



Pojistné rozpravy/36

Pojistněteoretický bulletin

Editorial	3
Investiční životní pojištění z pohledu právní teorie	5
Životní pojištění aktuálně neslouží jako alternativa financování postaktivy	10
Historicky osvědčený vestavěný stabilizátor pojišťovnictví ve vážném ohrožení	14
Judikatura posledních let v oblasti pojištění a náhrady újmy	17
Účel dohledu v pojišťovnictví	24
Operační riziko v pojišťovnách	31
Světové pojišťovnictví 2018 – nejvyšší růst v Asii	35
Socioekonomické aspekty standardu a nadstandardu ve zdravotním pojištění	40
Povinné zdravotní pojištění cizinců při jejich pobytu na území ČR	46
Pojistný zájem a možnosti jeho přenositelnosti	53
Recenze publikace: Etické aspekty v pojišťovnictví	65
Recenze publikace: Pojištění podnikatelů ve vztazích s mezinárodním prvkem	67

Editorial

PEPP a důchodový systém

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

Jednou z výzev budoucího rozvoje společnosti a národního hospodářství je nesporně otázka, jak zvládnout udržitelnost důchodového systému, resp. udržitelnost veřejných financí, a to zejména s ohledem na stárnutí populace a rostoucí počet osob pobírajících důchod. Stárnutí populace se týká především vyspělých zemí světa, mezi nimi tedy i všech evropských zemí a pochopitelně též ČR. Zkušenosti ukazují, že koncipování a prosazení důchodové reformy má silné politické aspekty, vyvolává tvrdé diskuze a vyžaduje širokou shodu politických stran, aby byla možná její dlouhodobá realizace. Citlivost této problematiky plyne z toho, že má mezigenerační charakter s tím, že je nutné vyvážení zájmů jednotlivých generací a rozumné a přijatelné „daňové“ zatížení.

V důchodovém systému, 3. pilíři, působí v ČR i soukromí pojistitelé, kteří nabízejí daňově podporované „soukromé životní pojištění“. Rok 2019 však přinesl novinku (faktické doplnění 3. pilíře), která přichází z Bruselu. Dne 25. července 2019 bylo v *Úředním věstníku EU* zveřejněno nařízení Evropského parlamentu a Rady 2019/1238/EU, o panevropském osobním penzijním produktu (PEPP).¹ V první řadě je nutno zdůraznit, že jde o nařízení, tj. právní akt EU, které je závazné v celém rozsahu a přímo použitelné ve všech členských státech. Jinými slovy, v tomto případě nebude možné, aby některý členský stát EU nařízení nepoužil či je použil částečně nebo si provedl vlastní interpretaci některých ustanovení. Nařízení harmonizuje soubor základních vlastností PEPP, jako jsou distribuce, minimální obsah smluv, investiční politika, změna poskytovatele nebo přeshraniční poskytování a přenositelnost. Zadruhé je účelné s ohledem na název nařízení podtrhnout slovo „panevropský“. V rámci volného pohybu služeb a svobody usazování mohou poskytovatelé PEPP poskytovat a distributoři PEPP distribuovat PEPP i na území hostitelského členského státu, pokud pro uvedený členský stát otevřou tzv. „podúčty“. Panevropský charakter daného produktu dokresluje i ta skutečnost, že PEPP může být v EU poskytován a distribuován, pouze byl-li registrován v centrálním veřejném registru vedeném Evropským orgánem pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění (EIOPA). Zatřetí je podstatné, že o registraci mohou požádat jen finanční subjekty povolené nebo registrované podle práva EU, mezi něž jsou zařazeny i pojišťovny.

