení stavu účtu pojištěnce, který požádal o přiznání důchodu z povinné části pojištění, na roční výši důchodu; aktuálně je to 6,8 % při důchodovém věku 65 let – což neodpovídá pojistně-statistickým podkladům, takže dochází k mezigeneračním transferům. (Elling, 2013)

Na doživotní starobní důchod se v průměru konvertuje 75–80 % naspořených prostředků v povinné části švýcarského zaměstnaneckého penzijního pojištění. Zákon ukládá poskytovatelům zaměstnavatelských penzijních schémat nabízet jednorázovou výplatu minimálně 25 % naspořených prostředků účastníka. Jednotlivá schémata upravují míru možné anuitizace podrobněji. Vysoký stupeň anuitizace penzijních úspor ve švýcarském zaměstnaneckém penzijním systému je pozoruhodnou výjimkou z celosvětového trendu k nízké dobrovolné anuitizaci penzijních úspor. (Avanzi a Purcal, 2011) Lze ji vysvětlit především výhodností státem regulované konverzní sazby.

Finsko má dva základní penzijní pilíře: povinné zaměstnanecké pojištění (*employment pension*) a státní důchod (*national pension*), doplněný od roku 2011 minimálním důchodem (*guarantee pension*). Plný státní důchod činí asi 20 % průměrné celostátní mzdy; poživatelé zaměstnanecké penze dostávají částku státního důchodu sníženou o 50 % zaměstnanecké penze. Fakticky je významným penzijním pilířem též příspěvek na bydlení pro seniory (*housing allowance*), který hradí až 85 % nákladů na bydlení ve vlastním. Dobrovolné zaměstnanecké penze a osobní penze jsou málo významné; pojištěnost je u nich asi méně než 10 % a 20 %. Graf 1 ukazuje úlohu jednotlivých penzijních pilířů pro jednotlivé příjmové skupiny, navíc uvádí i celkové penze po zdanění. Z grafu lze usuzovat na vysokou nivelizaci důchodových příjmů a ironicky by bylo možno poznamenat, že se k těmto nivelizovaným penzím dostávají jednotlivé příjmové skupiny poměrně velmi složitým způsobem.

Povinné zaměstnanecké penze jsou ve Finsku charakterizovány jako hybrid 1. a 2. penzijního pilíře; jedná se však o jednostrannou interpretaci skutečnosti, že 1., resp. veřejný penzijní pilíř neobsahuje důchod závislý na výdělku (Bismarckův model). Finské povinné zaměstnanecké penze (*employment pension*) mají všechny základní parametry těchto penzí v jejich obecné podobě. Rozhodující slovo při reformách decentralizovaných systémů těchto penzí mají tripartity; jejich (konsenzuální) rozhodnutí jsou schvalována jako zákony; implementace je koordinována Finským centrem pro penze. Podstatné slovo při volbě systému zaměstnaneckých penzí mají zaměstnavatelé. (ELO, 2018)

Hlavním zákonem upravujícím zaměstnanecké penze v soukromém sektoru je TyEL, ve veřejném sektoru JuEL. Samostatná schémata (zákony) jsou např. pro námořníky,

OSVČ a zemědělce. Liší se mj. též mírou kapitalizace; např. systém TyEL je financován asi ze dvou třetin průběžně a z jedné třetiny fondově. JuEL je financován průběžně a má rezervní fond. Poskytovateli zaměstnaneckých penzí je pět soukromých penzijních pojišťoven (mají asi 70 % pojištěnců), 13 podnikových penzijních fondů, šest odvětvových penzijních fondů a šest dalších speciálních penzijních institucí. (EU, 2018) Na soukromé penzijní pojišťovny se nevztahuje legislativa EU; Ambachsheer (2013) uvádí, že tyto pojišťovny jsou neziskové.

Sazba pojistného v systému TyEL činí 25,3 % ze mzdy, z toho zaměstnanci platí 6,35 % (7,85 % ve věku 53–62 let) ze mzdy; zaměstnavatelé zpravidla dostávají od pojišťoven slevy a bonusy; průměrné pojistné placené zaměstnavatelem tak v roce 2017 činilo 17,75 %. Pojistné se platí z celé mzdy – výdělkový strop neexistuje.

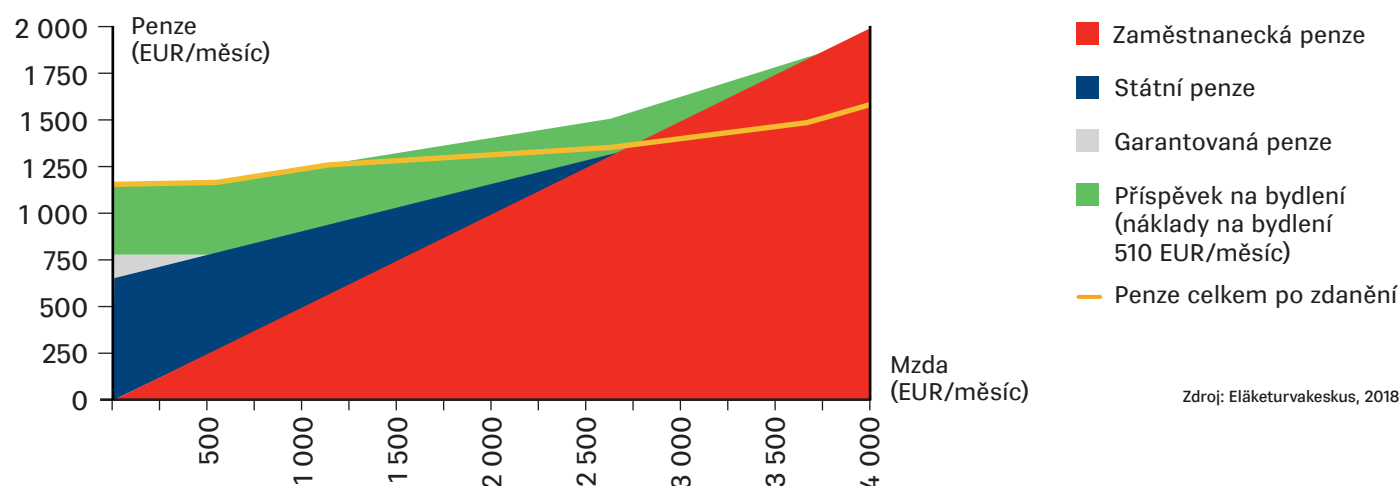
Aktuální důchodový věk je 63 let a tři měsíce pro pojištěnce narozené v roce 1955; tento důchodový věk se v dalších letech zvyšuje o tři měsíce ročně, až na 65 let. V zásadě platí, že všichni pojištěnci daného systému (a tím i zaměstnavatelé) dostávají jeden, dávkově definovaný produkt. Reforma od roku 2017 sjednotila ohodnocení jednoho roku pojištění na 1,5 % z průměrného celoživotního výdělku. Byla také zavedena možnost pobírat částečný starobní důchod a výsluhový důchod pro pojištěnce (ve všech schématech),

kteří odpracovali 38 let (včetně náhradních dob) v obtížných pracovních podmínkách – s fixním důchodovým věkem 63 let. Celkový teoretický náhradový poměr pojištěnce s průměrným celostátním výdělkem – po 40 letech pojištění až do základního důchodového věku – byl ve Finsku v roce 2016 59,8 % brutto a 67,1 % netto. (EU, 2018)

V Austrálii je výrazným 1. penzijním pilířem testovaná „věková penze“ (*age pension*) a příplatky k ní, které dohromady u jednotlivce mohou přesahovat hranici chudoby používanou v Austrálii a OECD (50 % mediánu příjmů). Samotná věková penze jednotlivce představuje asi 27 % průměrného celostátního výdělku; dvojice má penzi o téměř 25 % nižší než dva osamělí důchodci, což je dáno „úsporami z rozsahu“ při bydlení (životě) ve dvou. Do aktiv se při testování majetku v zásadě nezapočítává rodinný dům (ten má přitom asi 85 % starých Australanů). Jako součást věkové penze je vyplácen i případný testovaný příspěvek na nájemné (*rent assistance*). Tento nikoliv jednoduchý penzijní pilíř lze charakterizovat jako moderní liberální systém veřejné penze.

Po druhé světové válce se i v Austrálii rozvinul systém dobrovolných zaměstnaneckých penzí na bázi kolektivních dohod, označovaný jako „Superannuation Guarantee“ (též: „Superannuation“, „Super“). Od roku 1992 australská labouristická vláda zavedla, po schválení tripartitou, povinný systém Super s tím, že příspěvek 3 % ze mzdy

Graf 1: Finské penze podle výše výdělku v roce 2018: zaměstnanecká, státní a garantovaná penze a příspěvek na bydlení (před zdaněním a po zdanění)





Ilustrační foto: www.istockphoto.com

bude platit zaměstnavatel. Odbory kvůli tomu ustoupily od požadovaného nárůstu mezd. Současně bylo dohodnuto, že sazba povinného příspěvku zaměstnavatele se bude postupně zvyšovat až na cílových 12 % – k tomu dojde od fiskálního roku 2019/2020. Revize australského systému povinného zaměstnaneckého spoření po 10 letech od jeho zavedení nedopadla dobře: *Nový systém Superannuation je neefektivní, s nízkými výnosy a s vysokými náklady. Jednou velkou neefektivností je taková fragmentace účtů, že účastníci mají v průměru tři účty. Dospěli jsme k závěru, že tato neefektivnost je způsobena nedostatkem konkurence a existencí závažných problémů typu principál-agent, zejména když správci (trustees) zjevně nejednají v zájmu svých členů. Preferovaným politickým řešením je povolit členům neomezený výběr fondů a neomezenou převoditelnost naspořených prostředků.* (Drew a Stanford, 2003) Australský systém Superannuation se dále rozvíjel v neoliberalních kolejích, jednak zavedením výrazné státní podpory dobrovolných příspěvků do tohoto systému a dále pak zásadní reformou povinných zaměstnaneckých penzí.

Reforma systému Superannuation od fiskálního roku 2005/2006 většině zaměstnanců přinesla možnost volby Super fondu mimo rámec podniku, resp. jeho či jím používaného penzijního fondu. (Tuto možnost nezískali někteří zaměstnanci v systému odvětvových fondů a účastníci ve fondech s dávkově definovaným produktem.) Došlo tak k transformaci většiny zaměstnaneckých penzí na osobní penze. Reforma byla postavena na předpokladu, že tržní konkurence přinese ekonomickou efektivnost v převážně soukromém příspěvkově definovaném systému. Před reformou systému Superannuation skoro všechny příspěvky proudily do odvětvových fondů (odpovědnost za správu

byla rozdělena mezi zaměstnavatele a zaměstnance), do fondů sponzorovaných zaměstnavateli nebo do fondů veřejného sektoru. Reforma vyvolala boom retailových fondů orientovaných na zisk, které nejsou napojeny na odvětví či zaměstnavatele. (Muir, 2012) Struktura trhu systému Superannuation podle výše spravovaných aktiv byla v roce 2012 velmi členitá (Deloitte, 2013): 4 % zaměstnanecké fondy, 20 % odvětvové fondy, 16 % veřejný sektor, 27 % retail (maloobchod, soukromé finanční instituce), 33 % osobní či rodinné fondy (Self-Managed Super Funds, SMSF).

Osobní či rodinné fondy SMSF jsou fenoménem australského penzijního systému – jednotlivě mají do pěti členů, kteří se sami obsluhují, s využitím účtu u finanční instituce. Členy SMSF jsou zpravidla účastníci systému Super, kteří mají vyšší příjmy a větší prostředky v systému Super. Fondů SMSF bylo k 30. červnu 2013 509 000, s 964 000 členy (což je 8 % ze zhruba 11,6 mil. účastníků celého systému Super). Již samotná existence SMSF je projevem nízké efektivnosti neoliberalního systému soukromého důchodového spoření v Austrálii. Dokládají to výnosy celého systému Super od roku 1997 do roku 2009: byly nižší než úroky z bankovních depozit. Je to dáno vysokými poplatky a náklady penzijních společností. Odhady Warnera a jednoduché extrapolace ukazují, že celkové investiční výnosy systému Superannuation se poplatky snižují o asi 40 %! (Sy, 2011) Jiný pramen (AIST, 2014) uvádí, že výnosy neziskových Super fondů jsou dlouhodobě vyšší než výnosy na zisk orientovaných Super fondů. Fondy SMSF fungují lépe než celý systém Superannuation nejen díky výnosům z rozsahu z pohledu klientů, ale i díky jednoduchému investování. Ostatní, institucionální fondy používají – v typickém případě – strukturu fondů, kdy se platí poplatky z poplatků

(obsažených ve fondech, z nichž se Super fond skládá). Fondy SMSF vyvracejí představu, že profesionální investiční manažeři dosahují vyšší výkonnosti fondů než neprofesionální investoři (po odpočtu poplatků). To odpovídá i poznatkům studií z jiných zemí ukazujícím, že aktivní správa portfolia je méně výhodná než pasivní investice do indexu S&P 500. (AIST, 2014)

Od roku 2014 se v rámci dílčí reformy systému zavedl vysoce regulovaný produkt MySuper, podléhající schválení regulátorem. MySuper se během tří let stal jediným přednastaveným fondem v každé penzijní instituci. Cílem je vytvoření snadno porovnatelných, relativně jednoduchých produktů – aby se konkurence na trhu zaměřila na čisté náklady a výnosy. Má obsahovat minimum pojištění, poplatky mají být snadno porovnatelné, s využitím „krátkého seznamu přípustných typů poplatků“, s regulací poradenství a provizi a také s pravidly governance a transparency.

Důchodový věk (*preservation age*) je u systému Superannuation velmi nízký – důchodové úspory bylo možno donedávna vybrat počínaje věkem 55 let; je uzákoněno postupné zvýšení tohoto „důchodového“ věku na 60 let, velmi svižným tempem (o rok za rok); letos platí věk 57 let. Kombinace testované penze s důchodovým spořením, navíc s podstatně nižším důchodovým věkem u spoření, motivuje k utracení úspor a k nadužívání testované penze, proto se diskutuje povinná anuitizace penzijních úspor. (O'Meara a Bruhn, 2013)

Australské zkušenosti potvrzují, že většina klientů penzijních fondů není schopna racionálního rozhodování ve smyslu hledání optimální osobní investiční strategie, a to nejen díky informační asymetrii, vzdělání, ale i v důsledku složitosti (australského) systému. Zvyšování finanční gramotnosti, pokud jde o penze či spoření, je v zásadě ztrátou času a peněz – již s ohledem třeba na to, že méně než 20 % dospělých Australanů reálně rozumí složenému úrokování. Chování klientů systému Super lze charakterizovat takto: Až 80 % lidí – zejména v neziskových Super fondech – akceptuje přednastavené (default) opce, vybrané jejich zaměstnavateli. OSVČ a jiní pracovníci bez větší vazby na konkrétní zaměstnavatele mají tendenci využívat retailových fondů s tím, že mají také tendenci řídit se radami prodejců těchto fondů. Takže jen naprostá menšina lidí přistupuje k volbě fondu aktivně, což logicky vede ke slabé konkurenci na trhu systému

Superannuation. Pro většinu lidí je racionálním chováním nezajímat se o systém Super. (AIST, 2014)

V roce 2018 probíhá pravidelná revize penzijního systému Superannuation. Návrh zprávy, předložený k veřejné diskuzi, je velmi kritický: konkurence, governance a regulace nejsou adekvátní, v systému je mj. 10 mil. zbytečných účtů klientů, poplatky jsou vysoké, pojištění je nedostatečné apod. Zásadní reforma se však nenavrhuje. (Chester a kol., 2018) Podle Bloombergu je systém Superannuation smolnou (*unlucky*) loterií. (Whitley, 2018)

Melbourne Mercer Global Pension Index vyhodnotil v roce 2017 australský penzijní systém již opakovaně jako třetí nejlepší na světě (ze vzorku 30 zemí), po Dánsku a Nizozemsku. V posledních pěti letech k vysokému hodnocení přispělo uzákonění zvyšování sazby příspěvku (zaměstnavatele) až na 12%. Hodnota indexu by se mohla dále zvýšit: zavedením částečné povinnosti konverze penzijních úspor na důchod (anuitu), zvýšením zaměstnanosti starších osob, zavedením mechanismu růstu důchodového věku podle zvyšování střední očekávané délky života a zvýšením důchodového věku u systému Super (aby rozdíl oproti věkové penzi nebyl větší než pět let). (Mercer, 2017) S většinou těchto zlepšovacích návrhů lze souhlasit. Míra anuitizace penzijních úspor je v Austrálii na úrovni asi 10%. Celkové hodnocení australského systému je zde zřetelně vylepšeno preferováním soukromých penzí (a jejich aktiv) v hodnocení příslušných zemí.

Zásadní reformy zaměstnaneckých penzí v Austrálii podstatně změnily celkové pojetí tamního penzijního systému; převažuje neoliberalní penzijní model, v podstatě podle vzoru Světové banky z roku 1994 (důsledně povinné soukromé důchodové spoření). Trvá snaha o konkurenční systém s tím, že jeho dosavadní zásadní problémy mají být potlačeny rostoucí státní regulací. Zaměstnanecké penze se z penzijního pilíře systému Superannuation v zásadě vytratily.

Kvazi povinné zaměstnanecké pojištění

Výrazný penzijní systém má Nizozemsko. Dvěma zásadními penzijními pilíři jsou rovný státní důchod (AOW) a robustní zaměstnanecké penze, pokrývající asi 95 % zaměstnanců a založené především na kolektivních smlouvách vyššího typu. Okrajový význam mají osobní penze, vyjma osoby

samostatně výdělečně činné (sólo), kde je pojištěnost asi 75 %. (EU, 2018)

Rovný státní důchod v plné výši náleží za podmínky 40 let pobytu před dovršením důchodového věku, který v roce 2018 činí 66 let. Výše státního důchodu se odvozuje od minimální mzdy: jednotlivci dostávají 70 %, dvojice dohromady 100 % čisté minimální mzdy. V případě jednotlivce představuje státní důchod zhruba 30 % průměrné celostátní mzdy, což je považováno za rozumné maximum. (Mercer, 2017) První pilíř je průběžně financován příspěvky z příjmů (asi ze 70 %) a z obecných daní. Předčasný odchod do důchodu není možný.

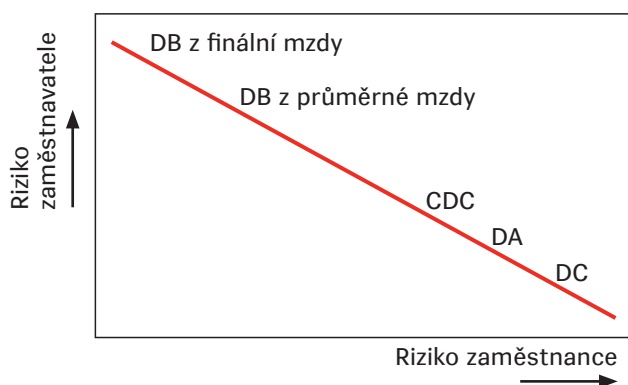
Nizozemský systém zaměstnaneckých penzí je považován za kvazi povinný, protože všeobecně platná zákonná povinnost zaměstnavatele nabízet penzi zaměstnancům neexistuje. Nicméně asi 70 % zaměstnanců se povinně účastní v odvětvových penzijních fondech (v roce 2013 jich bylo 63). Sem patří i největší penzijní fond – pro veřejný sektor. Vedle toho existují odvětvové penzijní fondy s nepovinnou účastí (11), podnikové penzijní fondy (296) a penzijní instituce pojišťoven (10). (DAEMS, 2014)

Důchodový věk v pilíři zaměstnaneckých penzí v roce 2018 činí 68 let. Jednotlivé penzijní fondy používají vždy jeden penzijní produkt; jejich součástí je vždy anuita (doživotní starobní penze); anuitizace je tak povinná. Zcela převažují dávkově definované penzijní plány, mezi nimi pak důchody vypočítávané z celoživotního průměrného výdělku – v těchto schématech se rok pojištění hodnotí v průměru 1,875 % (2018). Pokud zaměstnanec změní penzijní fond při změně zaměstnavatele, jeho důchodové nároky se převádějí. Za dostatečnou výši pojistných rezerv odpovídají jednotlivé fondy, resp. jejich smluvní partneři: podle zvoleného typu produktu se riziko přenáší na zaměstnavatele a na zaměstnance a důchodce – při „podfondování“ musí penzijní fond předložit nápravný plán státnímu regulátorovi, kterým je centrální banka.

Nizozemský model zaměstnaneckých penzí vzbuzoval a vzbuzuje zájem teoretiků i politiků v řadě jiných zemí. Také proto, že od počátku tohoto století dochází k modifikaci tamního dávkově definovaného systému těchto penzí; tyto proměny byly akcelarovány po poklesu investičních výnosů v celém světě. Jeho důsledkem byl a je tlak na zvyšování sazeb příspěvků na zaměstnanecké penze, který už se stal pro podnikovou sféru neúnosný. Hlavní modifikací

DB systému bylo zastropování stávajících sazeb příspěvků (v roce 2012 odpovídala průměrná sazba příspěvků asi 17,5 % ze mzdy, z toho 11,3 % ze mzdy platil zaměstnavatel) a návazný dílčí přesun investičního rizika (a rizika dlouhověkosti) na zaměstnance a důchodce. Zejména v roce 2013 se dokonce realizovalo snižování nominálních vyplácených důchodů. Tímto způsobem došlo – podle názoru řady autorů – vlastně k vytvoření kombinovaného DB + DC systému, resp. ke vzniku „samostatného“ (*stand-alone*) kolektivního penzijního systému. (Bovenberg a Nijman, 2009) Těchto kombinovaných produktů, resp. systémů může být celá řada – podle toho, zda je produkt bližší DB, či DC, popř. někde „uprostřed“ mezi nimi. Dvě varianty těchto kombinovaných produktů obsahuje graf 2: jeden produkt je označen jako „CDC“ (kolektivní DC), druhý jako „DA“ (*defined ambition* – s definovanou ambicí). Dávkově definovaný produkt se zde nachází ve dvou verzích: historicky první produkt odvozuje důchod z finálního výdělku, novější DB produkt vypočítává penzi z průměrného celoživotního (valorizovaného) výdělku. Průměrná sazba příspěvků na zaměstnanecké penze v roce 2017 dosáhla 19,04 % z hrubé mzdy, z toho zaměstnanec platil 5,98 % a zaměstnavatel 13,6 %.

Graf 2: Rizikový profil penzijních produktů (systémů)



Zdroj: Schouten a Robinson, 2012

Zaměstnanecké penze jsou také díky investičním výnosům (při velmi nízkých správních poplatcích) poměrně vysoké. Celkový teoretický náhradový poměr (plná penze), kalkulující se 40 lety pojištění do dosažení zákonného důchodového věku, byl pro rok 2016 vypočten souhrnně za státní důchod a za zaměstnaneckou penzi dohromady na 89,9 % brutto a 101,8 % netto – pro zaměstnance mající průměrnou celostátní mzdu po celou svou pracovní kariéru. (EU, 2018)

Nizozemsko má největší podíl penzijních aktiv na HDP (194 %), následuje Austrálie (138 %), Švýcarsko (133 %), USA (131%) a Velká Británie (121 %). (TAI, 2018)

Kvazi povinné zaměstnanecké pojištění se ve Švédsku vztahuje na cca 90 % zaměstnanců, naprostá většina z nich je přitom účastníky jednoho ze čtyř systémů na bázi kolektivních smluv celostátního typu: dělníci v soukromém sektoru (SAF-LO), úředníci v soukromém sektoru (ITP), státní zaměstnanci a zaměstnanci municipalit. Pojistné v těchto čtyřech systémech (placené výhradně zaměstnavatelem) činí 4,5 % ze mzdy do výdělkového stropu univerzálního sociálního pojištění, a nadto 30 % ze mzdy. Zaměstnanecké penze vlastní výdělkový strop nemají. Zaměstnanecké penze se řídí pravidelně revidovanými dohodami odborových a zaměstnavatelských centrál.