Podle Evropské komise je hlavním cílem nařízení PEPP reagovat na demografické výzvy z důvodu stárnutí populace a uzavřít v EU tzv. „důchodovou mezeru“. Evropská komise upozorňuje, že nyní má nějaký penzijní produkt pouze 27 %

občanů EU ve věkové kategorii od 25 do 59 let². PEPP nabízí dodatečnou příležitost zabezpečit se na stáří, tedy pouze doplňuje veřejný důchodový systém (1. pilíř) a zaměstnanecké penzijní pojištění (2. pilíř). Podle Evropské komise by PEPP mohl např. přispět i k rozvoji trhu osobních penzí v EU a umožnit větší směřování úspor do dlouhodobých investic.³

Tento editorial je koncipován neprodleně po zveřejnění nařízení PEPP a záměrem autora je upozornit na jeho brzkou platnost a v případě zainteresovaných osob na účelnost seznámit se s ním blíže. Nicméně tyto osoby, včetně příslušných zaměstnanců pojišťoven, si určitě položí po prostudování nařízení PEPP zásadní otázku, zda PEPP může v budoucnu zvýšit penzijní úspory. Federace Insurance Europe vyjádřila již v dubnu 2019 názor, že je příliš brzy na predikci chování spotřebitelů, tj. zda budou mít o PEPP zájem. Odůvodňuje to stručně tím, že EIOPA musí ještě připravit některé technické normy, v nichž budou specifikovány příslušné klíčové charakteristiky PEPP.⁴ S tím lze souhlasit, ale je třeba tuto tezi rozvést.

Nařízení PEPP vstoupilo v platnost 20. dnem po vyhlášení v *Úředním věstníku EU*, tj. 14. srpna 2019. Použije se ale až 12 měsíců po zveřejnění aktů v přenesené pravomoci. Návrhy celkem sedmi regulačních technických norem, dvou prováděcích technických norem a tří delegovaných aktů má EIOPA předložit Evropské komisi, která je zmocněna doplnit jimi toto nařízení PEPP, do 15. srpna 2020. Vzhledem k Lamfalussyho procesu nelze nyní začít pracovat na podnikatelském projektu ani na studii proveditelnosti, protože v aktech v přenesené pravomoci se má např. upřesnit obsah *Sdělení klíčových informací o PEPP*, stejně jako se mají stanovit pravidla pro určování projekcí důchodových dávek a upřesnit druhy nákladů a poplatků a minimální kritéria, která musí splňovat techniky snižování rizik neboli techniky pro systematické snižování rozsahu vystavení riziku nebo pravděpodobnosti jeho výskytu. Nyní samozřejmě nelze odhadnout, jak rychle bude probíhat legislativní proces po 15. srpnu 2020, tedy ani reálnou účinnost nařízení PEPP. Určitá jistota spočívá ovšem v tom, že členské státy budou mít na aplikaci sledovaného nařízení, včetně aktů v přenesené pravomoci, 12 měsíců. Zdá se, že v tomto směru se orgány EU poučily ze zdržení legislativního procesu týkajícího se směrnice o distribuci pojištění.

V preambuli nařízení PEPP se uvádí, že tímto nařízením by nemělo být dotčeno mj. vnitrostátní smluvní, sociální, pracovní ani daňové právo. Lze ovšem odůvodněně předpo-

kládat, že z nařízení PEPP vyplyne potřeba zpracovat český doprovodný zákon, neboť členské státy musí stanovit např. pravidla pro ukládání přiměřených správních sankcí a jiných opatření použitelných v případech porušení nařízení PEPP. Členským státům je uložena taktéž povinnost zveřejnit kritéria pro hodnocení znalostí a schopností fyzických osob poskytujících poradenství. Uplatnění PEPP bude nesporně ovlivňovat zvolený daňový režim, tj. zda a jak bude PEPP daňově podpořen na národní úrovni. Evropská komise v daňovém doporučení vydaném v červnu 2017⁵ navrhla členským státům poskytnout PEPP totéž daňové zacházení, které mají podobné národní osobní penzijní produkty, i když třeba dané produkty PEPP nebudou splňovat všechna stávající národní kritéria pro daňovou úlevu. Takže nejen vymezená právní pravidla a podmínky na evropské úrovni, ale i na národní úrovni budou rozhodovat o šancích PEPP.