Švédský penzijní systém je podstatně komplikovanější než nizozemský systém: Ve Švédsku jsou celkem tři subsystémy důchodů závislé na výdělku: příjmová penze, prémiová penze a zaměstnanecká penze – ve srovnání s jedním, zaměstnaneckým nizozemským systémem. V obou zemích jsou však zaměstnanecké penze vykazovány jako 2. penzijní pilíř. Podle propočtu EU (2018) byl celkový teoretický náhradový poměr (při stejné metodice jako ve Finsku a Nizozemsku; viz výše) za uvedené penzijní subsystémy ve Švédsku 58,2% brutto a 54,9% netto. Je však možné, že mechanicky uplatněná metodika EU nedostatečně zohledňuje základní důchodový věk ve švédské příjmové penzi – který činí 61 let; je to vlastně dolní hranice skutečného důchodového věku (předčasný odchod do důchodu není možný) a švédové odcházejí do penze ve věku zhruba 65 let. Nizozemské problémy s udržitelností zaměstnaneckých penzí (viz výše) se ve Švédsku v uplynulých letech promítaly do příjmové penze (včetně poklesu již vyplácených důchodů) a do výnosů ještě „nedospělé“ prémiové penze. Přínos samotných zaměstnaneckých penzí k celkovému švédskému náhradovému poměru je přes 10 p. b. Zaměstnanecké penze jsou vypláceny asi 50 % důchodců.

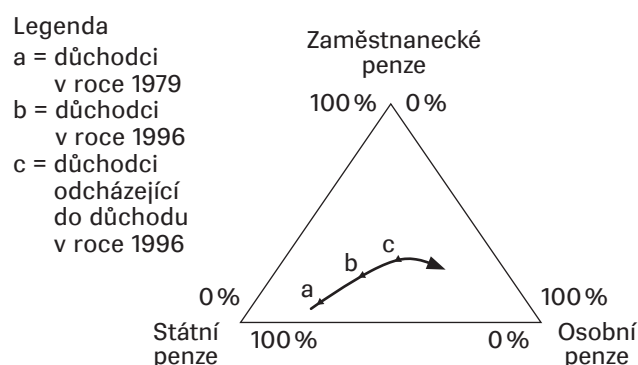
Jemně povinné zaměstnanecké pojištění

První pilíř britského penzijního systému se „velkým obloukem“ v podstatě vrátil k Beveridgeovu rovnému důchodu (viz výše); od dubna 2018 činí plný státní důchod 164,35 GBP týdně, což představuje 24,2 % průměrného celostátního

výdělku. Prostor pro podstatný 2. penzijní pilíř je tedy velký a jeho vyplnění je pochopitelně i velké politikum.

Neoliberální britská politika v podání premiérky Thatcherové zaměstnaneckým penzím nepřála. Od roku 1988 byl umožněn opt-out ze zaměstnanecké penze do systému osobních penzí a od roku 1989 byli zaměstnanci motivováni dodatečným snížením sazby příspěvků na národní pojištění o 2 p. b. pro nově přestupující ze SERPS do osobních penzí nebo do zaměstnaneckého příspěvkově definovaného systému. Opt-outu ze zaměstnaneckých penzí do osobních penzí využilo asi 75 % příslušných zaměstnanců. Pro mnoho zaměstnanců nebyl tento druhý opt-out výhodný, přesto byli prodejci úspěšní – v missellingu osobních penzí. Byl z toho velký skandál, který skončil zákazem provizí v celém životním pojištění, jenž platí dodnes; klienti ovšem mohou využít nezávislých poradců, za honorář. Následovalo období, kdy vlády měly snahu zkvalitňovat osobní penze především formou snižování marží, resp. zvyšování investičních výnosů pro klienty. Graf 3 ilustruje proměny relativní úlohy 1. (state), 2. (occupational) a 3. (personal) penzijního pilíře v poslední čtvrtině 20. století. Každý z těchto vrcholů trojúhelníku má příslušnou relativní stupnici významnosti (podílu na celkových penzijních příjmech důchodců) od 0 % do 100 %. Penzisté v roce 1979 a) tedy měli podstatně vyšší příjmy ze státního pilíře než ze zaměstnaneckých penzí, do roku 1996 b) se relace významně změnila ve prospěch zaměstnaneckých penzí a noví penzisté v roce 1996 c) se již nacházeli téměř ve středu trojúhelníku a relace všech tří penzijních pilířů by tak měly u nich být téměř vyrovnané – s tím, že v dalším období se těžiště výrazně nachýlí ve prospěch osobních penzí.

Graf 3: Změny ve složení penzijních příjmů důchodců ve Velké Británii



Zdroj: Mayhew, 2001

V roce 2002 byla vytvořena nezávislá tříčlenná Turnerova důchodová komise. Výsledkem její práce jsou dvě zprávy: první zpráva se zaměřila na podrobné zhodnocení stávajícího britského penzijního systému, druhá zpráva pak na návrh důchodové reformy. Velká pozornost byla věnována behaviorální ekonomii – vzorcům chování klientů (inerce, odkládání rozhodnutí na zítra, iracionalita). Jedním z doporučení bylo vytvořit nový státní systém penzijního spoření (*National Pensions Savings System*, NPSS) nabízející několik investičních opcí a využívající současně auto-enrolmentu (automatické zahrnutí zaměstnance do systému) a opt-outu (možnost vystoupení zaměstnance ze systému). Komise doporučila sazbu příspěvku do NPSS asi 8 %, z toho zaměstnanci měli platit 4 % z příjmů po zdanění, stát k tomu měl přidat 1 % a zaměstnavatel 3 % (*matching contributions*). Výsledkem měla být penze závislá na výdělku, která by u mediánového zaměstnance představovala asi 15 % jeho výdělků, navíc k rovnému státnímu důchodu na úrovni 30 % týchž výdělků. Auto-enrolment se neměl týkat zaměstnanců s nižšími příjmy, protože jim v zásadě stačí státní důchod. Mohli však do systému vstoupit dobrovolně, v omezené míře měla být možnost přispívat i nad výdělkový strop. NPSS měl být zárukou nízké režie systému (úplata do 0,3 % z aktiv ročně). Jako případné náhradní řešení za NPSS Turnerova komise doporučila zaměstnanecké penze.

Systém zaměstnaneckých penzí ve Velké Británii byl a je podstatně odlišný od nizozemského systému. V roce 1997 bylo ve Velké Británii do tohoto penzijního pilíře zapojeno přes 55 % zaměstnanců, v roce 2013 méně než 50 %. Koncem minulého století zcela převažovaly dávkově definované systémy (46 % zaměstnanců v roce 1997); dnes sice také převažují DB systémy (necelých 30 % v roce 2013), zaměstnanecké DC systémy se ale příliš nerozvinuly (v obou uvedených letech účast v rozmezí 8–9 % zaměstnanců) a výrazný nárůst – díky Thacherovské neoliberální politice – měly skupinové osobní penze (opt-out do osobních penzí): z necelého 1 % v roce 1997 se jejich relativní početní význam zvýšil na 12 % v roce 2013. Sazby příspěvků v systémech DB a DC přitom byly a jsou diametrálně odlišné: V DB systémech byl dříve průměrný příspěvek 14 % ze mzdy (z toho zaměstnanec platil 4 %), v roce 2013 již 20 % (zaměstnanec 5 % ze mzdy). Naproti tomu v DC systémech byl dříve průměrný příspěvek 7 % (z toho zaměstnanec necelá 3 %), v roce 2013 pak necelých 10 % (z toho zaměstnanec 3 %) ze mzdy. (Thurley a McInnes, 2014) Od roku 2016 skončil systém opt-outu do osobních penzí, což se

mimochodem projevilo ve výrazném nárůstu objemu příspěvků na národní pojištění.

V podmínkách využívání mnoha penzijních produktů byl přínosem britský zákon o penzijních schématech (2015) – zaměřuje se totiž na klasifikaci schémat, zavádí termíny „DB“, „DC“ a „sdílená rizika“ (*shared risk pensions*), což je legislativní termín pro „definované ambice“ (DA), resp. kombinaci DB a DC; významným odborným podkladem zde byly nizozemské kvazi povinné zaměstnanecké penze. V rámci diskuze o systému „definovaných ambicí“ (DA) bylo ve Velké Británii uváděno několik variant DA; podle tamního ministerstva práce a penzí v úvahu přicházely:

- flexibilní DB produkty – zde se navrhovalo zrušit povinnou indexaci penzí podle růstu cen a ukončit poskytování pozůstalostních dávek;
- garantované DC produkty – čtyři modely:
 - garance vrácení peněz (příspěvků),
 - garance kapitálu a investičních výnosů dosažených zhruba v polovině pracovní kariéry (aktivity),
 - pojištění příjmů v důchodu (*retirement income insurance*) – po dosažení věku 50 let se každoročně platí pojistné na garanční pojištění,
 - dílčí odložené anuity – část příspěvků se každoročně používá k nákupu anuity;
- kolektivní DC produkty – velký penzijní pool s jinými zaměstnavateli, s předpokládanými pravidelnými výplatami po dosažení důchodového věku.

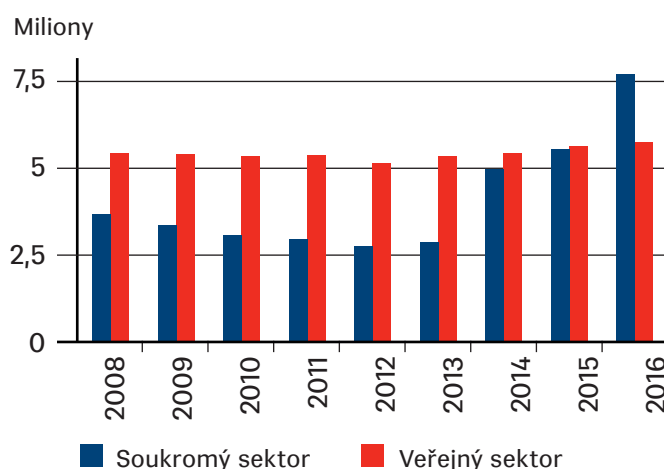
Z vývoje zaměstnaneckých penzí např. v Nizozemsku a ve Velké Británii vyplývá, že volba produktu/systému v tomto penzijním pilíři má zásadní význam. Přejít z DB na DC znamená nejen oproštění zaměstnavatelů od úplné finanční odpovědnosti za „své“ systémy, ale i zásadní tendenci k redukci penzijního systému na systém spoření, resp. investování. Kromě toho celá řada komparací ukázala, že DC systémy, spravované soukromým sektorem, jsou podstatně nákladnější a méně výnosné pro klienty – za jinak stejných, srovnatelných podmínek. Bovenberg a Nijman (2009), také s odvoláním na řadu jiných autorů, uvádějí, že náklady individuálních příspěvkově definovaných systémů jsou o 50–100 p. b. vyšší než náklady zaměstnaneckých penzijních fondů. Pitt-Watson (2013) dokládá, že za uplynulých 57 let by

kolektivní penze ve Velké Británii dosáhly o 33 % lepších výsledků než individuální penze, přičemž by kolektivní penze byly také více předvídatelné. Tento závěr reprodukuje i výzkumná práce britské dolní komory parlamentu. (Thurley a McInnes, 2014)

Ve Velké Británii se rozhodli pro řadu zásadních reformních změn podle doporučení Turnerovy důchodové komise, v zájmu zvýšení transparentnosti, snížení administrativních a dalších nákladů apod. Zaměstnanecké penze byly začleněny do systému označovaného jako „penze spojené s pracovním místem“ (*workplace pensions*). Toto široce používané slangové označení zahrnuje nejen zaměstnanecké penze podle zákona o penzijních schématech, ale i kolektivní osobní penze (*personal pensions, stakeholder pensions*), pokud se je zaměstnavatel rozhodne poskytovat jako své „kvalifikované penzijní schéma“ místo zaměstnanecké penze. (Zaměstnavatel zde vybírá poskytovatele, následně s ním zaměstnanec uzavře smlouvu.) Zaměstnavatel poskytuje svým zaměstnancům základní servis (bez zprostředkovatelů). Nedílnou součástí tohoto systému je auto-enrolment všech zaměstnanců (splňujících daná kritéria, především věk a výdělek) do systému s tím, že kdykoliv mohou vystoupit (opt-out). Po třech letech se auto-enrolment opakuje, příp. se využívá i přednastaveného fondu. Produkty mají být jednoduché. Přechod na systém penzí spojených s pracovním místem byl dokončen v roce 2016. Plné sazby povinných příspěvků na penze spojené s pracovním místem ($4 + 1 + 3 = 8\%$ z výdělku), navržené Turnerovou důchodovou komisí, budou zavedeny od 8. dubna 2019, kdy začíná nový fiskální rok. Příspěvek zaměstnavatele i zaměstnance může být vyšší; zaměstnavatel může vedle toho (částečně i plně) hradit příspěvek za zaměstnance.

Britská vláda se nepřiklonila k doporučení Turnerovy komise ohledně NPSS či náhradního řešení ve formě zaměstnaneckých penzí a zvolila jakési kompromisní řešení spočívající v založení nízkonákladové státní penzijní společnosti National Employment Savings Trust (NEST), která fakticky konkuruje soukromým společnostem i zaměstnavatelským fondům – v penzijním spoření; NEST penze neposkytuje. Správa penzijních fondů NEST je outsourcována formou výběrových řízení. Penze spojené s pracovním místem jsou řešením problémů v oblasti správy zaměstnaneckých a zčásti i osobních penzí na bázi jemné povinnosti (*soft compulsion*). Počátkem roku 2017 měl NEST 4,5 mil. klientů, přitom celkový počet aktivních účastníků zaměstnaneckých

Graf 4: Počty aktivních účastníků zaměstnaneckých penzijních schémat v členění na soukromý a veřejný sektor ve Velké Británii v letech 2008–2016



Zdroj: ONS, 2017

penzijních schémat byl v roce 2016 13,4 mil. (viz graf 4, na němž vidíme nárůst počtu účastníků v soukromém sektoru v důsledku zavedení jemně povinného systému zaměstnaneckých penzí). Vedle toho tato schémata v roce 2016 vyplácela 10,4 mil. penzí a vedle dalších 15,4 mil. účastníků s důchodovými nároky, což jsou především zaměstnanci, kteří změnili zaměstnavatele a své důchodové nároky si přitom nepřevodili.

Anuitní trhy jsou výrazně ovlivněny rizikem dlouhověkosti a také inercí klientů. Zlehčováním rysem dnešního anuitního trhu je existence jasné „přednastavené“ opce zejména pro smluvní účastníky DC systémů, která využívá inerce účastníků způsobem podobným auto-enrolmentu, ale s potenciálně škodlivými důsledky. Asi šest poskytovatelů dominuje jak v těchto systémech, tak i na anuitních trzích. Jejich schopnost přidržit si zákazníky z DC systémů je značná. Jeden velký poskytovatel [...] si udržel 86 %, což je shodou okolností stejné procento účastníků využívajících přednastavený akumulací fond. (Harrison, 2012) Tentýž problém konstatuje a kvantifikuje kniha vydaná britským parlamentem takto: *Odvětví poškozuje penze účastníků, když tito přeměňují své penzijní fondy na anuity. Nákup anuity od jiného poskytovatele než od správce svého dosavadního fondu by mohl zvýšit jejich penzijní příjem o 20–40 %. Mnoho lidí netuší, že mají možnost poohlédnout se po anuitě na trhu.* (Parlament, 2013)

S novým fiskálním rokem 2015 byla ve Velké Británii zrušena povinnost anuitizace podstatné části naspořených prostředků v příspěvkově definovaných penzijních systémech, pod heslem „Svoboda a volba v penzích“. Oficiálním vysvětlením původně bylo, že v nových podmínkách (důchodová reforma, zavedení jemně povinných penzí spojených s pracovním místem) anuity už nejsou „tím správným produktem pro každého“. Druhým zásadním důvodem bylo, že anuitní trh v současné době nepracuje v nejlepších zájmech všech spotřebitelů. Není ani konkurenční, ani inovativní a někteří spotřebitelé přijdou zkrátka. (Osborne, 2014a) Po konzultacích s veřejností bylo vysvětlení modifikováno: *Anuity zůstanou správným produktem pro některé, ale věřím, že lidé by měli mít svobodu udělat svou vlastní volbu, jak použít své úspory. Byl jsem povzbuzen způsobem, jakým penzijní a investiční sektor vytváří inovativní, nové produkty s designem podle potřeb a preferencí spotřebitelů, které budou lépe vyhovovat měnící se povaze důchodového období.* (Osborne, 2014b) Prodej anuit v roce 2015 poklesl o téměř 75 % oproti roku 2012, kdy byly prodeje nejvyšší. Naproti tomu se zvýšil prodej penzí na dobu určenou (*drawdown*). (Canon a kol., 2016)

Reakce na zrušení povinné anuitizace byla převážně pozitivní. Specialisté z londýnského Pensions Policy Institute byli ale zděšeni již při publikaci návrhu: *Důchodové komisi trvalo dva roky detailní práce, než vytvořila politický konsenzus pro auto-enrolment, a pak následovalo sedm let přípravy, než byl auto-enrolment zaveden. Ukončení soukromých anuit ve Velké Británii bylo realizováno přes noc, bez jakékoliv konzultace nebo nějakého zřetelného zjištění skutečnosti či potenciálních důsledků. Mohlo se ukázat, že je to zcela lehkovážná změna politiky. Jak se tomu lze vyhnout? Podstatné je, aby dekulmační fáze DC systému byla institucionalizována stejným způsobem jako auto-enrolment institucionalizoval akumulční fázi a vyndal ji ze světa vysokých poplatků v maloobchodních akumulčních produktech, jako jsou osobní penze. Podobným způsobem musí být úspory z rozsahu a efektivnější sdílení rizika využity v dekulmační fázi, aby bylo možné zkoncepovat hodnotné výplatní produkty. Nutně se potřebujeme vzdálit od retailových dekulmačních produktů, jako je individuální čerpání z účtu a retailová anuita. Odpovídající dekulmační produkt [...] může být integrován do auto-enrolmentu.* (Blake, 2014)

Zkušenosti s dekulmačním produktem, jaký v obecné podobě navrhli Harrison a Blake, ve světě nejsou. Kdyby takové řešení bylo poměrně jednoduché, jistě by ho tito experti rovnou „napsali“. Velká Británie má největší anuitní trh v Evropě; na oznámení záměru zrušit povinnou anuitizaci v nových penzích spojených s pracovním místem zareagoval trh poklesem sazeb anuit. Ve světě známým řešením problému je zřízení státní důchodové pojišťovny – jako to funguje ve Švédsku; to by na Velkou Británii ale asi bylo „silné kafe“. Experti se ale mohli pokusit navrhnout využít státní penzijní společnost NEST, mohli i argumentovat dřívějším systémem SERPS. Britská vláda však využila momentu překvapení a přišla s „liberálním“ návrhem zrušit povinnost anuitizace a zjednodušit zdanění penzí. Lze předpokládat, že postupně dojde k podstatné redukci trhu anuit ve Velké Británii – třeba až na desetinu, což by odpovídalo situaci v Austrálii. Anuitní trhy jsou výrazně závislé na státní regulaci a podpoře. V čistě liberálních podmínkách je jejich význam velmi malý.

Britský systém jemně povinných zaměstnaneckých a osobních penzí, známý pod názvem „workplace pensions“, se podstatně zúžil – na pouhé (penzijní) spoření. Minimální „důchodový věk“ v britském systému „penzí“ spojených s pracovním místem je zpravidla 55 let. Důchodová reforma několikanásobně zvýšila počet účastníků v příspěvkově definovaných systémech soukromého sektoru – na 6,4 mil. (DB: 1,3 mil.). Zvýšil se také rozdíl mezi sazbami příspěvků do těchto systémů – ve prospěch DB systémů. V roce 2016 činila průměrná celková sazba příspěvků v těchto DB systémech 22,7 % ze mzdy (z toho zaměstnavatel platil 16,9 %), kdežto v těchto DC systémech byla celková sazba příspěvku 4,2 % (z toho zaměstnavatel 3,2 %) – tyto sazby se ovšem do příštího fiskálního roku musí zvýšit aspoň na nová minima. (ONS, 2017)

Celkový teoretický náhradový poměr kalkulující se 40 lety pojištění do dosažení zákonného důchodového věku byl pro rok 2016 vypočten souhrnně za státní důchod a za zaměstnaneckou penzi na 70 % brutto a 85 % netto – pro zaměstnance-muže mající průměrnou celostátní mzdu po celou svou pracovní kariéru. Současně ovšem z výběrového šetření vyplynulo, že 31 % dospělých Britů nemá žádné zabezpečení formou zaměstnaneckých či osobních penzí a budou tak ve stáří odkázáni na státní důchod a testované příplatky k němu. (EU, 2018) To je ale již jiný problém.

Polsko chystá další penzijní revoluci, tentokrát podle vzoru britských penzí spojených s pracovním místem. Reformu inicioval nynější polský premiér Morawiecki, když byl na pozici místopředsedy vlády a ministra rozvoje. Výchozí, resp. stávající situace v celkovém pojetí polského důchodového systému je přitom zcela odlišná: 1. pilíř obsahuje hned dva systémy NDC. Hlavní systém NDC pochází z roku 1999 a byl zaveden coby moderní systém sociálního pojištění. Druhý systém NDC pak vznikl na troskách povinného systému osobního penzijního spoření, jehož cílem bylo v duchu neoliberalismu diverzifikovat základní penzijní pilíř. Do 1. pilíře patří též v podstatě dodatečně zavedený minimální důchod. Systémy NDC přitom nezahrnují všechna odvětví národního hospodářství: v tomto směru vyčnívá zejména zvláštní systém sociálního zabezpečení rolníků, který je z více než 90 % dotován státem (a představuje tak dotaci zemědělství v rozsahu, jenž má mezinárodní rozměr, včetně podpory agrárního exportu do Česka). Samostatné důchodové zabezpečení má armáda, policie apod., jakož i justice. Dobrovolný systém zaměstnaneckých penzí (*pracownicze programy emerytalne*, PPE) zahrnuje 1,6 % zaměstnanců. Individuální systémy penzijních účtů (IKE, IKZE) pokrývají 10,1 % zaměstnanců. Tato schémata mají v současném polském důchodovém zabezpečení zanedbatelnou roli. (EU, 2018)

Revoluční novinkou mají být zaměstnanecké kapitálové plány (*pracownicze plany kapitałowe*, PPK) od roku 2019 (menší podniky budou začleněny v etapách do 1. července 2020). Podle britského vzoru využijí PPK auto-enrolment s možným opt-outem kdykoliv; očekává se 8,5 mil. (z potenciálních 11 mil.) účastníků. Poskytovateli PPK měly být výhradně investiční fondy (TFI) – na poslední chvíli se k nim probíjaly i životní pojišťovny. Zaměstnanec má do PPK přispívat minimálně 2 %, maximálně 4 % ze mzdy (úhrada ze mzdy po zdanění). K tomu musí zaměstnavatel přispět od 1,5 % (ke 2 % od zaměstnance) do 4 % (ke 4 % od zaměstnance). Státní příspěvek k PPK je jednotný: 240 zlotých (PLN) ročně a k tomu ještě jednorázový bonus na uvítanou 250 PLN ročně do roku 2020. Úplata poskytovateli je limitována 0,6 % z aktiv ročně. Po dosažení věku 60 let bude mít účastník možnost vybrat 25 % úspor jednorázově; ostatní prostředky pak dostane ve 120 měsíčních splátkách. V průběhu spořicí fáze bude možno si z vlastního účtu vypůjčit peníze na koupi domu či bytu (a tuto půjčku pak splácet). Celý systém PPK bude organizovat státní rozvojový fond (*Polski Fundusz Rozwoju*, PFR). Konkrétního poskytovatele PPK vybírá zaměstnavatel; pokud

by ho nevybral, v záloze je TFI státního fondu rozvoje PFR. (Bolanowski, 2018) Zaměstnavatel nemusí zřizovat systém PPK, pokud má dosavadní dobrovolný systém zaměstnaneckých penzí PPE a přispívá do něho minimálně 3,5 % ze mzdy. Státní podpora PPE je podstatně nižší než v novém systému zaměstnaneckých kapitálových plánů PPK.

Dnešní polský celkový teoretický náhradový poměr, kalkulující se 40 roky pojištění do dosažení zákonného důchodového věku, byl EU (2018) pro rok 2016 vypočten na 63,8 % (ženy) a 75,4 % (muži) brutto a 73 %, resp. 85,9 % netto – ovšem s tím, že jde o náhradové poměry týkající se většiny dnešních penzistů, kteří mají důchod z předreformního systému. EU (2018) prognózuje, že tyto náhradové poměry se do roku 2056 sníží zhruba na polovinu. To by mohlo odpovídat stávajícím sazbám pojistného do obou systémů NDC, které celkově činí 19,52 % ze mzdy. OECD (2017) modeluje polský náhradový poměr ze stávajícího systému na 31,6 % brutto a 38,6 % netto.

Nový Zéland má jako 1. penzijní pilíř relativně štedrý rovný důchod (NZ Superannuation) – pro jednotlivce na úrovni asi 42 %, pro dvojici 65 % průměrné hrubé celostátní mzdy. Pro střední třídu je to ale málo, a tak labouristická vláda od roku 2007 zavedla jemně povinný systém penzijního spoření KiwiSaver, v němž úkolem zaměstnavatele je auto-enrolment zaměstnanců a párování příspěvků zaměstnance do tohoto systému. Zaměstnanci mohou využít opt-outu v poměrně krátkém časovém intervalu: po uplynutí dvou týdnů a nejpozději v osmém týdnu po auto-enrolmentu; mohou ale také využít „příspěvkových prázdnin“ po uplynutí 12 měsíců, a to v délce až pět let. Zaměstnavatelé hrají významně menší roli než v britském systému penzí spojených s pracovním místem: nevybírají poskytovatele a nemohou založit svůj penzijní fond. Asi polovina účastníků systému KiwiSaver byla získána poskytovateli. Každý účastník má osobní účet u jednoho z poskytovatelů; poskytovatele může kdykoliv změnit.

Sazby příspěvků na KiwiSaver prodělaly změny oběma směry. Aktuálně mohou účastníci spořit – ze své čisté mzdy – 3 %, 4 % nebo 8 % své hrubé mzdy (volba je na nich). Zaměstnavatelé k tomu musí přispívat nejméně 3 % z hrubé mzdy, přitom tento příspěvek se zdaňuje mezní daňovou sazbou dotyčného zaměstnance, takže zaměstnanci se ze 3 % reálně připíše na jeho účet u poskytovatele částka odpovídající 2,01–2,685 % z hrubé mzdy. Touto cestou se dosahuje stejného daňového režimu příspěvků za-

městnavatele a zaměstnance. Stát přispívá „slevou na dani účastníka“ (*member tax credit*) ve výši 50 % příspěvku účastníka; jedná se vlastně o státní příspěvek poskytovaný finanční správou. Do roku 2015 poskytoval stát též jednorázový startovací příspěvek 1000 NZD.

Odhaduje se, že 20–30 % zaměstnavatelů si vyjednalo celkovou remunerci (*total remuneration package*, TRP); remunerační je hrubá mzda včetně všech příspěvků, přídatků a jiných firemních benefitů čili vlastně náklady práce, s tím, že pokud zaměstnavatel přispívá do KiwiSaveru, výdělek se snižuje o náklady zaměstnavatele na tento příspěvek. Soud potvrdil, že je to v pořádku, jen výsledná mzda nesmí být nižší než platná minimální mzda. Tento (TRP) přístup snižuje atraktivnost produktu KiwiSaver; na druhé straně činí systém financování transparentním a zajišťuje, že nečlenové KiwiSaveru nejsou znevýhodněni. (Focusing, 2013)

Penzijní úspory ze systému KiwiSaver lze čerpat jednorázově ve věku 65 let, na nákup prvního domu či bytu, při vážné nemoci nebo při významných finančních potížích a také při emigraci (při emigraci do Austrálie lze prostředky převést na tamní účet povinného penzijního spoření). Anuity se na Novém Zélandu v zásadě neprodávají, resp. ani nenabízejí; pokud jde o anuitizaci úspor z KiwiSaveru, je ještě relativně dost času – spořicí systém existuje pouze 11 let.

Systém KiwiSaver je spravován soukromým sektorem; v roce 2013 měl 27 poskytovatelů s celkem 45 schématy. (St John a kol., 2014) Poskytovateli mohou být banky, životní pojišťovny a investiční společnosti. Sektor je výrazně koncentrován: trojice největších finančních skupin měla v březnu 2013 58,4 % klientů a 56 % aktiv, pětice pak 76,7 % klientů a 73,8 % aktiv. Poplatky a výdaje představovaly v průměru 1,24 % ze spravovaných aktiv klientů. Tyto údaje vycházejí ze 38 schémat. (Chaplin, 2013) Investiční výnosy publikuje jen 21 poskytovatelů produktu, kteří nabízejí více než 165 investičních opcí. Akademici k tomuto tématu publikují nikoliv analýzy trhu, ale úvahy o velké problematičnosti srovnávání údajů, např. s ohledem na velké rozdíly v investičních opcích a na placení poplatků z poplatků u produktů, které představují fondy z fondů. (St John a kol., 2014) KiwiSaver poskytuje též státní finanční instituce Kiwi Wealth, dceřiná společnost Kiwi Group Holdings, vlastněná New Zealand Post, Guardians of the New Zealand Superannuation Fund a Accident Compensation Corporation; má ale málo klientů.

Novozélandský KiwiSaver získal mezinárodní věhlas, především díky mimořádně úspěšné aplikaci behaviorální ekonomie, kdy pokrytí zaměstnanců a obyvatelstva rostlo daleko rychleji, než se očekávalo: vláda dokonce musela přikročit k redukci státního příspěvku. Systém má svou neoliberální logiku – jako podstatný doplněk poměrně velkorysé univerzální penze určený především pro střední třídu. Otázkou je již ale racionalita systému pro samotnou střední třídu: fiskální podpora systému Kiwisaver si obratem zaplatí formou zdanění (především příjmů). Vysoce problémové je i párování příspěvků zaměstnance příspěvky zaměstnavatele, v kombinaci s dobrovolností (jemnou povinností) celého systému. Podstatným faktorem by měly být hrubé a čisté investiční výnosy systému – k tomu však není dostatek údajů.

„Architektem“ KiwiSaveru byl (tehdejší) ministr financí Cullen. Pozoruhodné je, že Cullen – po velkém rozjezdu systému – koncem roku 2012 navrhl výraznou reformu. Měly by se zvyšovat sazby příspěvků na australskou úroveň. Polovina stavu osobního účtu klienta by při ukončení spoření měla být podle Cullena povinně přeměněna na anuitu a stát by měl tuto anuitu dorovnávat na stávající úroveň NZ Super – což by znamenalo transformaci univerzálního důchodu na testovanou penzi. KiwiSaver by podle Cullena měl být do budoucna povinný. (Fallow, 2012) Podobné názory mají i poskytovatelé produktu. Labouristé před volbami v roce 2014 uváděli, že nadešel čas udělat KiwiSaver povinným (*universal*), podobně jako systém Super v Austrálii; dokonce tuto reformu pojímali jako součást měnové politiky – měla by se tím snížit závislost Nového Zélandu na kapitálu ze zahraničí. (Parker, 2014) Sazba příspěvku by se podle tohoto programu měla postupně zvyšovat na celkových 9 % ze mzdy. Nová vláda (vytvořená National Party) takovou reformu odmítla, s převažující podporou odborné veřejnosti.

Standardní zaměstnanecké penze mají na Novém Zélandu okrajový význam; v době zavedení systému KiwiSaver pokrývaly asi 15 % zaměstnanců; podstatnou roli hrálo to, že nejen tyto penze (a všechny ostatní finanční produkty) neměly žádné daňové výhody; používal se liberální daňový režim TTE. Ten ostatně platí i dnes, ale jen ve vztahu k příspěvkům zaměstnavatelů do KiwiSaveru. Zásadní otázkou je, do jaké míry lze KiwiSaver vůbec považovat za zaměstnanecké penze, když role zaměstnavatele je v podstatě jen administrativní a do systému může vstoupit každý tuzemec, včetně OSVČ a nezaměstnaných. Zmíněné návrhy

na reformu KiwiSaveru lze považovat za racionalizační: systém založený na behaviorální ekonomii splnil svou úlohu nastartovat systém penzí závislých na výdělku a dílo je nyní třeba dokončit; výsledkem může být i systém univerzálního sociálního důchodového pojištění, třeba i fondový, pokud to bude výhodné.

Obdobně lze přistupovat i k novému polskému systému zaměstnaneckých kapitálových plánů. Ten je ještě problematičtější než KiwiSaver, protože v Polsku je rozvinutý (dvou)systém moderního univerzálního sociálního důchodového pojištění – a je tedy otázkou, proč se má zavádět další systém penzí závislých na výdělku. Reformu by spíše vyžadovaly vedlejší, odvětvové systémy důchodového zabezpečení – přičemž jednou z variant zde je využít systémů zaměstnaneckých penzí jako 2. pilíře k systémům univerzálního sociálního pojištění. Naproti tomu nové britské penze spojené s pracovním místem mají svou logiku, protože navazují na rozvinutý systém opravdových zaměstnaneckých penzí – a vnášejí do něho určité nové minimální standardy směřující mj. proti neoliberálním tendencím omezovat (příspěvky zaměstnavatelů na) zaměstnanecké penze a redukovat opravdové penze (anuity) na pouhé dlouhodobé spoření.

Dobrovolné zaměstnanecké penze

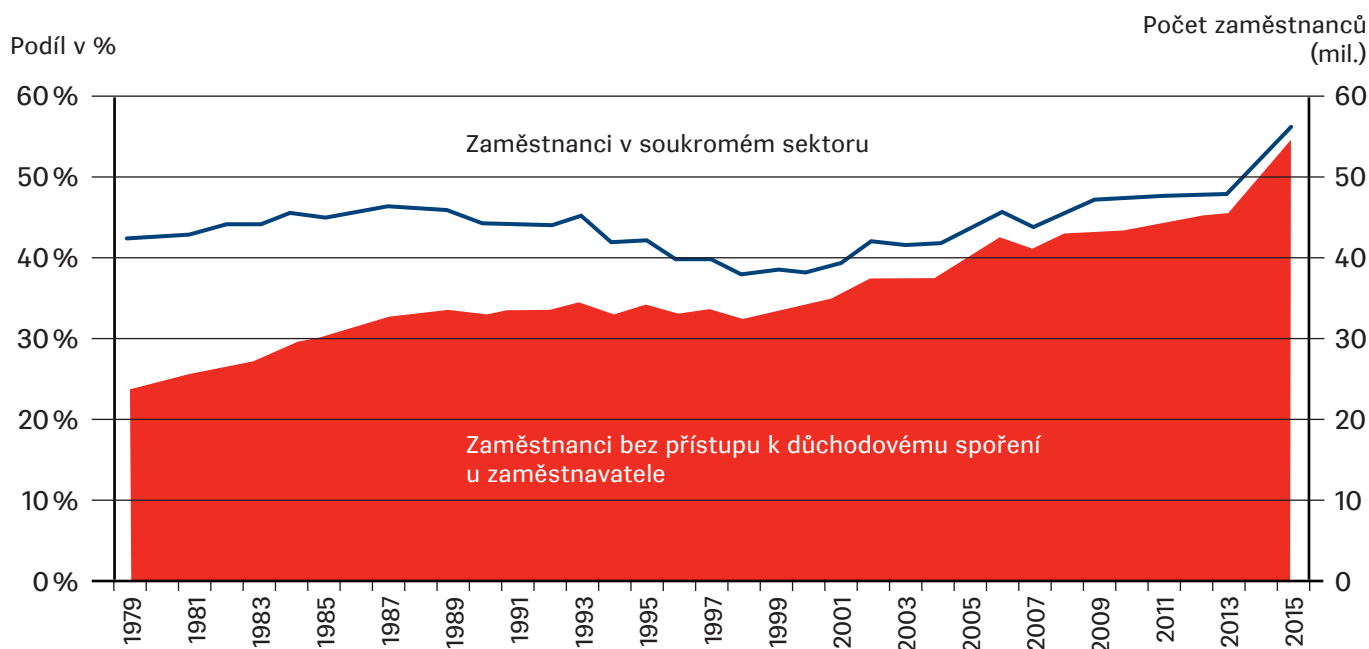
USA mají veřejný penzijní systém (OASDI) převážně Beveridgeova typu: při výpočtu státního důchodu z 35 nejvyšších (valorizovaných) průměrných ročních výdělků se takto vypočtený průměrný výdělek redukuje pomocí dvou redukčních hranic a tří redukčních koeficientů, obdobně jako u české procentní výměry starobního důchodu. Průměrný měsíční výdělek do první redukční hranice 895 USD měsíčně (2018) se redukuje na 90 %, výdělek nad tuto hranici a do druhé redukční hranice 5397 USD se redukuje na 32 % a výdělek nad tuto druhou hranici je redukován na 15 %. Výsledkem je přímo měsíční výše starobního důchodu při aktuálním základním důchodovém věku 66 let. Uvedené redukční hranice odpovídají zhruba 22 % a 133 % celostátního průměrného měsíčního výdělku. Tato velmi progresivní dávková formule vede k velmi znivelizovaným starobním důchodům. Podle vlastního výpočtu z uvedených parametrů vychází náhradový poměr u zaměstnance s průměrným celostátním výdělkem 42,2 % brutto a 53,7 % netto. Srovnatelný náhradový poměr je u nás 46,8 % brutto

a 61,7 % netto. Uvedené náhradové poměry v USA ponechávají významný prostor pro 2. či 3. penzijní pilíř závislý na výdělku.

Impulzem pro rozvoj zaměstnaneckých penzí bylo období druhé světové války, kdy USA zavedly regulaci mezd, nikoliv však již zaměstnaneckých benefitů. Rozvoj dobrovolných zaměstnaneckých penzí pokračoval i v poválečném období. V roce 1960 tyto penze mělo téměř 30 % zaměstnanců v soukromém sektoru a toto pokrytí se do roku 1975 dále podstatně zvýšilo. Zlomovou událostí byl bankrot výrobce automobilů Studebaker a jeho penzijního plánu v roce 1963, který vyvolal 10letý proces formování federálního dohledu nad zaměstnaneckými penzemi, jenž vyústil v přijetí zákona o zabezpečení penzijních příjmů zaměstnanců v roce 1974 (*Employee Retirement Income Security Act*, ERISA). Tento zákon ukládá společnostem v soukromém sektoru náležitě zajistit důchodové nároky zaměstnanců. Zákonem byl též zřízen záruční fond (*Pension Benefit Guaranty Corp.*); v roce 2010 tento záruční fond vyplácel dávky 1,3 mil. účastníkům z 4140 ukončených penzijních plánů. (Beyer, 2012) Po přijetí zákona ERISA pozvolna nastává období odchodu od dávkově definovaných plánů k příspěvkově definovaným penzijním plánům. DC plány znamenají oddělení spořicí a výplatní fáze, což podstatně snižuje riziko zaměstnavatele – investiční riziko se přesouvá na zaměstnance. (DC plány byly uvedeny na trh koncem 70. let a nebyly zamýšleny jako konkurence pro DB produkty – měly je pouze doplňovat.) Zákon o daních z roku 1978 podpořil tyto restrukturalizační tendence tím, že vytvořil dodnes nejúspěšnější DC produkt označovaný podle příslušného paragrafu zákona jako „401(k) plán“, s daňovým režimem (federální) odložené daně z příjmů (EET), s extrémně vysokými limity a s možností touto formou spořit v rámci zaměstnaneckého penzijního fondu, bez podmínky přispívání zaměstnavatele. (Owens a Barbash, 2014)

V roce 1981 podpořil americký parlament rozvoj osobních penzijních účtů (u banky nebo jiné finanční instituce), známých pod zkratkou „IRA“ (*Individual Retirement Account*) – i za stavu, kdy zaměstnanec je již skutečným či potenciálním účastníkem zaměstnaneckého systému. Senátor Roth se zasloužil o zavedení daňového režimu TEE (příspěvky ze zdaněných příjmů, výnosy a výplaty se nezdaňují) u produktů IRA od roku 1998; od roku 2006 byl zaveden produkt Roth 401(k). Tímto způsobem vznikla celá řada americkým státem (federací) podporovaných produktů (zde uvádíme

Graf 5: Nárůst podílu a počtu zaměstnanců soukromého sektoru bez možnosti účasti v zaměstnaneckém penzijním schématu v USA v letech 1979–2015



Zdroj: Rhee, 2017

jen ty nejznámější z nich). Vymýšlením nových produktů chtěli zákonodárci USA napomoci rozvoji soukromého penzijního spoření. „Rothův“ daňový režim měl např. podpořit vyšší příjmové skupiny v podmínkách progresivní daně z příjmů – daňový režim EET se totiž jeví jako výhodný pro ty, kterým ve vyšším věku poklesnou příjmy a tím i sazba daně z příjmů. Daňová podpora penzijních produktů však nemusí být dostatečně efektivní mj. za situace, kdy asi 45 % Američanů platí nulovou nebo zápornou federální daň z příjmů. (Výrazné využívání daňových výdajů na úkor přímých rozpočtových výdajů je typické pro americkou fiskální politiku.)

V praxi USA se často využívá auto-enrolment zaměstnanců do zaměstnaneckých penzí, resp. penzí spojených s pracovním místem. Z existence auto-enrolmentu však nevyplývá, že zaměstnavatel do „svého“ plánu přispívá. Uvádí se, že zapojení zaměstnanců do těchto penzí (i bez příspěvku zaměstnavatele) je daleko snazší než placení příspěvků na osobní účet zaměstnance (např. IRA). Přispívá k tomu i stanovení příspěvku zaměstnance do zaměstnaneckého plánu procentem ze mzdy a případné využívání metody automatické eskalace, kdy se sazby příspěvků zaměstnanců automaticky zvyšují či zvýší. Nicméně i při tomto využívání behaviorální ekonomie klesá možnost využívání (nabídka) zaměstnaneckých plánů v soukromém sektoru. V roce 1998 nemělo 38 % zaměstnanců v soukromém sektoru přístup k penzijnímu plánu spojenému s pracovním místem; v roce 2015 to bylo již 56 % (viz graf 5). Ve sledovaném období došlo k absolutnímu růstu počtu zaměstnanců, proto vedle červené křivky (s údaji v procentech na levé ose) je na grafu modře vyznačen i počet zaměstnanců – který se jen v období let 2012–2015 zvýšil ze 45 na 55 mil. Ve veřejném sektoru je pokrytí zaměstnaneckými penzemi nesrovnatelně vyšší – přes 80 %.

Penzijní systém nově přijímaných federálních zaměstnanců USA má tuto architekturu:

- veřejný penzijní systém USA (OASDI);
- penzijní systém federálních zaměstnanců (FERS), který zahrnuje základní starobní důchod (*FERS basic retirement annuity*) a dočasný dodatečný důchod (*FERS supplement*);
- zaměstnanecké penze typu 401(k), nesoucí název „Thrift Savings Plan“ (TSP).

První a poslední uvedený penzijní pilíř jsou standardem USA; druhý uvedený pilíř, FERS (se dvěma složkami), lze považovat za „nadstandard“ federálních zaměstnanců. Základní starobní důchod FERS se vypočte podle vzorce obvyklého v sociálním důchodovém pojištění: za každý rok ve federální službě se poskytuje (v základní variantě) 1 % průměrného platu za tři nejlepší roky! Základní starobní důchod FERS je tak patrně nejvýdatnějším penzijním pilířem pro federální zaměstnance; jedná se o povinný systém zaměstnaneckých penzí. Základní důchodový věk je zde 62 let! Systém je financován ze státního rozpočtu.

Systém zaměstnaneckých penzí TSP, zavedený od roku 1987, je naproti tomu nízkonákladovým příspěvkově definovaným schématem typu 401(k), využívajícím auto-enrolmentu (3 % z platu), několika indexových fondů, přednastaveného (default) fondu, možností půjček z vlastních naspořených prostředků, možnosti volby mezi „tradičním“ a Rothovým daňovým režimem apod. Tabulka 1 ukazuje systém párování příspěvků zaměstnance ze strany zaměstnavatele: v levém sloupci je příspěvek zaměstnance (procenta z platu) a tomu odpovídající příspěvek zaměstnavatele se nachází ve třetím sloupci. Zaměstnavatel navíc přispívá všem ve výši 1 % z platu (druhý sloupec). Celkové příspěvky jsou uvedeny v posledním sloupci. Maximální

státní (zaměstnavatelský) příspěvek činí 5 % z platu; zaměstnanec může přispívat i více. Po dosažení „důchodového“ věku 59,5 roku je možno naspořené prostředky vybrat jednorázově, formou programového výběru nebo nákupem annuity (pro jednotlivce či dvojici s tím, že manžel/ka může trvat na výplatě formou annuity pro dvojici) u vysoutěžené soukromé životní pojišťovny (MetLife).

Tabulka 1: Sazby příspěvků zaměstnanců a zaměstnavatele v systému TSP

Příspěvek zaměstnance	Příspěvek zaměstnavatele		Celkový příspěvek
	Auto-matický příspěvek	Párovací příspěvek	
0 %	1 %	0 %	1 %
1 %	1 %	1 %	3 %
2 %	1 %	2 %	5 %
3 %	1 %	3 %	7 %
4 %	1 %	3,5 %	8,5 %
5 %	1 %	4 %	10 %
Více než 5 %	1 %	4 %	Příspěvek zaměstnance +5 %

Zdroj: Kaplan, 2018

Systém TSP je některými experty považován za vzorový DC systém zaměstnaneckých penzí, popř. dokonce za jeden z nejlepších důchodových systémů světa. Je spravován veřejnou institucí a jeho náklady jsou zhruba 0,1 % z aktiv ročně (obvykle se uvádí poplatek 0,029 % z aktiv ročně, ten však nepokrývá celou režii). Systém TSP má přes 5 mil. účastníků.

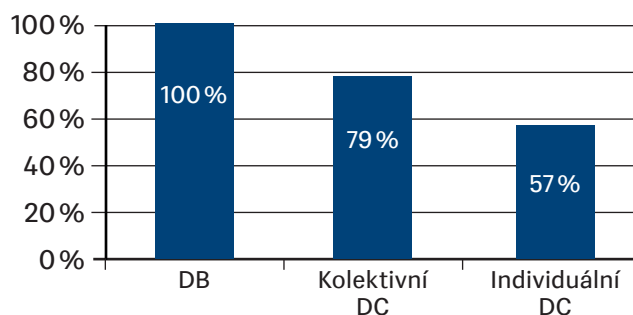
Russell (2017) uvádí, že doživotní starobní důchod zakoupený z penzijních úspor TSP je poskytován pojišťovnou MetLife s konverzní sazbou 6,5 % (sazba × aktivum = roční důchod). Průměrná konverzní sazba v soukromých životních pojišťovnách je přitom 4,8 % a v neziskových penzijních fondech poskytujících dávkově definované plány v rozmezí 8–9 %. Tyto relace rámcově odpovídají zjištění, že přechod od DB systému k individuálnímu DC systému snižuje penzi na 57 %; pokud by byl DC systém „ideální“, penze by byla jen o 21 % nižší (NCPERS, 2015) – pokud zde budeme systém TSP účelově považovat za ideální DC systém. V grafu 6 je tento ideální DC systém označen jako „kolektivní DC systém“.