Ještě se zastavme u otázky, co dané nařízení nabízí poskytovatelům PEPP. Komise vychází z toho, že budou mít prospěch z existence skutečného jednotného trhu, z posílení přeshraniční distribuce, včetně evropského pasu. Vzhledem ke standardizaci základních prvků bude PEPP možné prodávat on-line a distribuovat jej ve více členských státech EU, a to na základě jediné registrace produktu. Přínosem by mělo být, že noví účastníci trhu budou moci soutěžit s tradičními poskytovateli – pojišťovnami. Poněkud se ovšem zapomíná, že nařízení PEPP zahrnuje i regulaci nákladů a poplatků za základní PEPP, které nesmí překročit 1 % akumulovaného kapitálu ročně, nemluvě o regulaci poplatků a úplat souvisejících se službou změn poskytovatele. Je jasné, že každý zainteresovaný poskytovatel si bude muset propočítat ekonomickou průchodnost a návratnost.

Bez ohledu na pokračování legislativního procesu EU, pokud jde o akty v přenesené pravomoci, je nařízení PEPP účelné pojímat jako součást 3. pilíře a obecně jako příležitost pro pojišťovny. Na národní úrovni je zapotřebí je podrobně věcně a právně analyzovat, a to možná i v rámci nové důchodové komise vedené Danuší Nerudovou. Ze sdělovacích prostředků zatím víme, že tato komise se hodlá zabývat parametrickými změnami 1. pilíře, důchody žen, vdovskými a vdoveckými důchody, předčasnými důchody náročných povolání či efektivitou 3. pilíře. Podle Nerudové není 3. pilíř efektivní. Plyne do něj prý přes státní příspěvky a daňové úlevy ročně 19 mld. Kč. Členům komise se nelíbí např. nízká výnosnost fondů, nízká průměrná úložka ani malé zastoupení věkové kategorie 20–30 let v rámci penzijního připojištění či doplňkového penzijního spoření. Nejsou zatím pro úpravu daňových úlev a na stole měli rovněž

námět na vytvoření státního penzijního fondu a diskutuje se údajně i povinné zapojení do 3. pilíře.⁶ V dostupných médiích se neobjevila žádná informace ohledně diskuze komise k „soukromému životnímu pojištění“, které nesporně vyžaduje v rámci 3. pilíře samostatný přístup, jelikož mezi pojištěním a spořením existuje zásadní rozdíl.

Z jiného vyjádření Nerudové plyne, že považuje za chybu odklon od zaměstnaneckých penzijních fondů v roce 1993.⁷ K tomu je vhodné dodat, že do 2. pilíře patří podle klasifikace EU také zaměstnanecké penzijní pojištění. V Rakousku bylo zavedeno podnikové kolektivní (penzijní) pojištění teprve v roce 2005 a je provozováno povolenými životními pojišťovnami. Zaměstnavatel může poslat stanovené procento ze mzdy do penzijní pokladny nebo podnikového kolektivního pojištění a zahrnout je do nákladů. Tuzemské instituce zaměstnaneckého penzijního pojištění v ČR neexistují a ze zahraničních institucí byla v příslušném seznamu České národní banky k 7. květnu 2019 pouze jedna instituce (ze Spojeného království), z čehož ovšem není zřejmé, zda je jen evidována, či zda skutečně poskytuje nějaké přeshraniční služby.

Pojišťovny jsou v západní části Evropy významným hráčem ve 2. a 3. pilíři. Proč tedy plně nevyužít jejich potenciál i v ČR? Předpokládá to ovšem přistupovat k nim specificky a samostatně.

Resumé

The PEPP and the Pension System

The aim of this editorial is to inform especially about the publishing of the regulation (EU) 2019/1238 of the European Parliament and of the Council of 20 June 2019 on a pan-European Personal Pension Product (PEPP). The author explains the reasons why the Commission chose the form of regulation, presents the characteristics of a pan-European product and specifies PEPP providers. Further the objectives of a PEPP are defined. He states that it is too early to predict the chances of a PEPP. At first it is necessary to finish the legislative process in the EU concerning the delegated acts and to start a corresponding national legislative process regarding e. g. sanctions, tax motivations, requirements on knowledge and competence, etc. At conclusion the author recommends to use fully possibilities of Czech insurance industry towards the development of second and third pillar of the pension system.

1 Nařízení 2019/1238/EU, o panevropském osobním penzijním produktu. [on-line]. [citace 2019-07-28]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019R1238&from=EN>.

2 <https://eiopa.europa.eu/Publications/Consultations/EIOPA%27s%20advice%20on%20the%20development%20of%20an%20EU%20single%20market%20for%20personal%20pension%20products.pdf>.