Na problematičnost nahrazování DB plánů příspěvkově definovanými plány upozornil i Thaler: V tradičních DB plánech „nemusí zaměstnanci dělat téměř žádná rozhodnutí o tom, kolik spořit a jak investovat peníze. Pro mnoho lidí, kterých se zeptáte, jak řeší své vlastní problémy penzijního spoření, je to, jako když se jich zeptáte, jak by postavili vlastní auta. Abychom to napravili, musíme udělat dvě věci: Zprvu musí mít všichni k dispozici plány penzijního spoření ze mzdy (*payroll retirement savings plans*). Pak k nim musíme přidat empiricky ověřené designové

prvky, abychom zaměstnancům usnadnili dobrou volbu“ (Thaler, 2013). Snahy o zvyšování finanční gramotnosti jsou v tomto směru zcela zbytečné. Thaler uvádí, že empirie ukázala, že auto-enrolment nestačí – navíc za stavu, kdy jen asi polovina Američanů má přístup k systému penzijního spoření na pracovišti. Upozorňuje také na Obamův plán zavést automatické IRA, původně doporučené výzkumníky Brookings Institution. Automatické vklady na účty IRA by se podle tohoto návrhu měly zavést pro ty zaměstnavatele, kteří nemají svůj systém penzijního spoření využívající auto-enrolmentu. Tím by se mělo podstatně zvýšit pokrytí zaměstnanců osobními účty IRA z dnešních 10 % alespoň na 75 % (pokrytí tradičními účty 401[k]), resp. až na 90 % – při auto-enrolmentu. (Iwry a John, 2009) Thaler také upozorňuje, že auto-enrolment nestačí; je třeba ho doplnit auto-eskalací sazby příspěvků zaměstnance. Tato sazba je zatím při auto-enrolmentu obvykle na úrovni 3 %, což není dost – a vyšší startovací sazba by mohla být málo únosná pro účastníky. Za účelem vyššího pokrytí je také třeba upravit investování v zájmu významné stabilizace výnosů, navíc při rozumných poplatcích. (Thaler, 2013)

Od roku 2012 lze pozorovat zvýšenou aktivitu více než poloviny států USA směřující k rozvoji zaměstnaneckých a osobních penzijních plánů v soukromém sektoru, počínaje podporou výzkumu problematiky. Např. stát Illinois uzákonil program rozvoje účtů IRA na bázi auto-enrolmentu s příspěvkem zaměstnance 3 % ze mzdy pro zaměstnavatele s minimálně 25 zaměstnanci – např. pro ty zaměstnavatele, kteří nemají vlastní schéma využívající srážek ze mzdy. Pro menší a nové zaměstnavatele je tento program opční. Dalším příkladem jsou státy Washington a New Jersey, které uzákonily vytvoření portálů pro prodej penzijních produktů malým podnikům (*online retirement marketplaces*), s poplatky do 1 %. (Gale a John, 2017) Tyto aktivity jednotlivých států USA vycházejí z téměř všeobecné shody, že pokrytí amerických zaměstnanců penzemi je nižší, než by mohlo být. *Mnoho Američanů čelí vyhlídce nedostatečných penzijních úspor, hlavně z toho důvodu, že nemají přístup k programu penzijního spoření sponzorovaného zaměstnavatelem.* (PEW, 2016) Podle některých výběrových šetření se zapojení zaměstnanců do penzijního spoření ve velkých a středních podnicích v posledních letech zvyšuje – díky narůstajícímu využívání poznatků behaviorální ekonomie.

Graf 6: Srovnatelná výše penzí z DB systému, z kolektivního DC systému a z individuálního DC systému



Zdroj: NCPERS, 2015

Německý penzijní systém vychází stále z konzervativního (křesťansko-demokratického) sociálního modelu, v němž jednotlivé sociální skupiny mají „své“ systémy důchodového zabezpečení. Nejlépe jsou na tom dodnes státní úředníci (ve služebním poměru), kteří po 40 letech služby mají nárok na penzi ve výši 71,75 % posledního platu, což jistě nevyžaduje existenci zaměstnaneckého penzijního pilíře. Několik expertů již vyzvalo německou vládu, aby zrušila samostatný důchodový systém pro státní úředníky. Systém „zákonného“ důchodového pojištění v roce 2014 představoval 72,5 % všech výdajů na důchody 1. a 2. penzijního pilíře, systém penzí státních úředníků 13 % a podnikové starobní zabezpečení 8 %. (Bäcker a Kistler, 2016) Celkově je v Německu asi osm dalších důchodových systémů, které lze zařadit do 1. pilíře; mezi ně patří např. důchodové zabezpečení zemědělců, sociální pojištění umělců, důchodové pojištění horníků, železničářů a námořníků a důchodové pojištění svobodných povolání.

Adenauerova důchodová reforma od roku 1957 v západním Německu zvýšila důchody v dnešním základním systému sociálního pojištění o 40 % a nastolila politiku udržení předchozí životní úrovně pojištěnců po jejich odchodu do penze, která byla konkretizována ukazatelem plné penze ve výši 70 % předchozí hrubé mzdy. Změnu tohoto paradigmatu penzijní politiky přinesla důchodová reforma v roce 2001, kdy bylo řečeno, že cíl udržení životní úrovně má být nově realizován všemi třemi penzijními pilíři. Jednou z priorit bylo omezení růstu sazby pojistného (maximálně 20 % do roku 2020 a 22 % do roku 2030); letos tak platí sazba 18,6 %, přičemž „nepojistné“ důchodové nároky jsou principiálně financovány z obecných daní. Nová německá penzijní politika byla ovlivněna neoliberalismem; nejvýrazněji se to projevilo u tzv. „Riesterovy penze“. Tehdejší sociálnědemokratický ministr práce a sociálních věcí Riester chtěl zavést povinné soukromé/osobní penze podle původního formátu švédské prémiové penze, leč deník *Bild-Zeitung* odstartoval velkou mediální kampaň proti této koncepci – a dopad byl zásadní: sociální demokracie se rozhodla pro dobrovolné pojištění s obsáhlými originálními státními dotacemi; dnes bychom řekli: pro jemně povinné soukromé důchodové pojištění. Mírou státních dotací se zde Německo (podporující zejména pojištěnce s nízkými příjmy a s dětmi) zařadilo na druhé místo na světě, za Česko. Praxe ukázala, že ani vysoké a rafinované státní dotace samy o sobě nestačí k tomu, aby osobní penze podstatnou měrou nahradily plánovaný výpadek důchodů v 1. penzijním pilíři. (Vostatek, 2016)

Německý zákon o podnikových penzích, účinný od roku 2002, byl ve stínu Riesterovy penze, nicméně přinesl celou řadu vylepšení: nepropadnutelnost a převoditelnost nároků, nárok na odbytné, ochranu proti insolvenci (poskytuje Pensions-Sicherungs-Verein, vzájemný pojišťovací spolek), valorizaci dávek a nárok na konverzi části výdělku na penzijní spoření či pojištění. Po přijetí zákona došlo k nárůstu významu podnikových penzí – pokrytí zaměstnanců se zvýšilo z 52 % na 65 % v roce 2006. (Dnes se uvádí pokrytí zaměstnanců asi 60 % s tím, že podnikovou penzi pobírá cca 30 % důchodců.) Rozlišuje se pět správních modelů (*Duchführungswege, vehicles*) podnikových penzí – podle právně-ekonomického zakotvení těchto systémů: přímý penzijní příslib podniků, podpůrná pokladna, penzijní pokladna, penzijní fond a přímé pojištění (u soukromé pojišťovny). Ve všech případech se přitom jedná o dávkově definované plány.

Reakcí na nízkou úspěšnost Riesterovy penze je zákon o posílení podnikových penzí, který je účinný od roku 2018. Zákon vytváří nový, širěji pojatý správní systém označovaný jako „model sociálních partnerů“ (*Sozialpartnermodell*) nebo také „Nahles-Rente“ (ministryně práce a sociálních věcí Nahles je současně novou předsedkyní německé sociální demokracie). Pro uplatnění nového modelu je podstatné, aby podnik byl zařazen v systému kolektivního vyjednávání o mzdových tarifech a aby model byl akceptován oběma sociálními partnery. Nahles-Rente je prvním německým příspěvkově definovaným zaměstnaneckým plánem; DC produkt má usnadnit pozici zaměstnavatele při rozhodování o podnikových penzích. Zaměstnavatel zde zaplatí příspěvek a dále za nic neručí, podle hesla „Zaplat a zapomeň“ (*pay and forget, bezahlen und vergessen*). Zvláštní státní podporu (30 %) mají podnikové příspěvky 240–480 EUR ročně zaměstnancům s nízkými příjmy (do 2200 EUR měsíčně). Při konverzi výdělku na penzi (již od jejího zavedení) zaměstnavatel neplatí pojistné sociálního pojištění; nově nyní zaměstnavatel musí 15 % této úspory předat zaměstnanci nebo mu to poslat na penzijní účet, pokud je to dohodnuto v tarifní smlouvě. Správu těchto nových penzí mohou vykonávat soukromé pojišťovny (přímé pojištění), penzijní pokladny nebo penzijní fondy. V kolektivní smlouvě lze dohodnout také auto-enrolment. Zákon o posílení podnikových penzí počítá s výhradní výplatou anuit, určuje i pravidla jejich výpočtu. (Wenning, 2017)

Podle EU (2018) byl v roce 2016 teoretický náhradový poměr v základním německém systému sociálního pojištění 40,3 % brutto a 56,2 % netto. V Rakousku jsou penze ze sociálního pojištění podstatně vyšší – srovnatelný náhradový poměr byl v tomtéž roce 71 % (ženy) a 72,5 % (muži), obojí brutto; netto pak 84,8 % a 86,1 %. Rakušané ovšem chodí do penze v průměru o více než dva roky dříve, takže ve skutečnosti jsou rakouské důchody ze sociálního pojištění vyšší „jen“ o asi 40 %. Rakousko zákonem od roku 2005 harmonizovalo, resp. pro nové pojištěnce sjednotilo všechny stávající systémy sociálního důchodového zabezpečení, včetně státních úředníků. Ve sjednoceném systému je sledována formule 45/65/80, což znamená, že po 45 letech pojištění dostane účastník ve věku 65 let penzi ve výši 80 % svého průměrného výdělku. Tento náhradový poměr je míněn brutto, tzn. že při stávající progresi daně z příjmů by plné penze mohly být na úrovni 95 % netto. To ponechává jen velmi malý prostor pro 2. a 3. penzijní pilíř.

Rakousko při důchodové reformě 2005 (a 2014) zavedlo originální systém penzijních účtů (*Pensionskonto*): jednotlivým pojištěncům je na jejich konto každoročně připisován dílčí důchodový nárok ve výši 1,78 % z celoročního výdělku, s návaznou valorizací podle vývoje mezd v ekonomice. Německo praktikuje tzv. „bodový systém sociálního pojištění“, kdy se na účet klienta připisují body – jeden bod za zaplacení příspěvků z výdělku ve výši 100 % průměrné celostátní mzdy. V obou případech jde o vyhraněný Bismarckův model, na rozdíl třeba od USA a Česka, kde má navrch Beveridgeův model.

Rakouské běžné zaměstnanecké penze pobírá asi 5,5 % populace ve věku 65+ a asi 21 % zaměstnanců na tyto penze získává nárok. Vedle toho od roku 2003 existuje povinný systém zaměstnaneckého penzijního spoření, nazývaný „nové odstupné“ (*Abfertigung Neu*), který nahradil velmi štedrý systém odstupného při odchodu z firmy. Zaměstnavatelé do systému přispívají 1,53 % z hrubé mzdy. Zaměstnanci mají jistou možnost výběru těchto úspor při odchodu od firmy (což se často děje), jinak jde o spoření do dosažení důchodového věku.

S dobrovolnými zaměstnaneckými penzemi se setkáme v téměř všech vyspělejších zemích – Česko je jednou z mála výjimek. Má-li stát zájem o jejich větší využívání, pak musí využívat poznatky behaviorální ekonomie; samotné, byť rafinované konstrukce státní podpory nestačí. Inten-

zivním zapojením behaviorální ekonomie se ovšem dobrovolný systém zaměstnaneckých penzí přetváří na systém převážně jemně povinný.

Závěr

Klíčovou úlohu v penzijních systémech hrají jejich povinné složky, s těmi se z různých důvodů setkáme i v pilíři zaměstnaneckých penzí a v pilíři osobních penzí. V řadě zemí jsou dnes zaměstnanecké penze úzce propojeny buď s veřejným penzijním pilířem, nebo naopak s pilířem osobních penzí. Mnoho přitom závisí na panujícím sociálním modelu a jeho modifikacích, vyplývajících z politicko-ekonomické orientace vlád. Ultraliberální penzijní politika, která omezuje, či dokonce vylučuje zaměstnanecké penze, neuspěla v celé řadě zemí; přetrvala však u nás. K této politice lze přiřadit i jednostrannou orientaci na příspěvkově definované produkty, která podstatně omezila kvalitu důchodového zabezpečení na pouhé penzijní spoření. Zkušenosti ukazují, že poskytování starobních důchodů musí být zásadním způsobem regulováno, minimálně jako v americkém zaměstnaneckém systému Thrift Savings Plan. Nízkonákladové musí být i produkty penzijního spoření, minimálně jako v britském systému penzí spojených s pracovním místem v podobě NEST. Jemně povinné zaměstnanecké penze jsou podstatně efektivnějším systémem než státem silně podporované individuální penzijní spoření.

Příspěvek vznikl v rámci projektu Aktuální trendy ve vývoji finančních trhů, podpořeného z prostředků institucionální dotace na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace Vysoké školy finanční a správní v roce 2018.

Resumé

Occupational pension insurance as a second pensions pillar

Based on the EU classification of pension systems, we analyze the role of mandatory, quasi-mandatory, soft compulsion and voluntary occupational pension schemes in more representative countries and under the conditions of four welfare regimes. The neo-liberal pension policy tends to reduce the occupational schemes to the „workplace“ savings or to the employer contributions to individual

savings accounts. The conservative (Christian-Democratic) pension policy has supported separate pension schemes for different social groups or professions, including civil servants, which are a mixture of the first and second pensions pillars. The Social-Democratic pension policy in western countries tends to use mandatory and quasi-mandatory occupational schemes in the framework of collective bargaining of employers and trade-unions at all level. The Czech ultraliberal pension policy refused any occupational pension scheme.

Použité zdroje

- AIST (2014). Initial submission to the Financial System Inquiry. Melbourne: Australian Institute of Superannuation Trustees. In: http://fsi.gov.au/files/2014/04/Australian_Institute_of_Superannuation_Trustees.pdf.
- Ambachsheer, K. (2013). The Pension System in Finland: Institutional structure and governance. Evaluation of the Finnish Pension System, 2. část. Eläketurvakeskus: Finnish Centre for Pensions. In: http://www.cembenchmarking.com/Files/Documents/Research/The_pension_system_in_Finland_Institutional_structure_and_governance.pdf.
- Avanzi, B. – Purcal, S. (2011). Annuityization and Cross-Subsidies in the Swiss System of Retirement Savings. SSRN Electronic Journal. Doi.org/10.2139/ssrn.1950496.
- Bäcker, G. – Kistler, E. (2016). Die Regelsysteme der 1. Säule: Rentenversicherung, Beamtenversorgung und Sondersysteme. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. In: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/222500/die-1-saeule>.
- Berstein, S. (2016). Strengthening Old Age Income Protection in Chile: Challenges that Remain after 2008 Reform. Inter-American Development Bank, World Bank. In: <http://pubdocs.worldbank.org/en/225671464376349109/SPLCC-2016-PCC-D8S3-Berstein-ChallengesPSChile.pdf>.
- Beyer, L. (2012). The Rise and Fall of Employer-Sponsored Pension Plans. Workforce, January 24, 2012. In: <http://www.workforce.com/2012/01/24/the-rise-and-fall-of-employer-sponsored-pension-plans/>.
- Blake, D. (2014). The consequences of not having to buy an annuity. Discussion Paper PI-1409. London: The Pensions Institute, 2014. In: <http://www.pensions-institute.org/workingpapers/wp1409.pdf>.
- Bolanowski, J. (2018). Rewolucja w emeryturach. Pracodawcy będą obcinać pensję. Klamka zapadła. Fakt24.PL. Ringier Axel Springer Polska. In: <https://www.fakt.pl/pieniazdze/finanse/pracownicze-plany-kapitalowe-rewolucja-w-emeryturach-od-1-stycznia-2019-roku/vhepm0z>.
- Bovenberg, A. L. – Nijman, T. E. (2009). Developments in pension reform: The case of Dutch stand-alone collective pension schemes. International Tax and Public Finance, ročník 16, č. 4.
- Cannon, E. – Tonks, I. – Yuille, R. (2016). The Effect of the Reforms to Compulsion on Annuity Demand. National Institute Economic Review, 237(1), R47-R54. DOI: 10.1177/002795011623700116.
- DAEMS (2014). Pensions in the Netherlands. In: http://www.pensioenstrategen.nl/wp-content/uploads/2013/05/Pensions-in-the-Netherlands_DAEMS_2014-8_small.pdf.
- Deloitte (2013). Dynamics of the Australian Superannuation System. The next 20 years: 2013–2033. Deloitte Actuaries & Consultants. Deloitte Touche Tohmatsu. In: http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Australia/Local%20Assets/Documents/Industries/Financial%20services/Deloitte_Dynamics_of_Superannuation_2013_report.pdf.
- Drew, M. E. – Stanford, J. D. (2003). A Review of Australia's Compulsory Superannuation Scheme After a Decade. Discussion Paper No. 322. Brisbane: University of Queensland, School of Economics. In: <http://www.uq.edu.au/economics/abstract/322.pdf>.
- Eläketurvakeskus (2018). Earnings-related Pension System in Graphs and Figures. Finnish Centre for Pensions. In: <https://www.etk.fi/en/about-us/images/earnings-related-pension-system-in-graphs-and-figures/>.
- Elling, M. (2013). Intergenerational Transfers and the Stability of the Swiss Retirement System. Geneva Papers on Risk & Insurance, Special Issue on the Four Pillars: the Next 25 Years, sv. 38, č. 4. In: <https://search.proquest.com/docview/1445467857/fulltext/35D27CEFD2A7459FPQ/1?accountid=37662>.

ELO (2018). TyEL Insurance Employer's Guide 2018. Elo Mutual Pension Insurance Company. In: https://www.elo.fi/~media/files/vakuuttaminen%20esitteet/tyel-vakuutus_tyo-nantajan_opas_en.ashx.

EU (2018). The 2018 Pension Adequacy Report: current and future income adequacy in old age in the EU. Country profiles. Sv. 2. Joint Report prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fallow, B. (2012). Cullen calls for compulsory KiwiSaver, higher rates. NZ Herald, 12. prosince 2012. In: http://www.nzherald.co.nz/business/news/article.cfm?c_id=3&objectid=10853453.

Focusing (2013). Focusing on the Future: Report to the Government. 2013 Review of Retirement Income Policies. Wellington: Commission for Financial Literacy and Retirement Income. In: <http://apo.org.au/node/38491>.

Friedman, M. (1999). Speaking the Truth about Social Security Reform. CATO Institute Briefing Paper No. 46. In: <http://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/bp46.pdf>.

Gale, W. G. – John, D. C. (2017). State Sponsored Retirement Savings Plans: New Approaches to Boost Retirement Plan Coverage. Pension Research Council Working Paper. Philadelphia: The Wharton School, University of Pennsylvania. In: <https://pensionresearchcouncil.wharton.upenn.edu/wp-content/uploads/2017/09/WP-2017-12-John-Gale.pdf>.

Harrison, D. (2012). Treating DC members fairly in retirement? London: NAPF and Pensions Institute. In: <http://pensions-institute.org/reports/TreatingDCMembersFairly.pdf>.

Chaplin, D. (2013). Six years on the road. KiwiSaver Annual Market Report 2013. In: <http://media.nzherald.co.nz/web-content/document/pdf/201343/chaplinKiwiSaver.pdf>.

Chester, K., a kol. (2018). Superannuation: Assessing Efficiency and Competitiveness. Draft Report, Overview. Canberra: Australian Government, Productivity Commission. In: https://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/228200/superannuation-assessment-draft-overview.pdf.

Iwry, J. M. – John, D. C. (2009). Pursuing Universal Retirement Security Through Automatic IRAs. The Retirement Security Project N° 2009-3. In: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/07_automatic_ira_iwry.pdf.

James, E., a kol. (1994). Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth. New York: Oxford University Press.

Kaplan, S. (2018). Thrift Savings Plan. A to Z. Presentation. Washington: Federal Retirement Thrift Investment Board. In: <https://newyorkcity.feb.gov/wp-content/uploads/2016/11/Retirement-Training-Presentation-TSP-2018-A-to-Z-PDF-OGC.pdf>.

Mayhew, L. (2001). A Comparative Analysis of the UK Pension System Including the Views of Ten Pension Experts. London: SEERL – Birkbeck College, University of London. In: https://www.researchgate.net/publication/255608035_A_Comparative_Analysis_of_the_UK_Pension_System_Including_the_Views_of_Ten_Pension_Experts.

Mercer (2017). Melbourne Mercer Global Pension Index. Melbourne: Australian Centre for Financial Studies. In: https://www.mercer.com.au/content/dam/mercer/attachments/asia-pacific/australia/mmgpi-2017/au-2017-mmgpi-report.pdf?utm_medium=referral&utm_source=web&utm_campaign=mmgpi.

Mitchell, D. (2018). The Overwhelming Case for Chile's Private Social Security System. In: <https://danieljmitchell.wordpress.com/2018/02/02/the-overwhelming-case-for-chiles-private-social-security-system/>.

Muir, D. M. (2012). Default settings in defined contribution plans: A comparative approach to fiduciary obligation and the role of markets. ABA Journal of Labor & Employment Law, ročník 28, č. 1. In: <http://search.proquest.com/docview/1399972091?accountid=37662>.

NCPERS (2015). What is the Cost of Transitioning from a DB Plan to a DC Plan? Research Series. Washington: National Conference on Public Employee Retirement Systems, April 2015. In: https://www.ncpers.org/files/NCPERS%20Research%20Series_2015_Transition%20Costs.pdf.

OECD (2011). Chile. Review of the Private Pensions System. In: <http://www.oecd.org/finance/private-pensions/49497472.pdf>.

OECD (2017). Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators. Paris: OECD Publishing. In: http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2017-en.

O'Meara, T. – Bruhn, A. (2013). Compulsory Annuitisation: A Policy Option for Australia? *Australasian Accounting Business and Finance Journal*, ročník 7, č. 3.

ONS (2017). Occupational Pension Schemes Survey: UK, 2016. Statistical bulletin. Office for National Statistics. In: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/personalandhouseholdfinances/pensionssavingsandinvestments/bulletins/occupationalpensionschemesurvey/uk2016>.

Osborne, G. (2014a). Freedom and Choice in Pensions. London: HM Treasury. In: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/294795/freedom_and_choice_in_pensions_web_210314.pdf.

Osborne, G. (2014b). Freedom and Choice in Pensions: Government Response to the Consultation. London: HM Treasury. In: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/332714/pensions_response_online.pdf.

Owens, J. – Barbash, J. (2014). Defined benefit plan: A brief history. Russell Investments Research. In: <https://russellinvestments.com/-/media/files/us/insights/institutions/defined-benefit/defined-benefit-plans-a-brief-history.pdf?la=en>.

Palme, M. – Svensson, I. (1999). Social Security, Occupational Pensions, and Retirement in Sweden. In: Gruber, J. – Wise, D. A. (eds.). *Social Security and Retirement around the World*. National Bureau of Economic Research. University of Chicago Press. In: <http://papers.nber.org/books/grub99-1>.

Parker, D. (2014). Monetary Policy Upgrade. In: <https://www.labour.org.nz/sites/default/files/issues/eu-mp-factsheet.pdf>.

Parliament (2013). Improving Governance and Best Practice in Workplace Pensions. Sv. 1. House of Commons:

Work and Pensions Committee. London: The Stationery Office. In: https://books.google.cz/books?id=0gghhXjqSUK-C&pg=PA25&lpg=PA25&dq=Treating+DC+Members+Fairly+in+Retirement&source=bl&ots=vzEOPURNDV&sig=_TE-NUzKAasT6MyOrFXGkp8vYJQQ&hl=cs&sa=X&ei=-4D5VO-DEKoe8ygPV6oKwBQ&ved=0CFQQ6AEwBw#v=onepage&q=Treating%20DC%20Members%20Fairly%20in%20Retirement&f=false.

PEW (2016). How States Are Working to Address The Retirement Savings Challenge. An analysis of state-sponsored initiatives to help private sector workers save. The PEW Charitable Trusts. In: <http://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/reports/2016/06/how-states-are-working-to-address-the-retirement-savings-challenge#0-overview>.

Pitt-Watson, D. (2013). Collective Pensions in the UK II. Now is the time to act. London: RSA (Royal Society for the Encouragement of Arts, Manufactures and Commerce). Action and Research Centre. In: <http://www.employeebenefits.co.uk/Journals/2013/11/06/p/h/e/RSA-CollectivePensionsintheUKII-2013.pdf>.

Rhee, N. (2017). Proposed Congressional Repeal of Federal Regulations Supporting State Auto-IRAs Threatens Retirement Security of 13 Million Workers in Five States. UC Berkeley Center for Labor Research and Education, February 2017. In: <http://laborcenter.berkeley.edu/pdf/2017/Proposed-Repeal-of-Regulations-Supporting-State-Auto-IRAs.pdf>.

Russell, J. W. (2017). How Good is TSP – the Federal Employees Retirement Plan? *Huffpost*. In: https://www.huffingtonpost.com/james-w-russell/how-good-is-tspthe-federa_b_9367098.html.

Schouten, E. – Robinson, T. (2012). Defined ambition pensions – Have the Dutch found the golden mean for retirement savings? *Pensions*, ročník 17. In: <http://www.palgrave-journals.com/pm/journal/v17/n4/pdf/pm201237a.pdf>.

St John, S. – Littlewood, M. – Dale, M. C. (2014). Now we are six. Lessons from New Zealand's KiwiSaver. Working Paper 2014-1. Retirement Policy and Research Centre. Auckland: Business School. The University of Auckland. In: <http://docs.business.auckland.ac.nz/Doc/WP-2014-1-KiwiSaver-Now-we-are-six.pdf>.

Sy, W. (2011). Redesigning Choice and Competition in Australian Superannuation. *Rotman international Journal of Pension Management*, ročník 4, č. 1. In: <http://www.carp.ca/o/pdf/australia%20example.pdf>.

TAI (2018). Global pension assets study 2018. Willie Towers Watson, Thinking Ahead Institute. In: <https://www.willis-towerswatson.com/-/media/WTW/Images/Press/2018/01/Global-Pension-Asset-Study-2018-Japan.pdf>.

Thaler, R. H. (2013). Shifting Our Retirement Savings Into Automatic. *Economic View. The New York Times*, 6. dubna 2013. In: <https://www.nytimes.com/2013/04/07/business/an-automatic-solution-for-the-retirement-savings-problem.html>.

Thurley, D. – McInnes, R. (2014). Pension Schemes Bill. Bill No. 12 of 2014/15. Research Paper 14/44. London: House of Commons. Library. In: <http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/RP14-44/RP14-44.pdf>.

Tománek, M. (2005). Hornický penzijní fond mění majitele. In: <http://www.mesec.cz/tiskove-zpravy/hornicky-penzijni-fond-meni-majitele/>.

Turner, A., a kol. (2005). A New Pension Settlement for the Twenty-First Century. The Second Report of the Pensions Commission. London: Stationery Office. In: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2005/pensionscommreport/main-report.pdf>.

Vostatek, J. (2016). Penzijní teorie a politika. Praha: Nakladatelství C. H. Beck.

Wenning, M. (2017). Occupational pensions – Act on the pure defined-contribution scheme passed. Federal Financial Supervisory Authority. In: https://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/EN/Fachartikel/2017/fa_bj_1707_Betriebsrenten_en.html.

Whitley, A. (2018). Australia's A\$2.6 Trillion Pension System Is „Unlucky Lottery”. *Bloomberg*. In: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-05-29/australia-s-a-2-6-trillion-pension-system-is-unlucky-lottery>.

Možnosti uplatnění teorie prozařování základních lidských práv a svobod v soukromém pojištění

Robert Šimek / Česká národní banka

Ústavní pořádek ČR explicitně neupravuje ani se nezmiňuje o pojistné smlouvě. Úmyslem ústavodárce nebylo upravit tento institut na úrovni nejvyšší právní síly. Ústava tvoří základnu veřejného práva a je zároveň východiskem pro odvětví soukromého práva. Lze tedy hovořit o soukromoprávním obsahu ústavněprávních norem. Základem pro vytváření soukromoprávních vztahů je *Listina základních práv a svobod* (LZPS), jež zajišťuje jedinci jeho autonomii. Konkretizací zákony je stanoven právní rámec, ve kterém si osoby mohou uspořádat svoje smluvní vztahy. Tím se vytváří systém hodnot, na nichž je budován stát a v jejichž centru stojí lidská svoboda, která není ohrožována jen státní mocí, nýbrž i mocí soukromou, jestliže mezi jedním a druhým soukromým subjektem existují svobodu ohrožující mocenské zásahy a z čehož vyvstává omezení svobody jednotlivce, který se dostane do podřízenosti cizí moci.

Občanský zákoník (OZ) se hlásí k výkladu soukromého práva v souladu s LZPS a ústavním pořádkem v § 2 odst. 1, čímž potvrdil existenci konstitucionalizace soukromého práva, která je již řadu let v ČR potvrzována judikaturou soudů¹ i právní doktrínou. Není dost dobře možné, aby bylo např. právní jednání v souladu s dobrými mravy, ale zároveň v rozporu s LZPS.²

Od vlastního ústavně konformního výkladu pak musíme odlišit nepřímý účinek základních práv skrze interpretaci neurčitých právních pojmů v soukromém právu.³ Podle této teorie prozařování základních práv se vytváří „směrnice“ při výkladu a aplikaci generálních klauzulí. Funkce základních práv tedy nespočívá pouze v obraně jednotlivce před zásahy veřejné moci (tzv. „obránná funkce“), ale také v ochraně a péči mezi subjekty s rovným postavením.⁴

Mimořádnost použití základních lidských práv v soukromoprávních vztazích je dána intenzitou nerovnosti mezi formálně rovnoprávnými subjekty, jejíž existenci není možné v konkrétním případě odstranit dostupnými nástroji

soukromého práva, a proto lze prolomit vůdčí zásadu tohoto právního systému – princip smluvní autonomie (autonomie jednotlivce). Jde o případ, kdy buď soukromé právo (relevantní právní norma) obsahuje mezeru, kterou je třeba vyplnit právě ustanovením obsahujícím lidská práva,⁵ nebo je nutné uplatnit doktrínu prozařování základních práv skrze body vlnu.

Proti tomu se také namítá, že se formální aplikací vytváří až přílišné riziko omezování autonomie vůle jakožto jednoho z vůdčích principů soukromého práva⁶ nebo se tento přístup příliš neliší od státního zásahu,⁷ příp. se rozhodovací činnost může stát chaotickou tím, že bude založena na neurčitých principech, hodnotách, právně-politických cílech a předpokladech, což může vést ke snížení právní jistoty.⁸ Tak jako tak, při aplikaci doktríny prozařování jde o veřejnoprávní intervenci do soukromoprávního vztahu. Otázkou tedy zůstává, do jaké míry jsou tyto zásahy přiměřené, resp. proporcionální.

Teorie prozařování základních lidských práv a svobod do soukromého práva⁹ bývá chápána jako působení základních práv mezi soukromými osobami, tj. tyto osoby musí dbát rovněž na tato práva ostatních. V tomto duchu jde o aktivistické pojetí soudcovské moci do oblasti, která patřila do výlučné domény politiky.¹⁰ Svým způsobem jde též o určité posunutí hranice vnímání principu dělby moci mezi mocí zákonodárnou a mocí soudní.

Soukromé a veřejné právo jsou relativně svébytné části jednotného právního řádu. Obě tyto části však na sobě nejsou zcela nezávislé, ale vliv veřejného práva na právo soukromé je nutné zkoumat z hlediska možných průniků, zejména s ohledem na hodnotu lidské svobody jakožto základní hodnotové východisko soukromého práva a na zásadu autonomie vůle a její legitimní omezení. Přestože základní práva zpravidla nemají přímý účinek v soukromých právních vztazích,¹¹ bývá jim v určitých případech přiznáván alespoň nepřímý účinek neboli závaznost základních práv pro třetí (soukromé) osoby.¹²

Pokud by byla myšlenka horizontálního působení dovedena do extrému, znamenalo by to např. rozšíření zákazu diskriminace na všechny právní vztahy.¹³ To není vždy žádoucí¹⁴ a děje se tak ve veřejném zájmu¹⁵ a pro veřejné blaho.¹⁶ V důsledku toho se již nejedná o ryze soukromou záležitost, nýbrž se tyto vztahy stávají rovněž věcí veřejnou.

1 Základ aplikace teorie prozařování ústavních hodnot

1.1 Rozhodnutí Lüth a další

V případě Lüth¹⁷ vyslovil německý Spolkový ústavní soud tezi o prozařování základních práv celým právním řádem, která byla přejata i do českého právního prostředí.¹⁸ Z odůvodnění vyplývá, že „základní zákon, který nechce být pouze hodnotově neutrálním souborem norem, ve své části týkající se základních práv stanovil také objektivní řád hodnot a že právě v tom vyjádřil principiální posílení významu základních práv. Tento hodnotový systém, který svůj středobod nachází ve svobodně se rozvíjející osobnosti a její důstojnosti, musí jako ústavněprávní základní rozhodnutí platit pro všechna odvětví práva; zákonodárství, správa a soudnictví z něj přijímají směrnice a impulzy. Takto ovlivňuje samozřejmě také občanské právo; žádný občanskoprávní předpis s ním nesmí být v rozporu a každý musí být v jeho duchu vykládán. Právní obsah základních práv jako objektivních norem se v soukromém právu rozvíjí prostřednictvím média – předpisů, jež tuto oblast práva bezprostředně ovládají. Jako musí být nové právo v souladu s hodnotovým systémem základních práv, tak na něj musí být i staré právo obsahově upraveno. [...] Soudce je tak z důvodu ústavního příkazu povinen zkoumat, zda jím aplikované materiální civilněprávní předpisy jsou ovlivněny základními právy v popsaném smyslu; pokud ano, je povinen brát v úvahu při výkladu a aplikaci těchto předpisů uvedené modifikace soukromého práva. Toto je smysl vázanosti civilněprávního soudce také základními právy (čl. 1 odst. 3 základního zákona). Pokud toto měřítko opomene a jeho rozsudek tak spočívá na pomnutí tohoto vlivu základních práv na normy civilního práva, proviní se nejen proti objektivnímu ústavnímu právu, ve kterém popřel obsah základní právní normy, ale porušil jako nositel veřejné moci tímto rozsudkem základní právo, na jehož dodržování má občan ústavněprávní nárok vůči soudní moci“.

Tento přístup rovněž koresponduje s vymezením pojmu „právní stát“, jak jej vyjádřil Ústavní soud ČR (ÚS) v jednom

ze svých prvních nálezů:¹⁹ *Naše nová ústava není založena na hodnotové neutralitě, není jen pouhým vymezením institucí a procesů, ale včleňuje do svého textu i určité regulativní ideje, vyjadřující základní nedotknutelné hodnoty demokratické společnosti. Česká ústava akceptuje a respektuje princip legality jako součást celkové koncepce právního státu, neváže však pozitivní právo jen na formální legalitu, ale výklad a použití právních norem podřizuje jejich obsahově-materiálnímu smyslu, podmiňuje právo respektováním základních konstitutivních hodnot demokratické společnosti a těmito hodnotami také užití právních norem měří.*

S pojetím základních práv působících výlučně vertikálně si tudíž nevystačíme. Vedle toho nabývá na významu jejich pojetí jako vyjádření objektivního hodnotového řádu platného pro celý právní řád, tedy rovněž pro soukromé právo. Jako nedostatečné by bylo zúžení jejich platnosti pouze na vztahy týkající se státu a jednotlivce. ÚS tak např. potřebuje ke svému zásahu, aby k porušení norem jednoduchého práva ze strany obecného soudu došlo „v důsledku svévole (např. nerespektováním kogentní normy) anebo v důsledku interpretace, jež je v extrémním rozporu s principy spravedlnosti (např. přepjatý formalismus)“.²⁰

ÚS také dodává, že „jednou z funkcí ústavy, zvláště ústavní úpravy základních práv a svobod, je její „prozařování“ celým právním řádem. Smysl ústavy spočívá nejen v úpravě základních práv a svobod, jakož i institucionálního mechanismu a procesu utváření legitimních rozhodnutí státu (resp. orgánů veřejné moci), nejen v přímé závaznosti ústavy a v jejím postavení bezprostředního pramene práva, nýbrž i v nezbytnosti státních orgánů, resp. orgánů veřejné moci, interpretovat a aplikovat právo pohledem ochrany základních práv a svobod“.²¹

1.2 Autonomie vůle jako hodnotové východisko

Právní vztahy vzniklé na základě soukromého pojištění jsou ovládány zásadou autonomie vůle, podle které má každý právo utvářet si právní poměry vlastní svobodnou vůlí, podle této vůle jednat a na základě ní si uspořádat právní poměry.²²

OZ vychází z myšlenky, že „funkcí určení soukromého práva je sloužit člověku jako prostředek k prosazování jeho svobody. Účelem občanského kodexu je umožnit i garantovat

svobodné utváření soukromého života, a ponechat tedy co nejširší prostor svobodné iniciativě jednotlivce. Proto také osnova klade zásadní důraz na hledisko autonomie vůle, přičemž autonomie vůle je zde pojata jako „způsob určení a utváření vlastního právního postavení jednotlivce z jeho iniciativy a v důsledku jeho chtění. Je-li první hodnotou právního státu svobodný člověk a ochrana jeho přirozených práv, plyne z toho pro soukromé i občanské právo nezbytnost ponechat co nejširší prostor jeho rozhodnutí, jak je z vlastní iniciativy projeví a uskuteční. A protože člověk nejčastěji sdílí své soukromé záležitosti s jinými osobami, je základním soukromoprávním nástrojem pro uspořádání těchto záležitostí konsenzus vyjádřený ujednáním. Smlouvě a smluvní svobodě se tudíž ponechává rozsáhlý prostor; zákon vystupuje jako *ultima ratio* jen tam, kde dohoda vůbec není možná, anebo nedojde-li k ní“.

Privátní autonomie je rovněž právní hodnotou garantovanou státem prostřednictvím ústavního práva (čl. 2 odst. 3 LZPS, čl. 2 odst. 4 Ústavy ČR), je obsažena i mezi požadavky materiálního právního státu (čl. 1 odst. 1 Ústavy ČR)²³ a projevuje se jak v osobní svobodě (např. smluvní svoboda), tak i majetkové svobodě (např. svoboda nakládání s majetkem i způsobu jeho zachování nebo ochrany). Uznání autonomie vůle je vyjádřením respektu státu ke svobodné vůli, resp. respektu k jednání jednotlivce, které není výslovně zakázáno či příkázáno. Právo jedince na autonomii vůle, resp. na svobodné lidské jednání je přímo aplikovatelné vůči orgánům veřejné moci, které jsou povinny jej respektovat.²⁴

Lidská svoboda má své minimální meze ve svobodě ostatních jednotlivců. V tomto pojetí také autonomie vůle není neomezená a nachází své limity v právech jiných osob. Dalším omezením může být veřejný zájem, jestliže smysl a účel vyžadují, aby se prosadil před zájmem soukromým, tj. z hlediska jeho intenzity.²⁵ Platí tedy, že čím méně je dotčen veřejný zájem, tím více je umožněna autonomie vůle, protože se jí nekladou vnější limity. Vzhledem k tomu, že pojistná smlouva není vždy jen právním vztahem mezi pojistníkem a pojistitelem, ale svým obsahem se často dotýká i práv třetích osob (např. pojištěného, poškozeného, obmyšleného, zástavního věřitele), je významným způsobem dotčen princip veřejného pořádku, tj. zájem na bezpečném fungování smluvních transakcí a důvěra v tento systém (legitimní očekávání třetích osob).

Se svobodou²⁶ nelze spojovat absolutní nezávislost; naopak bývá také spojována s právní odpovědností podle zásady, že každý odpovídá za sféru svého vlivu, resp. se zásadou *neminem laedere*. Vyšší svoboda tedy znamená i vyšší odpovědnost za vlastní jednání.²⁷ Vykonává-li někdo právní panství, přičtou se mu také negativní následky z tohoto jednání vyplývající.²⁸

Svobodné uzavření smlouvy nutně předpokládá konsenzus jako výsledek sociální interakce. Hranicí autonomie vůle jednoho člověka je autonomie vůle jiných lidí. Konkrétní podoba této autonomie se vždy pohybuje mezi dvěma krajními variantami, a to na jedné straně liberální, která jakékoli omezování odmítá, a sociálnědeterminované, která naopak požaduje ochranu cestou práva, jež však není univerzální, ale existuje k ní mnoho různých přístupů.²⁹

Projevem autonomie vůle je i preference dispozitivních norem v OZ, kterou zakotvuje § 1 odst. 2: *Nezakazuje-li to zákon výslovně, mohou si osoby ujednat práva a povinnosti odchylně od zákona; zakázána jsou ujednání porušující dobré mravy, veřejný pořádek nebo právo týkající se postavení osob, včetně práva na ochranu osobnosti*.

Existující limity autonomie mají nejčastěji podobu kogentních ustanovení, tedy ustanovení, která není možné dohodou účastníků soukromoprávního vztahu změnit. Někdy je příkazující norma bezvýjimečná (např. v § 2771 OZ, neboť jsou výrazným způsobem dotčena práva třetích osob); jindy je stanovena pouze k ochraně některých subjektů (např. ochrana spotřebitele v ustanoveních o spotřebitelských smlouvách). V takovém případě je dané pravidlo jednostranně zavazující. V nejobecnější podobě je tento limit stanoven v LZPS, a to formou výhrady zákona (čl. 2 odst. 2 LZPS) tak, že určité omezení je možno stanovit pouze zákonem.

Z principu proporcionality je pak zřejmé, že vedle formální výhrady je třeba naplnění i materiálních podmínek, a to že nad principem autonomie vůle v konkrétním případě převládne jiný princip nebo veřejný zájem (např. právní jistota, ochrana slabší strany apod.). Od nerovnosti spojené s vnucením obsahu smlouvy je již pouze malý krok k ochraně hodnoty lidské důstojnosti i v soukromoprávních vztazích.³⁰ Otázkou je, jakou roli zde hraje princip rozumnosti.

1.3 Funkce pojištění

Abychom pochopili povahu veřejného zájmu, je nutné zkoumat funkci, jakou pojištění ve společnosti plní. Ve smyslu ekonomické teorie pojištění v procesu ekonomické směny může plnit jak funkci posilování bezpečnosti, tak dosahování blahobytu společnosti.³¹ Tím současně podporuje jak koncept welfarismu,³² tak i přirozené právo brát se o vlastní štěstí (§ 3 odst. 1 OZ). Pojištění jako společenství pojistných zájmů širokého okruhu osob zabezpečuje větší počet jednotlivců, které spojuje obava před vznikem pojistné události. Několik málo lidí je kompenzováno z prostředků placených mnoha účastníky onoho společenství a tím se funkce pojištění naplňuje.³³

Účelem škodového pojištění je přebírání rizik a v jeho materializované podobě poskytnutí peněžitého plnění (přebírání úhrad škod).³⁴ V obnosovém pojištění jde o úhradu abstraktní majetkové potřeby spojené s pojistnou událostí. Pojištění vyrovnává poruchy v hospodářských plánech dotčené osoby vyvolané nejistými událostmi.³⁵ Je společenstvím zájmů několika osob, které spojuje shodný zájem (zabezpečit se proti riziku) založený na principu solidarity v případě potřeby.³⁶

Ingerence státu se projevuje v řízení rizik a prevenci škod. Společný zájem těchto jedinců se stává zájmem veřejným, neboť ve společnosti dochází ke snižování počtu škod, resp. hospodářských ztrát poskytnutím její náhrady. Pojištění je společenstvím pojistných nebezpečí (tedy rizik, jejichž nositeli jsou pojištění).³⁷ Aby stát plnil tyto funkce, musí pojištění podporovat. Normativně upravuje rizika, která považuje za nejzávažnější s ohledem na veřejný zájem. Ostatní ponechává volnému trhu se zachováním práva dohledu proti jejímu zneužití, včetně stanovení pravidel podnikání.

1.4 Řešení kolize hodnot na více úrovních

1.4.1 Hodnotové rozhodnutí zákonodárce

1.4.1.1 Odstranění kolizí v rámci normotvorby

Nastane-li kolize právních hodnot, musíme vážit, v jaké dimenzi se nacházíme. Pohybujeme-li se v ústavní rovině, nejedná se o automatické doplnění ústavní hodnoty do soukromého práva, nýbrž zpravidla jde o kolizi dvou ústavních hodnot (např. rovnosti a svobody), přičemž tuto kolizi musí v první řadě vyřešit zákonodárce nastavením právní regula-

ce (např. v podobě ochrany slabší smluvní strany). Autonomie vůle totiž nelegitimuje k jednání, které bude panstvím nad jinými, ale pouze panstvím nad sebou samým. V autonomních vztazích to předpokládá vzájemnou součinnost dvou či více osob, která se realizuje smlouvou. Kolize však může vzniknout také s jinými základními právy (jako je ochrana soukromí, ochrana osobnostních práv apod.).

V určitém smyslu můžeme hovořit o nepřímém účinku základních práv v různých situacích, včetně tvorby tzv. „jednoduchého práva“, neboť i ta musí být ústavně konformní. Takto byl také původně chápán horizontální účinek, jehož adresát byl stát, a ten jej musel promítnout i do jednoduchého práva.³⁸ Na úrovni zákona se tak může dít prostřednictvím kogentních a jednostranně donucujících ustanovení. Podíl těchto norem omezuje autonomii vůle a spoluurčuje míru svobody v soukromém životě.³⁹ Kogentní charakter normy může spočívat v jeho účelu, jako ochrana slabší strany (např. spotřebitele), ochrana třetích osob jako zachování principu rovnosti, ochrana veřejného pořádku či ochrana dobrých mravů.⁴⁰ To má význam především při teleologickém výkladu právní normy.

1.4.1.2 Ochrana slabší strany – vyrovnání smluvních pozic

V pojištění se pak nachází celá řada mechanismů, které mají posílit postavení slabší smluvní strany, a to ať cestou soukromého práva (např. upozorňovací povinnost podle § 2789 odst. 1), tak práva veřejného.⁴¹ V některém horizontálním vztahu mezi dvěma subjekty soukromého práva je nepochybně mezi těmito subjekty tak silný, že je potřeba slabšího z nich chránit, a silnějšímu naopak uložit povinnosti limitující volnost užívání jeho kapacit.⁴² V jiných případech to však nemá racionální jádro (např. § 2872 OZ). Je však otázkou, zda zásada ochrany slabší smluvní strany je skutečně omezením autonomie vůle nebo spíše nezbytným předpokladem pro její skutečné naplňování.⁴³ Ve vztazích, které jsou charakteristické informační asymetrií a mezi něž patří typicky pojištění, se např. stanovením informační povinnosti pojistiteli (např. § 2760 OZ) má vyrovnat informační deficit pojistníka, v jehož důsledku se má privátní autonomie efektivněji naplňovat.⁴⁴

Jedním z důvodů, proč základní práva, resp. hodnoty v nich zakotvené, nacházejí svou působnost rovněž ve vztazích mezi soukromými osobami, je existence mocenské převahy jednoho z účastníků těchto vztahů, která může mít např.

povahu ekonomickou či sociální.⁴⁵ Konkrétně v pojištění již zmíněná asymetrie informací klade na smluvní strany požadavek zvláštní důvěry a poctivosti při vzájemném sdělování informací (§ 1728 odst. 2 a § 2788 OZ). I ty jsou však často založeny na principu autonomie vůle, neboť se poskytují na žádost druhé strany.⁴⁶ Automatické informační povinnosti jsou naopak zpravidla předmětem regulace veřejného práva,⁴⁷ pokud jejich povinnost nevyplyne např. z doplňující funkce principu poctivosti (§ 6 OZ).