3 European Commission. Capital Markets Union: Pan-European Personal Pension Product (PEPP). 4. dubna 2019. [on-line]. [citace 2019-07-28]. Dostupné z: http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-19-1993_en.htm.

4 Insurance Europe. EU recognition of role of personal pensions in closing savings

gap positive, but whether PEPP will increase pension savings unclear. 4. dubna 2019. [on-line]. [citace 2019-07-28]. Dostupné z: <https://www.insuranceeurope.eu/eu-recognition-role-personal-pensions-closing-savings-gap-positive-whether-pepp-will-increase>.

5 Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/170629-personal-pensions-recommendation_en.pdf.

6 Důchodová komise pracuje. Jak nám změní penzičko? 8. července 2019. [on-line]. [citace 2019-07-28]. Dostupné z: <https://www.penze.cz/doplňkove-penzijnisporeni/408348-duchodova-komise-pracuje-jak-nam-zmeni-penzijko>.

7 Musíme dostat důchodce do práce. Ekonom č. 20/2019. 16. května 2019, s. 25.

Investiční životní pojištění z pohledu právní teorie

Prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc. / vedoucí Katedry finančního práva a finanční vědy / Právnická fakulta
Univerzity Karlovy

JUDr. Roman Vybíral, Ph.D. / odborný asistent a tajemník Katedry finančního práva a finanční vědy / Právnická fakulta
Univerzity Karlovy¹

Po zásadních transformačních změnách české ekonomiky se soukromé pojištění stalo nedílnou součástí finančního trhu a začalo plnit svoje funkce. Pojištění sehraává nezastupitelnou úlohu při ochraně života i zdraví občanů, umožňuje uchování majetkových statků a eliminuje výkyvy v procesu výroby, distribuce a spotřeby, čímž významně přispívá ke stabilitě a rozvoji národního hospodářství. Jako příklad lze uvést výrazný podíl soukromých pojišťoven na likvidaci následků povodní v roce 1997 a v roce 2002. Pojišťovny a zajišťovny, v důsledku vytváření dočasně volných finančních prostředků sloužících k budoucí úhradě vzniklých závazků z pojištění, vystupují na kapitálovém trhu jako významní investoři. S oblastí kapitálového trhu je velmi úzce spojen také produkt tzv. „investičního životního pojištění“.²

Investiční životní pojištění je produkt nesoucí celou řadu specifíků, jejichž nepochopení s sebou v praxi může přinášet četné obtíže. Dojde-li ke spojení této náročnosti s neadekvátní distribucí produktu spotřebitelům a nedostatečnou finanční gramotností průměrného spotřebitele, potenciální problémy se logicky multiplikuji.

Zájem o produkt investičního životního pojištění v posledních letech sice mírně opadá, což lze přičítat jednak vlivu mediálně známých kauz, které dotvářejí obraz v rámci celé společnosti, současně však došlo v souvislosti mj. s přijetím nového zákona o distribuci pojištění a zajištění³ ke zpřísnění regulace obdobných druhů pojistných produktů. Přesto tvoří pojistné kmeny smluv investičního životního pojištění (resp. jeho předchůdce – kapitálového životního pojištění) podle statistik ČAP stále nadpoloviční podíl v rámci veškerého životního pojištění v ČR.⁴

Cílem autorů tohoto článku je provést analýzu produktu investičního životního pojištění primárně z pohledu právní teorie. S ohledem na nemožnost odtržení teorie od praxe a rovněž s ohledem na nemožnost odtržení právních aspektů od aspektů ekonomických budou autoři nahlížet na investiční životní pojištění komplexní optikou. Autoři se dále pokusí poukázat na vybrané problémy, které při hodnocení investičního životního pojištění v praxi vznikají.