1.4.1.3 Kontraktační povinnost

Právní norma v určitých případech ukládá povinnost uzavřít pojistnou smlouvu. Smluvní přímus v povinném pojištění (§ 2779 a násl. OZ) se projevuje jako určité omezení smluvní autonomie z důvodu veřejného zájmu. Je-li určitá (zejména riziková) činnost podmíněna uzavřením pojištění, pak je na místě zajistit, že konkrétní osoba při splnění stanovených podmínek může danou činnost vykonávat. Jde o jasnou známku publicizace soukromoprávního vztahu, resp. privatizace některých funkcí státu.

Kontraktační povinnosti se také stanoví v případech, pokud jednotlivec nabízenou službu nutně potřebuje a nemá žádnou rozumnou alternativu (např. podle § 3 odst. 1 zákona č. 168/1999 Sb.). Z opačného úhlu pohledu se může jevit jako projev lidské solidarity (v duchu „vědomosti svých povinností vůči druhým a zodpovědnosti vůči celku“)⁴⁸ s osobami, které mohou utrpět újmu plynoucí z rizikových činností, a to tak, že jim v případě jejího vzniku bude plně uhrazena.

1.4.1.4 Pojistný zájem jako zastupující prvek veřejného pořádku

Veřejný zájem se však může projevovat i na jiných místech. Např. požadavek pojistného zájmu (§ 2761 a násl. OZ) není nic jiného než specifickým projevem veřejného pořádku ve smluvní úpravě pojištění. Má se jím zabránit, aby cizí majetek (čl. 11 LZPS) nebo život a zdraví (čl. 6 a čl. 31 LZPS) nebyly zneužity k získání majetkového prospěchu třetí osobou tím, že dojde ke zničení tohoto majetku nebo ohrožení lidského života, příp. zdraví. Pojištění tyto spekulativní momenty ze své povahy vytváří, a proto musí existovat určité specifické právní pojistky proti zneužití.⁴⁹

1.4.1.5 Ochrana spotřebitele

Rozvíjející se regulace ochrany spotřebitele může být považována za velmi dynamicky se profilující „odvětví“ práva,

neboť na rozdíl od ryzích smluvních úprav je tato oblast založena na poměru norem mezi evropskými předpisy a předpisy členských států. Tato oblast se mimořádně rychle vyvíjí a namísto minimální harmonizace principů ochrany slabší strany jsme svědky stále většího tlaku na maximální harmonizaci cestou velmi detailních pravidel.⁵⁰ Je nutné přiznat, že tyto tendence jsou prosazovány jako reakce na určitá tržní selhání. Je však nutné vždy zkoumat, zda tato pravidla jsou skutečným omezením smluvní autonomie, či spíše naopak (viz výše).⁵¹

ÚS stojí na stanovisku,⁵² že „ochrana spotřebitele nepředstavuje některé ze samostatně ústavně zaručených základních práv a svobod. Nutno zdůraznit, že i v zahraničních ústavách, které zmiňují postavení spotřebitele jako slabší strany vyžadující ochranu, se zpravidla jedná nikoli o subjektivní právo, nýbrž o ústavně vytyčený cíl politiky státu spojený s konkrétní úpravou ochrany spotřebitele v rovině obyčejného práva; tudíž provádění takové ústavně žádoucí politiky (ochrana slabší strany) má na postavení spotřebitele v oblasti základních práv především reflexní účinek (spotřebitel jako destinatář realizace pronijní a ústavně konformní činnosti státu)“.

1.4.1.6 Výkon veřejných funkcí

Lze pozorovat také fenomén, při kterém soukromé subjekty stále více vykonávají veřejné povinnosti s vládní podporou. Rozlišení na soukromé a veřejné subjekty je potom méně zřetelné. Podobně se hovoří o konstitucionalizaci soukromého práva, což souvisí s doktrínou ústavního státu chránícího důsledně ústavní práva proti jejich porušování ze strany jakéhokoliv subjektu, tedy nejen státu, resp. orgánů veřejné moci. V soukromém pojištění se to může projevit tak, že některé činnosti pojišťovny mohou plnit funkce, které by jinak zajišťoval stát (např. v dostupnosti zdravotní péče, příp. druhů náhrad souvisejících se vzniklými úrazy).⁵³

1.4.1.7 Zákaz diskriminace

S autonomií vůle se může střetávat princip rovnosti, resp. zákazu diskriminace. Sama autonomie vůle je v pozitivním smyslu předmětem garancí základních práv⁵⁴ a v případě horizontálního působení ostatních základních práv by takto horizontálně působil i tento princip.

Zákaz diskriminace, resp. požadavek rovného zacházení obsahuje např. § 2769 OZ. V tomto požadavku se promítá zásada zákazu diskriminace na základě zakázaných hledi-

- 1 Např. náleží ÚS ze dne 19. ledna 2017, sp. zn. I. ÚS 3308/16.
- 2 Bartoň, Michal, a kol. Základní práva. Praha: Leges, 2016, s. 57.
- 3 V rámci pozitivních závazků má stát povinnost chránit před zásahem do základních práv ze strany třetí osoby. To platí v kontextu *Evropské úmluvy o základních právech a svobodách*. V kontextu LZPS však platí spíše doktrína nepřímého účinku.
- 4 Tichý, Luboš. Podmínky používání základních práv v soukromém právu. In: Tichý, Luboš (ed.), *Základní lidská práva v jednotlivých právních odvětvích*. Praha: UK, 2006, s. 70.
- 5 Tichý, Luboš. Působení základních práv na soukromoprávní poměry a jeho meze (skica k doktríně prozařování). *Časopis pro právní vědu a praxi*, 2010, č. 1, s. 15.
- 6 Např. Ondřejek, Pavel. Konstitucionalizace soukromého práva na příkladu limitu jednání právnických osob. *Jurisprudence*, 2016, č. 4, s. 39.
- 7 Kühn, Zdeněk. Budování horizontálního konstitucionalismu: tři středoevropské strategie. In: Tichý, Luboš (ed.), *Základní lidská práva v jednotlivých právních odvětvích*. Praha: UK, 2006, s. 93; Schieman, Gottfried. *Základní práva v soukromém právu Spolkové republiky Německo*. Ibidem, s. 51–52.
- 8 Kühn, Zdeněk. Aplikace práva ve složitých případech. K úloze právních principů v judikatuře. Praha: Karolinum, 2002, s. 170.
- 9 Podle R. Alexyho mají základní práva a svobody povahu právních principů, které jsou

způsobily poměrování (in: Alexy, Robert. *Theorie der Grundrechte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994, s. 80 a násl.).

- 10 Kühn, op. cit. sub 8, s. 164.
- 11 Ten se jim přiznává např. v případě tzv. „právních mezer“. K pojmu „právé mezery“ srov. Melzer, Filip. *Metodologie nalézání práva: úvod do právní argumentace*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2011, s. 224–227.
- 12 Wagnerová, Eliška, a kol. *Listina základních práv a svobod*. Praha: Wolters Kluwer, 2011, s. 13, 22, 29.
- 13 Srov. náleží ÚS ze dne 7. června 1995, sp. zn. Pl. ÚS 4/95. + Srov. kritiku in: Basedow, Jürgen. *Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung im europäischen Privatrecht*. *Zeitschrift für Europäisches Privatrecht*, 2008, s. 230–251.
- 14 Princip rovnosti je třeba diferencovat a nelze mu automaticky dát přednost před principem autonomie vůle. V soukromém právu má spíše povahu smluvní spravedlnosti, jak vyplývá např. ze srovnání projektů UNIDROIT Principles nebo PECL, v nichž rovnost je substituována okolnostmi, jako je ekonomická nerovnost stran, újma spotřebitele, využití slabosti, zneužití situace. Z toho pohledu se jeví spíše jako nástroj vyvažování pozic smluvních stran plynoucí z faktické nebo jiné nerovnosti. K tomu slouží však i další korektivy, jakou jsou veřejný pořádek, dobré mravy, zákaz zneužití práva, požadavek rozumnosti a účelnosti aj.

sek, kterými jsou národnost, rasový nebo etnický původ nebo jiné hledisko odporující zásadě rovného zacházení podle jiného zákona,⁵⁵ včetně těhotenství nebo mateřství.⁵⁶ Kromě posledních dvou zmíněných tato kritéria zpravidla nemají vliv na výši pojistného rizika, a proto by jejich využití bylo čistě účelové, ačkoli statisticky mohou vznikat mezi těmito skupinami rozdíly. Antidiskriminační pravidla velí zvolit taková kritéria, která nepovedou k uplatňování stereotypů a předsudků.⁵⁷

Pojistitel tak v soukromí sice může být např. rasistou,⁵⁸ nicméně uplatnění zakázaného kritéria pro něj má určité právní následky. Sankcí za porušení tohoto pravidla je nicotnost zvýšení pojistného nebo snížení pojistného plnění. Tato opatření samozřejmě mohou rovněž sledovat cíle sociální politiky, pokud se týkají dosažení rovnosti při stanovování výše pojistného, avšak mohou sloužit i dalším cílům, jako je rozložení rizika mezi více subjektů, redistribuci výnosů či stabilizaci pojistného.⁵⁹

1.4.2 Možnost ingerence veřejnoprávních orgánů

Pohybujeme-li se na úrovni ochrany poskytnuté orgánem uplatňujícím veřejnou moc, pak hovoříme o situaci, při které příslušný orgán při interpretaci normy nebo dotváření práva např. musí poměřovat dotčené principy a hodnoty při vlastním teleologickém výkladu (vhodnost, přiměřenost, závažnost). V tomto případě orgán veřejné moci aplikuje ústavní hodnoty a principy na konkrétní případ a svým způsobem tak právo též vytváří (§ 10 OZ).⁶⁰

Podle R. Alexyho se při poměrování v kolizi stojících práv a hodnot při řešení vychází z uplatnění tzv. „pravidla poměrování“, které říká, že „čím větší je míra nenaplnění či újma na jednom principu, tím vyšší musí být míra naplnění druhého principu“.⁶¹ Při hledání řešení kolize se postupuje směrem od legality, legitimacy až k proporcionalitě *stricto sensu*.⁶²

Z hlediska testu vhodnosti nemohou být přiměřené ty prostředky, které nejsou (absolutně) způsobily dosáhnout cíle, k němuž mají směřovat. Jestliže daný princip neobstojí v tomto testu, pak není již nutné další testy provádět. Při odpovědi na tuto otázku jde o zkoumání primárně faktických, a nikoliv právních hledisek.⁶³ Hodnocení dalších dvou testů může být do značné míry subjektivní⁶⁴ a záviset na „předporozumění“.⁶⁵ Kritérium potřebnosti nesplňuje situace, pokud zde existuje alternativa, která je způsobila

dosáhnout cíle, ale při menším omezení základního práva, přičemž orgán veřejné moci nedisponuje takovou mírou uvážení,⁶⁶ která by tento nedostatek ospravedlnila.⁶⁷ Test proporcionality v užším smyslu vyžaduje, aby závažnost zásahu a tíha důvodů ospravedlňujících tento zásah byly ve vzájemném vztahu.

Při testu proporcionality v užším smyslu využívá ÚS metodu tzv. „vážící formule“, která rozlišuje hlediska závažnosti na nízká, střední nebo vysoká. Není bez zajímavosti, že tato kritéria se do určité míry překrývají s kritérii hodnocení míry intenzity přezkumu základních práv. ÚS stanovil specifickou vážící formuli např. v nálezu ze dne 12. října 1994, sp. zn. Pl. ÚS 4/94, spočívající ve zvažování empirických, systémových, kontextových a hodnotových argumentů.⁶⁸

Na tomto místě je nutné zmínit, že ÚS využívá také další testy, tj. test minimalizace zásahů do základních práv,⁶⁹ a test racionality (*rational basis*), např. v sociálních právech,⁷⁰ který se jeví jako rozumný, nikoli jako nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší,⁷¹ např. ve věci zákonného pojištění.⁷² V případě, že zkoumaná úprava zasahuje do esenciálního jádra sociálního práva, je namísto použití přísnějšího testu, a to testu proporcionality.⁷³ Testy vyloučení extrémní disproportionality i racionality představují ve srovnání s testem proporcionality v intenzitě příkazu k optimalizaci nižší stupeň intenzity přezkumu.⁷⁴

Samostatnou otázkou je pak míra ingerence těchto orgánů z důvodu veřejného zájmu (např. zahájení řízení *ex officio*). V této rovině pak lze rozlišit případy, kdy případné rozpor řešení příslušný orgán na základě návrhu dotčené osoby a kdy jedná z úřední povinnosti.⁷⁵ Limitem činnosti těchto orgánů je pak zákonná licence (§ 2 odst. 3 Ústavy ČR, čl. 2 odst. 2 LZPS).

Rozhodování ústavních soudů zejména o základních právech a svobodách snad ani jinak uchopit nelze než podle právních principů, pro časté kolize hodnot a nedostatek jednoduchých a konkrétních právních pravidel. Prostor pro uvážení ÚS bude vždy široký.⁷⁶

1.4.3 Zohlednění základních práv v mezích právního jednání

Od interpretace právní normy soukromého práva je nutné odlišovat výklad právního jednání, které působí následky v něm vyjádřené. Z § 555–558 OZ nedovodíme přímo příkaz

- 15 Knapp, Viktor. Tvorba práva a její současné problémy. Praha: Linde, 1998, s. 59 a násl.
 16 Např. náleží ÚS ze dne 17. května 1994, sp. zn. Pl. ÚS 36/93.
 17 Lüth – Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15. ledna 1958, DÖV 1958.
 18 Např. Wagnerová, Eliška. Poznámky k vývoji a k různým pojetím základních práv. Politologický časopis, 1995, č. 1, s. 43–48.
 19 Nález ÚS ze dne 21. prosince 1993, sp. zn. Pl. ÚS 19/93.
 20 Nález ÚS ze dne 21. října 2008, sp. zn. IV. ÚS 1735/07.
 21 Nález ÚS ze dne 14. července 2004, sp. zn. II. ÚS 30/03.
 22 Melzer, Filip – Tégl, Petr. § 1. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek I, § 1–117. Praha: Leges, 2014, s. 45.
 23 Např. náleží ÚS ze dne 28. ledna 2004, sp. zn. I. ÚS 546/04: Podmínkou fungování právního státu je respektování autonomní sféry jednotlivce.
 24 Melzer, Filip. Právní jednání a jeho výklad. Brno: Václav Klemm, Brno, 2009, s. 18.
 25 Melzer, F. – Tégl, P., op. cit. sub 23, s. 30.
 26 K pojetí pozitivní a negativní svobody srov. Berlin, Isaiah. Dva pojmy svobody. In: János, Kis. Současná politická filosofie: sborník textů anglosaských autorů 20. století. Praha: Oikymen, 1997, s. 47–99.
 27 Např. usnesení ÚS ze dne 23. dubna 1998, sp. zn. II. ÚS 20/98.
 28 Srov. Weber, Max. Politika jako povolání. In: Weber, Max. Metodologie, sociologie a politika. Praha: OIKOYMENH, 1998, s. 246 a násl.
 29 Micklitz, Hans-Wolfgang. The Many Concepts of Social Justice in European Private Law. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2011, s. 3–57.
 30 Srov. Hapla, Martin. Důstojnost a lidská práva: užitečné spojení, nebo účelová fráze? In: Večeřa, Miloš – Stachoňová, Monika – Hapla, Martin (eds.). Weyrův den právní teorie. Sborník příspěvků z konference. Brno: Masarykova univerzita, 2015, s. 25 a násl.; Šimáčková, Kateřina. Ostych před důstojností jako právním pojmem anebo Kdy se soudce bez důstojnosti neobejde? Ibidem, s. 10 a násl.
 31 Srov. Sedláček, Jakub. Constitutional Law and Economics – (jak) lze využít ekonomickou analýzu v ústavním právu? In: Antoň, Marek – Wintř, Jan (eds.). Ústavní právo a ekonomie. Praha: UK, 2016, s. 125.
 32 Sobek, Tomáš. Právní welfarismus; Machalová, Tatiana – Večeřa, Miloš, a kol. Aktuální otázky metodologie právního myšlení. Praha: Leges, 2015, s. 274 a násl.; Sobek, Tomáš. Právní rozum a morální cit. Hodnotové základy právního myšlení. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2016, s. 159 a násl.
 33 Kubáň, Drahomír. Ústavněprávní rámec soukromoprávních vztahů v pojištění. Pojistné rozpravy, 2009, č. 24, s. 23 a násl.

k ústavně konformnímu výkladu právních jednání. Požadavek, aby byla právní jednání interpretována vždy v souladu s ústavním pořádkem, plyne z obecného ustanovení § 547 OZ, podle něhož musí právní jednání obsahem a účelem odpovídat zákonu (*a fortiori* tedy i ústavnímu zákonu).⁷⁷

Pohybujeme-li se na úrovni smlouvy jako výrazu práva na sebeurčení a svobodného uspořádání obsahu vlastních vztahů, nelze bez dalšího aplikovat ústavní principy a hodnoty, ale je nutné také vycházet ze zásady „Práva náležejí bdělým“, podle toho, zda realizace ochrany je podmíněna vlastní iniciativou dotčených soukromých osob.⁷⁸ Nabízí se tak otázka, jaký by byl vlastně smysl soukromého práva, pokud by jakýkoliv spor mohl být přenesen na ústavní úroveň a řešen pomocí abstraktních hodnot rovnosti, spravedlnosti, důstojnosti apod. Bez zohlednění širšího kontextu by tak byl význam soukromého práva potlačen.

V konečném důsledku je také složkou práva na sebeurčení možnost uzavřít nevýhodnou smlouvu.⁷⁹ Je-li právní jednání projevem svobodné vůle, pak by měla převážet autonomie vůle, ačkoli důsledky rozhodnutí by byly pro smluvní stranu následně nevýhodné,⁸⁰ resp. právní jednání by mělo být vykládáno tak, aby odpovídalo vůli smluvních stran.⁸¹ V systému nehierarchického uspořádání hodnot však ani autonomie vůle vždy nepřevládá a musíme i zde provádět poměrování relevantních hodnot a principů. Jde také o to, do jaké míry připustíme, že právo je pohyblivý systém,⁸² který existuje jako výsledek působení jistých sil.⁸³

Nelze však provést poměrování na ústavní úrovni a výsledek jednoduše promítnout do soukromého práva, ale poměřovat je nutné jak na úrovni ústavního práva, tak práva soukromého,⁸⁴ které má své vlastní principy. V rámci soukromého práva vstoupí do poměrování určité ústavněprávní argumenty, které budou prozařovat do celého právního systému.⁸⁵

V našem případě bychom tedy poměřovali např. ústavní svobodu (právně jednat) s materiální rovností či (smluvní) spravedlností,⁸⁶ která by vyžadovala v případě faktické nerovnosti subjektů soukromoprávního vztahu určitá omezení silnější smluvní strany⁸⁷ k obnovení rovnováhy mezi smluvními stranami. Při realizaci tohoto poměrování by hrála roli řada faktorů, především míra faktického omezení svobody právního jednání v případě uzavírání smluv s pojišťovna-

mi, faktické zatížení spotřebitelů jako důsledek nerovného postavení ve vztahu k pojišťovnám a v neposlední řadě i význam, jaký je v daném státě připisován hodnotám svobody a rovnosti.⁸⁸

S tímto výkladem souvisí také výklad podle nadřazeného práva, jsou-li aplikovány principy a hodnoty vyšší právní síly.⁸⁹ Z tohoto pohledu je názorným příkladem kolize požadavku transparentnosti a jednoduchosti, které nejsou v přímém protikladu, ale převaha jednoho oslabuje druhý. To se projevuje např. v tom, že jednoduché sdělení informací má zákazníkovi usnadnit učinění informovaného rozhodnutí za podstatně nižších transakčních nákladů, které by byl nucen vynaložit studiem všech podmínek smlouvy (např. údaj o celkové ceně). Na druhou stranu příliš jednoduché sdělení, ačkoli samo o sobě pravdivé, může vyvolat mylnou představu o tom, jak se budou jednotlivé složky nákladů projevovat v hodnotě poskytovaných služeb, což narušuje právní jistotu a legitimní očekávání (např. v otázce účtování určitých poplatků).

1.5 Generální klauzule a neurčité právní pojmy

Velmi podstatnou roli při pronikání principů a hodnot základních práv do soukromého práva sehrávají tzv. „generální klauzule“ a další neurčité právní pojmy (např. „důvody zvláštního zřetele hodné“, „veřejný pořádek“, „dobré mravy“, „poctivost“, „dobrá víra“, „nedbalost“, „odborná péče“ apod.). Je potom na orgánu veřejné moci, aby provedl hodnocení nepřímého účinku základních práv a aplikoval dostatečně „prozařené“ soukromoprávní normy. I proto vyslovuje ÚS, že „při výkladu či aplikaci jednoduchého práva na takové vztahy jsou soudy povinny toto prozařování pečlivě vážit a brát v potaz tak, aby současně dostály své povinnosti poskytovat ochranu jak právům v rovině jednoduchého práva, tak právům základním. [...] základní práva toliko prozařují skrze normy jednoduchého práva, nepůsobí však přímo mezi účastníky konkrétního právního vztahu“.⁹⁰

Obsah těchto standardů (s relativně neurčitou hypotézou) je zapotřebí konkretizovat za pomoci objektivního hodnotového řádu. Z OZ lze uvést např. ustanovení § 580, podle kterého je mj. neplatné právní jednání, jež je v rozporu se zákonem nebo se příčí dobrým mravům, pokud to smysl a účel zákona vyžadují. Na základě ustanovení § 8 OZ nepoživá právní ochrany výkon práva, který je jeho zjevným zneužitím.

- 34 Clarke, Malcolm. *Policies and Perceptions of Insurance Law in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press, 2005, s. 251.
- 35 Prölss, Erich Robert – Martin, Anton, a kol. *Versicherungsvertragsgesetz. Kommentar zu VVG und EGVVG mit Rom I-VO*. München: C. H. Beck, 1998, s. 54.
- 36 V soukromém pojištění však zcela princip solidarity neplatí, ale je charakteristické tzv. „mutualismem“. Člověk se totiž nepojišťuje proto, že chce zabezpečit ostatní, ale proto, že chce zabezpečit sebe cestou kolektivní úspory. Jiný smysl úplata v podobě pojistného nemá. Srov. Engliš, Karel. *Vybrané kapitoly z národního hospodářství*. Praha: Státní nakladatelství, 1925, s. 51: *Formou egoismu je mutualismus, při němž člověk zdánlivě pečuje o zájmy cizí, avšak jen proto, aby pojistil vlastní, jako při pojišťování*.
- 37 Prölss, Erich Robert, a kol. *Versicherungsaufsichtsgesetz mit Europäischem Gemeinschaftsrecht und Recht der Bundesländer*. 11. Aufl., München: C. H. Beck, 1996, s. 152.
- 38 Srov. Schieman, Gottfried. *Základní práva v soukromém právu Spolkové republiky Německo*. In: Tichý, Luboš (ed.). *Základní lidská práva v jednotlivých právních odvětvích*. Praha: UK, 2006, s. 47.
- 39 Melzer, F. – Tégl, P., op. cit. sub 23, s. 46.
- 40 Např. nález ÚS ze dne 25. května 2011, sp. zn. IV. ÚS 2842/10.