Teoretické aspekty investičního životního pojištění

Na tomto místě bude analyzována povaha produktu investičního životního pojištění z pohledu právní teorie z oblasti pojišťovacího práva. Nutno podotknout, že jednotlivé na trhu nabízené produkty se navzájem odlišují, a není tedy dobře možné přesně *ad hoc* postihnout veškeré nuance, proto musí dojít ke stanovení zjednodušujících předpokladů. V této části bude teoretické analýze podroben průměrný a velmi zjednodušený produkt investičního životního pojištění, jehož klíčové parametry jsou následující: Pojištění je sjednáno pro případ smrti nebo dožití se určitého věku. Pro případ smrti je pojistné plnění stanoveno jako součet sjednané pojistné částky pro případ smrti a další hodnoty (v praxi označováno jako „kapitálová hodnota“, „hodnota podílového účtu“, „odkupní hodnota“, „hodnota účtu“ apod.). Pro případ dožití se určitého věku je pojistné plnění stanoveno pouze ve formě další hodnoty. Tato další hodnota bývá odvislá od předem neznámé finanční hodnoty, jejíž výše je odvislá od zvolené investiční strategie klienta, od vývoje finančních trhů, od obchodního a provizního modelu dané pojišťovny apod.

Jako klíčové aspekty teoretické analýzy investičního životního pojištění, které se však nutně promítají do platného práva, se jeví existence pojišťovací (resp. podmíněně návratné) metody finanční činnosti a dále aspekt nahodilosti, resp. aleatorní povaha daného smluvního vztahu. Platné právo obohacuje uvedené aspekty o další zřetele, např. o právní povahu pojistitele, existenci pojistného zájmu, platbu pojistného atd., kdy však autoři pro účely tohoto příspěvku zakládají fikci naplnění daných požadavků.

Jako první z uvedených teoretických aspektů je nezbytné zmínit existenci pojišťovací (resp. podmíněně návratné) metody finanční činnosti. Tato metoda „je charakteristická svou neekvivalentností. Část peněžní masy se přesouvá od jednoho ekonomického subjektu k jinému, přičemž závisí na splnění předem nejisté podmínky, zda a kdy dojde k plnění protisměrnému. V případě, že podmínka návratnosti nastane, protisměrné plnění může být větší i menší hodnoty, nežli byla hodnota původně přesunuté části peněžní masy“⁵. Při aplikaci na investiční životní pojištění docházejí autoři k závěru, že tento aspekt je naplněn beze zbytku. Předem nejistá podmínka spočívá, ostatně jako v běžném životním pojištění, v nejasnosti ohledně dožití se určitého

věku, resp. v nejasnosti okamžiku úmrtí. Nadto není zřejmé, jaká bude výše pojistného plnění, neboť ta závisí na více proměnných.

Pokud jde o aspekt nahodilosti, resp. o aleatorní povahu smluvního vztahu, je nezbytné právní teorii provázat s platným právem. Ustanovení § 2756 občanského zákoníku⁶ stanoví, že závisí-li podle ujednání stran prospěch anebo nepospěch alespoň jedné ze smluvních stran na nejisté události, jedná se o smlouvu odvážnou. Ustanovení § 2758 občanského zákoníku pak uvádí, že pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním. Nejistá událost spočívá tradičně v dožití se určitého věku, příp. v dřívějším úmrtí. Stejně tak lze otázku dožití se určitého věku nebo úmrtí nepochybně považovat za nahodilou, neboť nelze predikovat, zda a kdy dojde k úmrtí osoby. To, jak vysoké pojistné plnění bude vyplaceno, je přitom až sekundární aspekt. Při aplikaci výše uvedených ustanovení občanského zákoníku na běžný produkt investičního životního pojištění tedy autoři dospívají k závěru, že obě uvedená ustanovení jsou naplněna, a že v případě investičního životního pojištění jde tedy z hlediska právní povahy toliko o pojištění, a to ve svém komplexu. Skutečnost, že v rámci dílčích aspektů pojistného vztahu ne vždy figurují zcela exaktní atributy (např. stanovení výše pojistného plnění v určité závislosti na tržních výkyvech), tuto právní povahu přitom nerelativizuje.

Za významnou autoři považují otázku, zda by se na výše provedené analýze něco změnilo, pokud by nedošlo ke sjednání pojistné částky pro případ smrti, tj. šlo by o případ tzv. „čistého investičního životního pojištění“, kdy jsou veškerá možná pojistná plnění odvislá od předem neznámé finanční hodnoty. Dospívají přitom k závěru, že i takto koncipované pojistné smlouvy bez dalšího obstojí. Akceptací čistého investičního životního pojištění odpadají možné úvahy nad tím, jak vysoká by snad měla být pojistná částka pro případ smrti, aby bylo vůbec možné hovořit o existenci pojištění. Tyto úvahy, které se v praxi objevují (často v rozhodovací praxi finančního arbitra), považují autoři za zcela mylné a zavádějící. Nejenže určení exaktní hranice je nemožné (pokud by k tomuto určování snad mělo docházet, musel by vždy být detailně posouzen každý případ pojistné částky pro případ smrti optikou povahy, majetkových poměrů, postavení apod. pojistníka a oprávněných osob), současně není toto určení hranice ani žádoucí, neboť by tím došlo k nepředvídanému zásahu do smluvní volnosti.

Argumenty spočívající ve faktickém přetvoření původně pojistného produktu v produkt investiční (tedy nikoliv pojistný) jsou rovněž zavádějící. Z ekonomické podstaty se zjednodušeně řečeno jedná o využití investičního instrumentu a jeho následné zakomponování do formy pojištění.⁷ Proměnlivost výše pojistného plnění na objektivních skutečnostech není v pojištění ničím novým. Lze se s ní setkat např. v případě majetkového pojištění, kdy na nesoulad sjednané pojistné částky a volatilní pojistné hodnoty reaguje platné právo instituty přepojištění a podpojištění. Zcela *ad absurdum* lze nesprávnost výše uvedených úvah ilustrovat na čistě hypotetickém příkladu, kdy by pojistné plnění nebylo hraze-

no v penězích, nýbrž např. v movitých věcech. Bylo by poté potřeba zodpovědět otázku, zda v případě, kdy se pojistník dožije sjednaného věku a je mu vyplaceno pojistné plnění ve formě např. 10 zlatých slitků, nejde náhodou o skrytou kupní smlouvu s odkládací podmínkou. Autoři jsou přesvědčeni, že charakter pojistného plnění, tj. to, zda je určeno zcela exaktně, nebo nikoliv, nemůže mít vliv na hodnocení toho, zda zde pojištění je, či není.

Vymezení investičního životního pojištění

Jediná a exaktní definice investičního životního pojištění neexistuje. Např. ČAP jej vymezuje následovně: *Investiční životní pojištění zahrnuje pojištění pro případ smrti a dožití s investováním pojistného do podílových fondů, kde je investiční riziko na straně klienta. Zhodnocení je závislé na zvolené investiční strategii. Investiční životní pojištění přináší zpravidla vyšší zhodnocení finančních prostředků, které ale nemusí být garantováno. Typickým znakem je možnost volby z nabídky několika investičních fondů lišících se předpokládaným zhodnocením finančních prostředků a podstupovanou mírou rizika.*⁸

Česká národní banka k tomu uvádí, že „investiční životní pojištění je zpravidla dlouhodobým pojistným produktem, který v sobě zahrnuje kombinaci životního pojištění a investování“.⁹ Starší odborná literatura (nejen právní, ale rovněž ekonomická) k investičnímu životnímu pojištění uvádí, že „ve své modelové verzi představuje investiční životní pojištění úplný ústup od životního pojištění s pro ně charakteristickým pevným plněním“.¹⁰ Teprve pochopením a přijetím této základní premisy lze na produkty investičního životního pojištění nahlížet nestranně, k čemuž v tuzemské rozhodovací praxi bohužel příliš nedochází. Současně je jedním z klíčových atributů investičního životního pojištění „rizikovost tohoto pojištění, kterému odpovídá vyšší výnosový potenciál“.¹¹

Jako přínosný autoři vnímají rovněž obecný a do značné míry praktický historický pohled na životní pojištění jako takové, když bylo běžné setkávat se s názorem, že „životní pojištění tedy může být chápáno jako spořicí a investiční instrument, neboť v rámci životního pojištění jsou vytvářeny specifickým způsobem úspory“.¹² Autoři touto citací ilustrují obecný náhled dané doby v širším kontextu, považují však za nezbytné poukázat na určitou nadnesenost uvedeného názoru, který zcela nekoresponduje s právní úpravou dané doby, nadto je správně uvedeno, že ke vzniku úspor dochází specifickým způsobem, a nejde tedy nepochybně o formu ryzího spoření.