- 41 Srov. např. směrnici Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění, a její prováděcí nařízení.
- 42 Srov. rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ze dne 15. října 2010, sp. zn. 2 Ans 7/2010 – 175.
- 43 Hurdík, Jan – Lavický, Petr. *Systém zásad soukromého práva*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010, s. 95.
- 44 Srov. Šimek, Robert. *Povinnost pojistitele sdělit údaje před uzavřením smlouvy jako nástroj pomoci ke svépomoci?* (dosud nepublikován).
- 45 Bejček, Josef. *Smluvní svoboda a ochrana slabšího obchodníka*. Brno: Masarykova univerzita, 2016, s. 82 a násl.; Bejček, Josef. *Soukromoprávní ochrana slabšího obchodního partnera*. *Bulletin advokacie*, 2015, č. 7–8, s. 24 a násl.
- 46 V případě vyžadování zdravotní prohlídky nebo prohlídky majetku by právo na informace mohlo být v kolizi s právem na ochranu soukromí, příp. s právem na ochranu osobnostních práv.
- 47 Srov. § 82 a násl. zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění.
- 48 Srov. preambuli *Ústavy ČR*.
- 49 Těmi jsou např. nezbytné souhlasy pojištěného s důležitými smluvními dispozicemi (např. podle § 2767, § 2768, § 2826, § 2831 aj.).

Ustanovení soukromého práva s touto povahou generálních klauzulí a neurčitých právních pojmů tvoří místa průniku, kterými ústavní práva a hodnoty vstupují do soukromoprávních vztahů. Tato místa vlomu však v minulosti byla nacistickou právní filozofií zneužita, a proto je k nim třeba přistupovat velmi obezřetně.⁹¹ Je také otázkou, zda je nutné mít místa průniku vzhledem k tomu, že bychom si vystačili s přímým nebo nepřímým zákazem založeným na generálních klauzulích nebo neurčitých právních pojmech.

V soukromém pojištění bude tento průnik představovat nejčastěji princip poctivosti podle § 6 OZ a dobré víry. Pojistná smlouva je již tradičně řazena mezi závazek kromovýběné poctivosti a dobré víry.⁹² V úvahu přichází také již zmíněný korektiv dobrých mravů. Právně jednat proti dobrým mravům může např. ten, kdo zachází s člověkem pouze jako s objektem, čímž omezuje jeho důstojnost.⁹³ Na druhou stranu, jakékoliv subjektivně pocíťované limitování svobody jednat nemůže být označeno pouze z tohoto důvodu za jednání proti dobrým mravům. To je nutné hodnotit případ od případu.

Pojistná smlouva ze své povahy tíhne k hromadnému uzavírání, ačkoli existují i výjimky z pravidla.⁹⁴ Pojistiteli tak většinou bude svědčit domněnka profesionála a osoby, která má povinnost jednat s odbornou péčí (§ 5 odst. 2 OZ). Nikdo nesmí pro nedostatek věku, rozumu nebo pro závislost svého postavení utrpět nedůvodnou újmu (§ 3 odst. 2 písm. c) OZ). Podle § 433 OZ tak pojistitel nesmí svou kvalitu odborníka ani své hospodářské postavení zneužít k vyvážení nebo k využití závislosti slabší strany a k dosažení zřejmě a nedůvodně nerovnováhy ve vzájemných právech a povinnostech. Míra této nutné (odborné) péče se pak může lišit podle druhu, povahy a složitosti dané činnosti. Předpokládá se tedy zachování ekvivalence.⁹⁵

2 Příklady řešené ÚS

2.1 Amortizace vozidla a náhrada škody

2.1.1 Znalecký posudek stanovil nižší hodnotu po opravě
ÚS svou rozhodovací činností zasahuje do soukromoprávních vztahů z pojištění spíše výjimečně.⁹⁶ Zabýval se např. otázkou sporu o zaplacení nevyplacené části pojistného plnění na základě pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (POV),⁹⁷ ve kterém odvolací soud pojistné plnění snížil, s poukazem na zhodnocení vozidla. Stěžovatel namítal, že

na škodě neměl žádnou spoluúčast a mělo by dojít k její náhradě tak, aby vlastník motorového vozidla mohl vozidlo používat v nezměněném rozsahu jako před dopravní nehodou. Pojišťovna odmítala z důvodu amortizace vozidla zaplatit v plném rozsahu zcela nové náhradní díly (poškozená část vozidla nebyla nová, a nebylo tedy možné tuto část opravit zcela novými díly na náklady pojišťovny).

Obecné soudy argumentaci pojišťovny přisvědčily, přestože podle vypracovaného znaleckého posudku byla hodnota vozidla i po této opravě novými díly nižší než jeho hodnota před dopravní nehodou. Podle ÚS musí soud nejen formálně respektovat právo, ale jeho výklad a aplikace musí směřovat k výsledku spravedlivému. ÚS dovodil, že rozsah náhrady škody musí zohlednit výši všech nutných prostředků, které byl poškozený nucen vynaložit k obnovení původního majetkového stavu, v daném případě k opravě vozidla tak, aby bylo z technického hlediska stejně provozuschopné jako před škodní událostí. Pokud obnovení původního majetkového stavu není možné jinak než za použití nových náhradních dílů, nelze přenášet povinnost k úhradě nákladů na poškozeného.

2.1.2 Znalecký posudek stanovil vyšší hodnotu po opravě

Na skutkově podobnou situaci navázal ÚS ve svém dalším nálezu,⁹⁸ přičemž uvedl, že není možné po poškozeném požadovat, aby doplácel na nehodu, pokud opravou vozu, který by poškozený jinak nemohl v důsledku zavinění jiného užívat, nedošlo ke zcela zjevnému přínosu pro poškozeného.

Oproti předešlé kauze znalec uvedl, že v důsledku oprav ke zhodnocení vozidla došlo a vozidlo by mohlo být prodáno za vyšší cenu než před nehodou. Podle ÚS „vedené rozdíly nicméně nezbavují obecné soudy povinnosti řídit se nosnými důvody nálezu sp. zn. II. ÚS 2221/07. [...] Jinými slovy, i kdyby bylo předmětné vozidlo provedenou opravou skutečně zhodnoceno a nacházelo se v podstatně lepším stavu než před nehodou, stále jsou soudy povinny posoudit, zda je toto technické zhodnocení s to převážit snížení tržní hodnoty vozidla plynoucí z informace, že vozidlo bylo havarováno“.

2.2 Princip plného odškodnění

2.2.1 Újma na zdraví

V jiné věci⁹⁹ ÚS aplikoval princip tzv. „plného odškodnění na zdraví“¹⁰⁰ v rámci otázky výše pojistného plnění a do-

- 50 Např. nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014, o sdělení klíčových informací týkajících se strukturovaných retailových investičních produktů a pojišťovacích produktů s investiční složkou.
- 51 Srov. nálezy ÚS ze dne 11. listopadu 2013, sp. zn. I. ÚS 3512/11: [...] ochrana spotřebitele se nepohybuje jen na úrovni podústavního práva, nýbrž má dopad právě i do ústavní roviny. Konkrétní ochranu spotřebitele lze podle tohoto nálezu podřadit pod ústavní princip rovnosti, a to v jeho materiálním či faktickém pojetí (čl. 1 LZPS).
- 52 Např. nálezy ÚS ze dne 10. dubna 2014, sp. zn. III. ÚS 3725/13.
- 53 Konkrétně jde např. o systém pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za pracovní úrazy a nemoci z povolání.
- 54 Scheu, Harald Christian. Problematika rasové diskriminace v rámci občanskoprávních vztahů podle rakouské dogmatiky. In: Machalová, T., a kol. Lidská práva proti rasismu. Brno: Doplněk, 2001, s. 176.
- 55 Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).
- 56 Jde o transpozici 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.
- 57 Ivičič, Marek. Zásada rovného zacházení v soukromém právu pohledem práva ústavního. In: COFOLA 2010: the Conference Proceedings. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 537–543.
- 58 Srov. Bobek, Michal – Boučková, Pavla – Kühn, Zdeněk (eds.). Rovnost a diskriminace. Praha: C. H. Beck, 2007, s. 115.
- 59 Tennyson, Sharon. Challenges and Approaches to Consumer Protection in the Insurance Industry. In: Liedtke, Patrick M. – Monkiewicz, Jan (eds.). The Future of Insurance Regulation and Supervision. A Global Perspective. Palgrave Macmillan, 2011, s. 195.
- 60 OZ neobsahuje odkaz na přirozené principy právní ve smyslu ABGB, neboť by se tím vytvořila alternativní „grundnorm“. Srov. Gerloch, Aleš, a kol. Teorie a praxe tvorby práva. Praha: ASPI, 2008, s. 98–99.
- 61 Alexy, Robert. Theory of Constitutional Rights. Oxford: Oxford University Press, 2002, s. 102.
- 62 Alternativní zásada nezbytnosti zásahu orgánu veřejné moci do autonomie jednotlivce se vyvinula z pruského policejního práva. Srov. Ondřejek, Pavel. Princip proporcionality a jeho role při interpretaci základních práv a svobod. Praha: Leges, 2012, s. 139–140. Test nezbytnosti se uplatňuje např. podle čl. 52 odst. 2 Listiny základních práv EU.

vodil, že „závazek státu zajistit ochranu zdraví jedince se může projevit i v soukromoprávní oblasti, a to zakotvením povinnosti škůdce nahradit poškozenému utrpěnou škodu na zdraví tak, aby poškozený disponoval dostatečnými finančními prostředky k podniknutí všech potřebných kroků za účelem obnovení zdraví, příp. k vytvoření podmínek pro svou důstojnou existenci, není-li plné obnovení zdraví možné“.

ÚS dále dodává, že „při výkladu pojmu ‚skutečná škoda‘ však nelze opomíjet imperativ ústavně konformního výkladu, tedy je nutno tento pojem interpretovat tak, aby byla plně zajištěna ochrana ústavně zaručeným právům a svobodám. V této souvislosti je třeba věnovat zvláštní pozornost zásadě odškodnění utrpěného porušení ústavně zaručených práv, které – jak bylo dovozeno – má být úplné. Má-li být pak odstraněno zmenšení majetkového stavu poškozeného v jeho úplnosti, nelze pojem ‚skutečná škoda‘ ztotožňovat se škodou na věci (srov. ustanovení § 443 OZ), tj. toliko se škodou, která se následkem protiprávního jednání na věci přímo projevila, ale je nutno jej vykládat extenzivněji, ve smyslu zahrnutí všech ostatních nákladů, kterým byl poškozený vystaven v příčinné souvislosti s protiprávním jednáním škůdce a škodou vzniklou přímo na věci“.

2.2.2 Parciální škoda na věci

V podobné věci¹⁰¹ obecné soudy nepřiznaly stěžovateli nárok na náhradu škody v plném požadovaném rozsahu. Klíčovou právní otázkou, která byla předložena, byl výklad pojmu „skutečná škoda“ ve smyslu ustanovení § 442 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb., ve znění účinném od 1. ledna 1992 do 31. prosince 2013.

V odůvodnění ÚS odkázal na předchozí nálezy (sp. zn. IV. ÚS 444/11),¹⁰² přičemž uvedl, že odškodněním je chápána škála opatření s cílem napravit způsobenou újmu a uvést oběť do postavení, ve kterém se nacházela před protiprávním jednáním, a to v rozsahu, v jakém je to možné. *Takto vymezenému principu úplného odškodnění zásahu do práv je navíc třeba rozumět v tom smyslu, že při vyčíslování výše škody (pro účely onoho úplného odškodnění) si orgány veřejné moci nemohou počínat formalisticky, nýbrž musí reflektovat sociální a ekonomickou realitu, zejména pak tržní vlivy.*

2.2.3 Totální škoda na věci

V jiném podobném případě¹⁰³ ÚS řešil spor o zaplacení pe-

něžitě částky z titulu regresního nároku. Podle dovolacího soudu se výše peněžitě náhrady škody způsobené poškozením vozidla na území ČR stanoví na podkladě cen platných v ČR a nezávisle na okolnostech nesouvisejících se škodní událostí, kdy za takovou okolnost označil i státní občanství či bydliště poškozeného vlastníka vozidla, jemuž za škodu odpovídá osoba povinná k náhradě škody podle českého právního řádu. Při určení náhrady škody se vychází z obvyklé ceny věci k okamžiku zničení (poškození), popř. z nákladů na uvedení věci do původního stavu.

V navazujícím řízení dovolací soud odmítl odkaz stěžovatelky na rozhodnutí ÚS (II. ÚS 2221/07 a I. ÚS 1902/13), která považoval za nepřiléhavá, neboť se tyto případy liší od případu stěžovatelky, v němž jde o tzv. „totální škodu“, u jejíž náhrady nepřichází v úvahu zohlednění účelnosti vynaložených nákladů na odstranění škody.

V této souvislosti ÚS uvedl, že mu „obecně nepřísluší zasahovat do procesu tvorby občanskoprávní doktríny odškodňování na půdě Nejvyššího soudu. Je však povinen zasáhnout, dojde-li při aplikaci této doktríny k poškození ústavněprávně zaručených práv dotčených osob. Obecné soudy založily interpretaci ustanovení dotýkajících se určení výše náhrady škody způsobené na věci jejím zničením (v projednávaném případě byla zjištěna totální škoda na osobním automobilu, tj. stav, kdy náklady na opravu by zásadně přesáhly cenu věci před poškozením) na kritériu cenových relací v čase a místě škodní události. Kritérium místa pobytu poškozeného považovaly za nerelevantní, resp. zdůraznily, že při odškodnění lze brát v úvahu pouze okolnosti objektivní, mezi něž nepatří fakt, že poškozený je cizí státní občan žijící mimo ČR. Opačně např. rakouská právní praxe je založena na doktríně, podle níž je výše náhrady škody určována dle cenových poměrů místa, kde je (byla) věc obvykle užívána, resp. s ohledem k místu pobytu poškozeného, tj. místu, k němuž má věc nejbližší vztah [...]. Volba rozhodného kritéria pro odškodnění Nejvyšším soudem nemusí sama o sobě vést k porušení základních práv. Při rozhodování o odškodnění je však třeba ctít princip spravedlivého, resp. plného odškodnění, akcentovaný judikaturou ÚS“.

2.2.4 Náhradní vozidlo v případě totální škody

V poslední době vydal ÚS nálezy¹⁰⁴ týkající se otázky nároku na náhradní vozidlo v případě totální škody, ve kterém Nejvyššímu soudu vytkl dosavadní přístup¹⁰⁵ a konstatoval,

- 63 Ondřejek, Pavel. Princip proporcionality a interpretace omezení základních práv v ústavním právu. In: Gerloch, Aleš – Tryzna, Jan – Wintř, Jan (eds.). Metodologie interpretace práva a právní jistota. Plzeň: Aleš Čeněk, 2012, s. 263.
- 64 Bartoň, M., op. cit. sub 2, s. 99–100.
- 65 Např. Hlouch, Lukáš. Teorie a realita právní interpretace. Plzeň: Aleš Čeněk, 2011, s. 95 a násl.
- 66 K tomu srov. Kopa, Martin. Doktrína prostoru pro uvážení (Margin of Appreciation) v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva. Praha: Leges, 2012.
- 67 Ondřejek, P., op. cit. sub 63, s. 109.
- 68 K možné úpravě vázící formule srov. Košař, David. Kolize základních práv v judikatuře Ústavního soudu ČR. Jurisprudence, 2008, č. 1, s. 3 a násl., a také Wintř, Jan. Alexyho vázící formule. Právník, 2016, č. 5, s. 446 a násl.
- 69 Posuzuje se zde pluralita možných prostředků ve vztahu k zamýšlenému účelu a jejich subsidiarita z hlediska ústavou chráněné hodnoty – základního práva nebo veřejného zájmu. Lze-li sledovaného účelu dosáhnout alternativními prostředky, je pak ústavně konformní ten, jenž danou ústavně chráněnou hodnotu omezuje v míře nejmenší. Srov. náleze ÚS ze dne 15. ledna 2009, sp. zn. IV. ÚS 1554/08.

- 70 Např. Broz, Jan. Princip proporcionality a socioekonomická práva. Lze poměřovat sociální práva s liberálními? In: Wintř, Jan – Antoš, Marek (eds.). Sociální práva. Praha: Leges, 2011, s. 62–74.
- 71 Aplikovaný v podobě vyloučení extrémní disproportionality. Srov. náleze ÚS ze dne 13. prosince 2005, sp. zn. Pl. ÚS 6/05. K arbitrálnosti přístupu ÚS srov. Antoš, Marek. Judikatura Ústavního soudu k sociálním právům: Nikoliv nutně nejlepší, nejmoudřejší, nejúčinnější či nejmoudřejší? Jurisprudence, 2014, č. 6, s. 3 a násl.
- 72 Srov. náleze ÚS ze dne 18. srpna 2004, sp. zn. Pl. ÚS 7/03.
- 73 Náleze ÚS ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.
- 74 Červínek, Zdeněk. Standardy přezkumu ústavnosti v judikatuře Ústavního soudu. Jurisprudence, 2015, č. 4, s. 21 a násl. L. Vyhnánek k tomu dodává, že vhodnější je přístup založený na ochraně jádra, in: Vyhnánek, Ladislav. Proporcionálně či jinak? Problém ústavního přezkumu zásahů do sociálních práv. Časopis pro právní vědu a praxi, 2014, č. 3, s. 203 a násl.
- 75 Zvláštnost pojištění spočívá v tom, že nad výkonem pojišťovací činnosti je prováděn dohled ze strany České národní banky.
- 76 Wintř, Jan. Základní práva jako právní principy. In: Tichý, Luboš (ed.). Základní lidská práva v jednotlivých právních odvětvích. Praha: UK, 2006, s. 151.

že „podstatou náhradního vozidla je umožnit pojištěnci zachování určitého životního standardu v situaci, kdy dojde k částečnému nebo totálnímu poškození vozidla. Poskytnutím náhradního vozidla nebude poškozený ponechán v tísní a bude mu umožněno vést – co do kvality – obdobný život jako před dopravní nehodou. [...] Obecné soudy se musí vypořádat s tím, jakým způsobem ovlivňuje prohlášení pojišťovny o škodě způsobené na vozidle celkovou výši škody. Podle náhledu ÚS není výše škody v obdobných případech dána jen hodnotou zničeného vozidla, ale též náklady, které by poškozený nemusel vynaložit v případě, že by ke škodě nedošlo. Ve své podstatě tak není důvodu, pro který by tyto náklady, jsou-li účelně vynaloženy, měl nést právě poškozený“.

Podle ÚS „výklad a aplikace práva nemohou být odtrženy od reálného života a musí zohlednit tu skutečnost, že ne každý poškozený je natolik solventní, aby si mohl dovolit zakoupit nové vozidlo, aniž by čekal na zaslání finančních prostředků od pojišťovny“.

2.3 Tzv. „lovci nehod“

Předmětem přezkumu se stal také spor mezi pojišťovnou a společností, která se likvidací pojistných událostí zabývá jako podnikatelský profesionál (tzv. „lovec dopravních nehod“).¹⁰⁶ Předmětem sporu byla výplata pojistného plnění z POV. Předmětný spor tak neměl „slabší stranu“.

„Podnikání s pojistnými událostmi“ nemusí být samo o sobě nemravné, musí se však dít v rámci férových pravidel a nesmí být namířeno proti podstatě institutu tzv. „povinného ručení“, primárně určeného k odškodnění nevinných obětí dopravních nehod, nikoliv k tomu, aby se prostřednictvím systému pojištění obchodovalo s fiktivními pohledávkami na náhradu škody. S ohledem na četnost dopravních nehod se problematika řešená v této kauze dotýká tisíců poškozených, škůdců i řady pojištěven.¹⁰⁷

V této souvislosti ÚS zmiňuje, že „dosahování zisku je smyslem podnikání, které zaslouží respekt a ochranu – nesmí se však dít parazitujícím a právo zneužívajícím způsobem. ÚS má vážné pochybnosti o tom, zda podnikání vedlejší účastnice bylo vedeno ve férovém duchu, v souladu s dobrými mravy – minimálně tím se měl odvolací soud zabývat, nikoliv jen konstatovat, že námitka o parazitování je z lidského hlediska pochopitelná, avšak nemá opodstatnění“.¹⁰⁸

Kritérium dobrých mravů¹⁰⁹ byly soudy povinny brát v úvahu i v režimu „starého“ OZ, nehledě na to, že odvolací soud již rozhodoval dlouho poté, kdy nabyl účinnosti OZ „nový“, který v ustanovení § 2 odst. 1 a 3 zřetelně uvádí: *Každé ustanovení soukromého práva lze vykládat jenom ve shodě s LZPS a ústavním pořádkem vůbec.*

2.4 Úpadek cestovní kanceláře

2.4.1 Vlastnické právo pojišťovny

Další ze série kauz se týká pojištění pro případ úpadku cestovní kanceláře. V první z nich¹¹⁰ bylo stěžovatelce uloženo zaplatit žalobkyni částku 12 514 Kč s příslušenstvím. Titulem byl pojistný nárok z důvodu neuskutečnění zájezdu cestovní kanceláří, která měla uzavřenou pojistnou smlouvu se stěžovatelkou. K námitce stěžovatelky, že žalobkyni náležela výplata pouze části ceny zájezdu z důvodu nedostatečné výše pojistného krytí ve smlouvě mezi stěžovatelkou a cestovní kanceláří, obvodní soud uvedl, že pokud tato pojistná smlouva obsahuje ustanovení, která jsou v rozporu se zákonem, jsou neplatná a nemohou jít k tíži žalobkyně jako spotřebitelky, jež má zákonný nárok na náhradu zaplacené ceny neuskutečnění zájezdu v plném rozsahu.

Městský soud v Praze napadeným rozsudkem prvoinstanční rozhodnutí potvrdil. Podle jím provedeného výkladu českých právních předpisů má zákazník cestovní kanceláře právo na úhradu celé částky neuskutečnění zájezdu bez ohledu na případná jiná ujednání v pojistné smlouvě mezi cestovní kanceláří a pojišťovnou. V ústavní stížnosti ÚS však neshledal nic, co by věc posunulo do ústavněprávní roviny (čl. 11 Ústavy ČR), a proto ústavní stížnost odmítl.

2.4.2 Výklad in favorem conventionis

V následujících kauzách se pojišťovna opět domáhala svého práva prostřednictvím ústavní stížnosti. V prvním případě¹¹¹ ústavní rozměr shledán nebyl, přičemž na námitku stěžovatelky ÚS uvedl, že „je ochráncem ústavnosti a smyslem ústavní stížnosti je podle § 72 odst. 1 písm. a) zákona o ÚS ochrana základních práv nebo svobod zaručených ústavním pořádkem. Není tedy jeho úkolem bdít nad tím, zda je rozhodovací činnost obecných soudů souladná se zákonem či s právem EU, ani není jeho úkolem sjednocovat jejich judikaturu v otázce výkladu zákonů či unijního práva. K tomu jsou obecně povolány soudy odvolací či dovolací. [...] Není však úkolem ÚS bdít nad tím, zda vnitrostátní zákonodárce řádně implementoval unijní směrnici a zda

- 77 Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník. § 419–654. Velký komentář. Praha: Leges, 2014, s. 526; Telec, Ivo. Přehled práva duševního vlastnictví 1, Lidskoprávní základy, licenční smlouva. 2. vyd. Brno: Jan Šabata, 2007, s. 59–62.
- 78 Hurdík, J. – Lavický, P., op. cit. sub 44, s. 139.
- 79 Hulmák, Milan – Viček, Karel. Obecná informační povinnost při sjednávání smlouvy – 1. část. Právní rozhledy, 2012, č. 17, s. 602 a násl.
- 80 Shodně Ondřejek, Pavel. Nález ÚS ze dne 19. ledna 2017, sp. zn. I. ÚS 3308/16 (k limitům autonomie vůle a aplikaci základních práv na soukromoprávní jednání). Dostupné na: <https://www.vclp.cz/>.
- 81 Např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 30. dubna 2009, sp. zn. 23 Cdo 1247/2009.
- 82 Srov. Tryzna, Jan. Právní principy a první argumentace. K vlivu právních principů na právní argumentaci při aplikaci práva. Praha: Auditorium, 2010, s. 55–70.
- 83 Např. Wilburg, Walter. Entwicklung eines bewegliches System im Bürgerlichen Recht. Graz: Kienreich, 1951, s. 5.
- 84 Wintz, Jan. Říše principů. Obecné a odvětvové principy současného českého práva. Praha: Karolinum, 2006, s. 62–63.
- 85 Ondřejek, Pavel. Ústavní hodnoty a autonomie vůle v právním jednání v soukromém právu. Časopis pro právní vědu a praxi, 2016, č. 3, s. 351 a násl.
- 86 Bydlinský, Franz. Erklärungsbeußtsein und Rechtsgeschäft. Juristenzeitung, 1975, č. 1, s. 1.
- 87 Podle J. de Sota není mezi spravedlností a efektivností vztah opozice, ale jsou spíše jednou stranou téže mince, takže se navzájem podporují. Srov. De Soto, Jesús Huerta. Etika kapitalismu. In: Tajovský, Ladislav, a kol. (eds.). Teorie dynamické efektivnosti. Praha: Dokořán, CEVRO Institut, 2013, s. 228.
- 88 Ondřejek, P., op. cit. sub 86, s. 351 a násl.
- 89 Melzer, F., op. cit. sub 11, s. 166, 172 a násl.
- 90 Srov. nález ÚS ze dne 14. července 2004, sp. zn. I. ÚS 185/04.
- 91 V podrobnostech srov. Melzer, F., op. cit. sub 11, s. 156 a násl.
- 92 Rouček, František. Česko-slovenské právo obchodní II. Část zvláštní A (Právo kupecké a obchodní). Praha: V. Linhart, 1939, s. 674.
- 93 Srov. Wagnerová, E., op. cit. sub 12, s. 58.
- 94 Srov. Šimek, Robert. Právní povaha povinnosti platit pojistné a meze smluvní svobody. Dostupné na: <http://www.bulletin-advokacie.cz/pravni-povaha-povinnosti-platit-pojistne-a-meze-smluvni-svobody>.
- 95 Melzer, F. – Tégl, P., op. cit. sub 78, s. 34.

obecný soud vyložil vnitrostátní právo eurokonformně, leda by taková chybná aplikace představovala sama o sobě i porušení základních práv“.

V druhém případě¹¹² ústavní rozměr již byl shledán, vzhledem k námitce množství obdobných případů projednávaných před nalézacími soudy, přičemž pojišťovna upozornila také na to, že v souvislosti s čl. 7 směrnice Rady č. 90/314/EHS ze dne 13. června 1990, o souborných službách pro cesty, pobyty a zájezdy, se Soudní dvůr EU ve věci sp. zn. C-140/97 zabýval otázkou nedostatečného krytí rizik a dospěl k závěru, že rakouská úprava byla kvůli omezené záruce nedostatečná a že stát je povinen vyplatit zbytek vynaložených prostředků, protože do své národní legislativy výše zmíněnou směrnici nedostatečně implementoval. Podle stěžovatelky obvodní soud nesplnil svou povinnost „nepředložení“ řádně odůvodnit, ačkoliv v soudním řízení poukazovala na nesoulad vnitrostátní úpravy s komunitárním právem, resp. s rozhodnutím Soudního dvora EU ve věci C-140/97 Walter Rechberger a další proti Rakouské republice.

ÚS zde uvedl, že „rozumí stěžovatelčině podrobně a nepochybně kvalifikované právní argumentaci, jejíž podstata tkví v tom, že spoléhala na to, že uzavře-li s cestovní kanceláří pro případ jejího úpadku takovou pojistnou smlouvu, která vyhoví zákonným podmínkám, včetně těch, které se týkají výše pojistné částky (§ 8 odst. 2 zákona č. 159/1999 Sb.), bude v případě úpadku plnit právě jen v mezích takto (platně) sjednané pojistné smlouvy, a tedy že povinnost cestovní kanceláře sjednat pojištění záruky za své, z hlediska zákona relevantní závazky v plné výši (a na to navazující povinnost pojišťovny plnit), by musela být v zákoně vyjádřena výslovně, zvláště pak v situaci, kdy neomezení pojistného plnění lze charakterizovat jako výjimku z pravidla, a to jak z hlediska právního, tak (jistě) i ekonomického. Oproti tomuto právnímu názoru však lze postavit rovnocennou výkladovou alternativu, tedy že povinnost plné náhrady zřetelně plyne z ustanovení § 8 odst. 2 ve spojení s § 6 zákona č. 159/1999 Sb., přičemž minimální limity sjednaného pojištění mají jen globálně eliminovat podhodnocování rizik při uzavírání pojistných smluv, kdy při sjednávání pojištění zpravidla není zřejmé, v jakém objemu budou zájezdy v příslušném roce prodány; tyto limity pak nijak neomezuji cestovní kancelář v průběžném rozšiřování výše pojistného plnění podle skutečného vývoje tržeb (samozřejmě při odpovídající změně smluvních podmínek s pojišťovnou) tak,

aby mohla dostát závazku zakotvenému v ustanovení § 6 citovaného zákona“.¹¹³

2.4.3 Další aplikace eurokonformního výkladu

Ve skutkově podobném případě,¹¹⁴ tentokrát nižší soudy neaplikovaly eurokonformní výklad, byla podána další ústavní stížnost, při které ÚS rozhodl¹¹⁵ tak, že „soud 1. stupně tím, že při posuzování důvodnosti žaloby stěžovatelů vycházel z takového výkladu zákona č. 159/1999 Sb., který není ústavně konformní, když nerespektuje mezinárodní závazky ČR plynoucí z jejího členství v EU (čl. 1 odst. 2, čl. 10a odst. 1 Ústavy ČR), porušil právo stěžovatelů na spravedlivý proces ve smyslu čl. 36 odst. 1 LZPS a čl. 6 odst. 1 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, jakož i právo na ochranu majetku ve smyslu čl. 11 odst. 1 LZPS“. To potvrdil i v následující kauze.¹¹⁶

2.5 Zásada rovnosti smluvních stran

Ve prospěch pojišťovny se vyjádřil nález ÚS ze dne 24. ledna 2013, sp. zn. III. ÚS 3162/12. Přisvědčil stěžovateli, že uplatnění práva odepřít výpověď s odvoláním se na osobu blízkou v souladu s čl. 37 odst. 1 LZPS je na místě pouze v rámci trestního či správního (přestupkového) řízení, ale nikoliv v rámci řízení občanskoprávního, ve kterém ve vzájemném vztahu vystupují subjekty, jež mají rovné postavení. Poskytnutí informací pojistiteli v souladu se zákonem či smluvním ujednáním účastníků nelze považovat za výpověď, která by mohla způsobit nebezpečí trestního stíhání osobě blízké, neboť pojistitel není státním orgánem, navíc důvodnost neposkytnutí informací je třeba posuzovat pouze ve vztahu k pojistiteli. Pojištěný není nucen vypovídat v trestním či správním řízení. Odmítnutí splnění povinnosti dle ust. § 8 odst. 1 zákona č. 168/1999 Sb. je tak nedůvodné.

2.6 Pojistný zájem – autonomie vůle a platnost právního jednání

Podstatou jiné ústavní stížnosti¹¹⁷ byla námitka stěžovatele ohledně nesprávného právního posouzení otázky existence skutečné vůle¹¹⁸ smluvních stran pojistné smlouvy pojistit předmětnou věc bez ohledu na to, že stěžovatel není jejím vlastníkem. Na předmětnou věc se vztahovala úprava pojištění v OZ (zákon č. 40/1964 Sb.), která neobsahovala výslovnou úpravu pojistného zájmu. Nejvyšší soud pak uzavřel, že pojistná smlouva je neplatná podle § 39 zákona č. 40/1964 Sb., protože svými účinky a účelem odporuje zákonné úpravě pojištění, přestože pojistník i pojistitel v době

- 96 Převažují spíše odmítavá usnesení ÚS jako např.: usnesení ze dne 18. dubna 2018, sp. zn. I. ÚS 3194/16, usnesení ze dne 17. dubna 2018, sp. zn. I. ÚS 1145/18, usnesení ze dne 6. března 2018, sp. zn. I. ÚS 3858/17 aj.
- 97 Nález ÚS ze dne 19. března 2008, sp. zn. II. ÚS 2221/07.
- 98 Nález ÚS ze dne 11. června 2014, sp. zn. I. ÚS 1902/13.
- 99 Nález ÚS ze dne 5. prosince 2012, sp. zn. IV. ÚS 444/11.
- 100 Je nutné uvést, že tento případ se řeší podle pravidel účinných v době zákona č. 40/1964 Sb., tj. zejména § 442 odst. 1.
- 101 Nález ÚS ze dne 27. dubna 2017, sp. zn. II. ÚS 795/16.
- 102 Pokud se poškozený chová ekonomicky racionálně, a nikoliv excesivně, tj. např. jako v projednávané věci nechá vozidlo opravit v autorizovaném servisu (aby obnovil funkční hodnotu věci), a navíc požaduje náhradu rozdílu mezi tržními hodnotami (aby obnovil tržní hodnotu věci), nelze vnímat jako nespravedlivé, domáhá-li se na poškozeném plné náhrady škody. V tomto ohledu nelze než zopakovat již citovaný právní názor ÚS vyslovený v nálezu sp. zn. IV. ÚS 444/11 (odst. 20), podle něhož ustanovení o rozsahu náhrady škody mají být vykládána takovým způsobem, který zahrne všechny druhy nákladů, jímž byl poškozený vystaven v příčinné souvislosti s protiprávním jednáním škůdce a škodou na věci vzniklou.

- 103 Nález ÚS ze dne 6. června 2017, sp. zn. II. ÚS 155/16.
- 104 Nález ÚS ze dne 24. července 2018, sp. zn. I. ÚS 3831/17.
- 105 Zejména rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 28. února 2013, sp. zn. 25 Cdo 232/2012.
- 106 Nález ÚS ze dne 14. února 2018, sp. zn. IV. ÚS 2043/17.
- 107 V tomto případě ÚS poprvé zohlednil širší kontext situace týkající se šetření a likvidace škodních událostí.
- 108 K problému černého pasažéra srov. např. Tuck, Richard. *Free riding*. Harvard University Press, 2008; Dunbar, Robin Ian McDonald. *Culture, honesty and the free rider problem*. In: Dunbar, Robin Ian McDonald – Knight, Chris – Power, Camilla (eds.). *The Evolution of Culture: An Interdisciplinary View*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999, s. 194–213; aj.
- 109 Je otázkou, proč na tomto místě ÚS nevyužil teorii prozařování, neboť o ní není vůbec zmínka.
- 110 Nález ÚS ze dne 30. července 2014, sp. zn. I. ÚS 2334/14.
- 111 Nález ÚS ze dne 24. února 2015, sp. zn. I. ÚS 1868/14.
- 112 Nález ÚS ze dne 16. července 2015, sp. zn. III. ÚS 1996/13.
- 113 Nutno podotknout, že v případě povinného smluvního pojištění se i zde jedná o přenesení výkonu některých veřejných funkcí, neboť pojišťovny zde naplňují to, co bylo původně stanoveno státu jako povinnost zajistit.

uzavření smlouvy věděli, že pojistník není vlastníkem pojištěné věci, a jako vlastníka ho ve smlouvě označili, neboť měl v úmyslu v budoucnosti vlastnické právo nabýt.

V této souvislosti ÚS konstatoval, že nerespektováním autonomie vůle smluvních stran nebo přímo jejím ignorováním obecné soudy zasáhly do základního práva stěžovatele ve své druhé dimenzi, v níž působí jako základní právo jednotlivce. V této dimenzi se nejedná o pouhé prozařování jednoduchým právem,¹¹⁹ nýbrž o subjektivní právo, které působí bezprostředně ve vztahu jednotlivce a státní moci. Orgány státní moci jsou proto při aplikaci jednoduchého práva současně povinny toto právo respektovat.

3 Závěr

Z uvedených příkladů je patrné, že ÚS, pokud shledá ústavněprávní rozměr celé kauzy, aplikuje pravidelně ústavně konformní výklad v soukromém pojištění, avšak zároveň se vyhýbá uplatnění nepřímého účinku podle teorie prozařování základních práv. Na mnohých místech odůvodnění vyjmenovaných rozhodnutí ÚS je sice zmínka o prozařování ústavních hodnot uvedena, přesto tento soud popsanou teorii nepřímého účinku, včetně pravidla poměrování (principu proporcionality), ve zkoumané oblasti dosud nevyužil.

Z odůvodnění výše uvedených nálezu také přímo nevyplývá, že by zavázal např. pojistitele k náhradě podle principu plného odškodnění, ale zavázal pouze soudy nižších instancí svým stanoviskem, přestože není soudní instancí, která má sloužit ke sjednocování výkladu norem jednoduchého práva. Ačkoliv se tento přístup zdá být šalamounským řešením, úplné vynechání polemiky o tom, zda poměrování ústavních hodnot prostřednictvím generálních klauzulí či neurčitých právních pojmů typu dobré mravy či poctivost (např. v případě tzv. „lovců nehod“) zde má, nebo nemá své místo, neposkytuje dostatečný prostor pro hlubší analýzu.

Na kauze pojištění pro případ úpadku cestovních kanceláří je zvlášť patrné, jak se rozhodovací činnost ÚS vyvíjí. ÚS ani zde nevyužil doktrínu prozařování, ačkoli nepochybně bylo dotčeno autonomní právo jednotlivce, které bylo omezeno ve veřejném zájmu, a to eurokonformním výkladem povahy daného ustanovení. Argument ochranou spotřebitele nebo slabší smluvní strany se zdá být stěžejí akceptovatelný, neboť spotřebitel zde ani nebyl smluvní stranou

smlouvy, ale spíš osobou, jejímuž zájmu mělo sjednání pojistné smlouvy zjevně sloužit.¹²⁰ Jednalo by se zřejmě o dotčení principu veřejného pořádku, jímž byla ohrožena práva třetích osob (příjemců pojistných plnění) v důsledku přenesení některých veřejných funkcí, resp. stanovení kontraktační povinnosti ve veřejném zájmu. Ta by mohla být důvodem pro omezení autonomie vůle, neboť zákazník má legitimní očekávání, že jeho nároky budou plně uspokojeny.¹²¹

Resumé

Possible options for the application of horizontal effect theory of fundamental rights and freedoms in private insurance

Constitutional legal framework of the Czech Republic does not explicitly set out or give any reference to insurance contract. The intention of the lawmaker was not to arrange such contract specifically at constitutional level. However, the Czech Constitution forms a cornerstone for public and private law matters together with the Charter of fundamental rights and freedoms ('Charter') which ensures for the individuals their private autonomy. By the specific regulation based on legal acts it is established a framework that provides for everyone an area of freedom to determine his/her relationships (incl. contractual) according to own will.

In the course of this process, the system of legal values is created and in his very heart the human freedom is deployed which could be threatened not only by the public power but also by the private domination. Particularly, if there are (between two private individuals) any specific interventions threatening or limiting individual freedom due to which one could become subordinate to the other, it comes a questions whether unlimited use of power (as a consequence of contractual freedom) could be considered as legitimate.

Civil Code stipulates that the interpretation of private law shall be in line with the Charter and constitutional legal framework. From the interpretation of rules it needs to be distinguished the indirect effect of fundamental rights through the interpretation of ambiguous legal concepts in private law. According to this theory, the horizontal effect of fundamental rights constitutes the directives for inter-

- 114 V mezidobí (konkrétně dne 29. prosince 2015) nabyl účinnosti zákon č. 341/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 159/1999 Sb., o některých podmínkách podnikání a o výkonu některých činností v oblasti cestovního ruchu.
- 115 Nález ÚS ze dne 14. června 2016, sp. zn. IV. ÚS 2370/15.
- 116 Nález ÚS ze dne 18. července 2017, sp. zn. IV. ÚS 3092/16.
- 117 Nález ÚS ze dne 24. července 2007, sp. zn. I. ÚS 557/05.
- 118 ÚS se k otázce autonomie vůle, příp. smluvní svobody, již v minulosti v několika svých rozhodnutích podrobněji vyslovil (viz např. nález ze dne 28. ledna 2004, sp. zn. I. ÚS 546/03, nález ze dne 7. prosince 2004, sp. zn. I. ÚS 670/02, nebo nález ze dne 13. dubna 2004, sp. zn. I. ÚS 43/04).
- 119 ÚS se v odůvodnění vůbec nezabýval tím, zdali jsou předmětnou pojistnou smlouvou dotčeny také majetkové zájmy třetích osob s ohledem na veřejný pořádek, resp. existenci legitimního pojistného zájmu (jako je tomu např. v rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 4. ledna 2010, sp. zn. 28 Cdo 3784/2009).
- 120 Na rozdíl od tzv. „smlouvy s ochranným účinkem ve prospěch třetí osoby“ podle § 2913 odst. 1 OZ se zde jedná o smlouvu ve prospěch třetí osoby, protože poškozený zákazník má právo na pojistné plnění *ex lege*.
- 121 Srov. nález ÚS ze dne 16. června 2005, sp. zn. I. ÚS 353/04.

pretation and application of general clauses. The rationale of fundamental rights lies not exclusively in the protection of individuals against interventions by the public forces but also in the protection and custody between individuals with equal positions.

The extraordinary application of horizontal effect of fundamental rights in private relationships is justified by the magnitude of inequality between formally equal individuals that is not able to be corrected in a satisfactory manner by existing rules or principles of private law. In those exceptional cases, if the circumstances of the case so warrant, it could be modified the leading principle of private law system – the principle of private autonomy. Although the fundamental rights regularly do not have direct effect in private relationships, it is at least recognized in certain cases indirect effect or duty to take into account fundamental rights of thirds parties – private individuals. Nevertheless, in extreme situations, this theory could lead to disproportionate extension of anti-discrimination rules to all legal relationships which is not always adequate.

The concept of the horizontal effect theory is in the first chapter described and structured as follows: a) roots and causes of the theory (court decision in well-known case Lüth, principle of private autonomy, the function of private insurance), b) possible collision of values on different levels (during law-making procedure, decision-making and application by the courts of justice, supervisory or other public authorities, and in the course of formation of insurance contract). The crucial issue here is c) how principle of proportionality should be put in place in order to strike a balance between different interests and conflict of values. Proportionality is here considered as a balancing tool leading to optimal resolutions.

In the second part, there are specific examples of decision-making outcomes produced by the Czech Constitutional Court in terms of private insurance cases. It is obvious, that this Court has not applied or found yet any specific foundation enabling to demonstrate the horizontal effect in private insurance. Despite the lack of relevant case law, there are some cases (e.g. insurance of surety resulting from bankruptcy of a travel agency) where it was a solid ground for respective legal reasoning underpinning the application of principle of proportionality during the balancing of relevant constitutional principles.

Recenze publikace: Pojišťovací právo

**Autoři publikace: prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc.,
PhDr. Vladimír Přikryl, JUDr. Roman Vybíral, Ph.D., a kol.**

Prof. JUDr. Milan Bakeš, DrSc. / Právnická fakulta Univerzity Karlovy

Autorský kolektiv soustředěný kolem prof. JUDr. Marie Karfíkové, CSc., připravil již 2., přepracované vydání knihy *Pojišťovací právo*, která byla na jaře 2018 publikována v Nakladatelství Leges, s. r. o. Uvedená publikace zůstává jediným komplexně pojatým dílem věnovaným pojišťovacímu právu na území ČR, což je v úvodu nezbytné vyzdvihnout a ocenit.

Autorský kolektiv se podařilo sestavit velmi zdárně, neboť jsou zastoupeni autoři z řad odborné teorie a akademické sféry, stejně jako autoři z oblasti státní správy, podílející se na relevantní normotvorbě, a autoři zabývající se pojišťovacím právem v podnikové praxi. Všichni autoři jsou navíc pravidelnými přispěvateli do odborných periodik v oblasti pojišťovnictví, což garantuje nejen praktický pohled na věc, ale také teoretický přístup.

Po obsahové stránce je publikace členěna do šesti kapitol, které na sebe vhodně navazují a utvářejí logicky propojený komplex. Úvodní kapitola je zaměřena obecně a nastiňuje základní pojmy v oblasti pojišťovnictví, jeho stručnou historii, prameny pojišťovacího práva a tuzemský pojištný trh. Následuje rozsáhlá 2. kapitola, věnovaná regulaci činnosti pojišťoven a zajišťoven (a to i těch s přeshraniční působností), tj. jednotlivým požadavkům pro výkon jejich činnosti. Dále je pozornost vhodně zaměřena na vybrané klíčové atributy pojišťovnictví, s důrazem na technické rezervy a na stále se zpříšňující problematiku solventnosti.

Veřejnoprávní regulatorní blok publikace je velmi příhodně doplněn 3. kapitolou, jež se zabývá problematikou dohledu v pojišťovnictví. Tato kapitola čtenáře přehledně informuje o povaze, předmětu a kategorizaci dohledu v pojišťovnictví; zabývá se především ukládáním jednotlivých opatření k nápravě a problematikou přestupků. Čtvrtá kapitola přibližuje otázku zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví. Přestože autoři v době tvorby publikace neměli k dispozici konečné znění nového zákona o distribuci pojištění a zajištění, vypořádali se s tímto handicapem velmi dobře, a to zejména při využití relevantní unijní úpravy.

Po převážně veřejnoprávním bloku následuje 5. kapitola – o pojistné smlouvě. Zde dochází po úvodním vymezení základní terminologie k popisu fází vzniku, změny, přerušování a zániku pojištění. Současně tato kapitola pojednává o členění pojištění na škodové a obnosové a ve své další části vhodně popisuje primární atributy nejvýznamnějších

druhů pojištění. Poslední kapitola publikace je věnována specifickým oblastem pojišťovnictví, a to konkrétně povinnému pojištění, které neustále nabývá na významu, dále zákonnému pojištění, jež se v tuzemském právním řádu stále objevuje, a v neposlední řadě pak pojištění vývozních úvěrových rizik. Hlavní důraz je přitom v rámci této kapitoly zejména z praktických důvodů kladen na pojištění odpovědnosti z provozu vozidla.

Jako stěžejní pozitiva předložené publikace uvedme jednak vyvážené a zcela kompetentní složení autorského kolektivu a její komplexnost. Současně je nezbytné vyzdvihnout, s jakou přesností a citlivostí došlo v publikaci k propojení veřejnoprávní a soukromoprávní roviny pojišťovnictví. Dále považujeme za důležité poukázat na skutečnost, že se autorům podařilo skloubit výše uvedenou snahu o komplexnost díla s požadavky na přehlednost, jasnost a srozumitelnost pro čtenáře.

S ohledem na výše uvedené nelze než očekávat, že se předložená publikace stane úspěšným nástupcem 1. vydání a že bude sloužit jako základní a prakticky jediná takto komplexně pojatá právní publikace věnovaná pojišťovacímu právu v ČR. Pokud jde o adresáty 2., přepracovaného vydání *Pojišťovacího práva*, těmi jsou primárně posluchači právnických a dalších fakult vysokých škol, kde je problematika pojišťovnictví přednášena. Své uplatnění publikace nepochybně nalezne i u pracovníků v oblasti pojišťovnictví, ať už v soukromé, nebo veřejné sféře.

Vydavatel: Nakladatelství Leges, s. r. o., Praha 2018.





Pojistné rozpravy

35/2018

Pojistné rozpravy vycházejí jednou ročně. Publikované příspěvky jsou recenzovány.

Redakce přijímá statě a pojednání vědeckého i teoretického charakteru se vztahem k pojištění, zajištění, zábraně škod, příp. také k dalším navazujícím disciplínám.

Vydavatel: © Česká asociace pojišťoven

Šéfredaktor: Mgr. Libor Hlavička

Česká asociace pojišťoven, Main Point Pankrác,
Milevská 2095/5, 140 00 Praha 4

E-mail: libor.hlavicka@cap.cz

Web: www.pojistnerozpravy.cz

ISSN 2571-1059 (on-line)

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 Krivohlávek, CSc.; RNDr. Lucie Mazurová, Ph.D.; Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA (předseda); JUDr. Věra Škopová; Mgr. Jan Šváb, Ph.D.; prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Sazba

Identita, s. r. o., www.identitaweb.cz

Přebírání článků je povoleno pouze se souhlasem redakce a při zachování autorských práv.

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.