Moderní právní teorie uvádí, že investiční životní pojištění „v sobě kombinuje pojistnou ochranu a možnost investování podle zvolené investiční strategie a umožňuje tak pojistníkovi zvolit si, jak bude jím zaplacené pojistné investováno. Pojistné plnění z tohoto pojištění může mít přímou vazbu na hodnotu podílových listů investičního fondu nebo na hodnotu aktiv vnitřního fondu pojišťovny, může být přímo svázáno s indexem akcií nebo s jinou referenční hodnotou“.¹³ Nejen z pohledu historické odborné

literatury, nýbrž také optikou současné doktríny je tedy investiční životní pojištění zcela validní a legální pojistný produkt.

Z pohledu autorů je důležité, že všeobecné vnímání investičního životního pojištění neodpovídá produktu pojistnému ani investičnímu, nýbrž produktu toliko pojistnému, který však v rámci své interní skladby vykazuje prvky typické pro investiční produkty, a to zcela v souladu s platným právem, které s existencí těchto pojistných produktů počítá. Jako příklad lze uvést zákon o pojišťovnictví, jenž výslovně počítá s životním pojištěním, které je spojeno s investičním fondem, nebo zákon o distribuci pojištění a zajištění, který sice nehovoří výslovně o investičním životním pojištění, nýbrž o tzv. „rezervotvorném pojištění“, což je širší pojem zahrnující dále např. kapitálové životní pojištění. Nutno podotknout, že česká legislativa je v tomto ohledu zcela souladná s legislativou unijní, kterou ostatně mnohdy pouze provádí, což je v oblasti finančních trhů zcela běžné.¹⁴

Současně autoři považují za nezbytné upozornit na skutečnost, že platné právo ani současná doktrína *a priori* nevylučují možný pojistný produkt v podobě tzv. „čistého investičního životního pojištění“, jak ostatně správně uvádí prof. Vostatek.¹⁵ Uvědoměním si této základní premisy odpadá celá řada více či méně zbytečných úvah nad legálností produktu investičního životního pojištění (otázka pojistného zájmu, otázka existence pojištění, otázka stanovení hranice pro akceptovatelnou pojistnou částku apod.).

K vybraným aspektům investičního životního pojištění se v minulosti vyjadřovala také Česká národní banka. Např. ve svém úředním sdělení z 2. května 2012 Česká národní banka deklarovala, že „u pojistných smluv životního pojištění, zvláště pak u těch, kde je nositelem investičního rizika pojistník (tzv. „investiční životní pojištění“), Česká národní banka i s ohledem na zákaz nekalých obchodních praktik očekává, že pojišťovny a pojišťovací zprostředkovatelé vezmou v úvahu nejen vhodný rozsah, názornost a způsob sdělování informací, ale také individuální situaci zájemců o uzavření pojistné smlouvy [...]“¹⁶. Je tedy patrné, že Česká národní banka nikdy produkt investičního životního pojištění nepovažovala a nepovažuje za protiprávní ani jakkoliv nežádoucí.

V rozporu s výše uvedeným se k investičnímu životnímu pojištění staví (resp. v době vydání předmětného nálezu stavěl) finanční arbitr, který dospěl k dílčímu závěru, že „český právní řád investiční životní pojištění sice komplexně neupravuje, ale počítá s pojištěním navázaným na investiční fondy. „Pojištění“ navázané zcela na investiční fondy již není ve své podstatě pojištěním ve smyslu zákona o pojistné smlouvě, neboť nedokáže garantovaně zajistit pojistníka před očekávanými nepříznivými dopady, neboť investice není ze své podstaty garantovaná. [...] Finanční arbitr tedy uzavírá, že pojistná smlouva je smíšeným produktem, který obsahuje jak pojištění sjednané pojistnou smlouvou, tak i investici“¹⁷. Autoři se s těmito tvrzeními finančního arbitra neztotožňují, neboť jsou v rozporu nejen s platným právem, ale rovněž se závěry teoretické analýzy investičního životního pojištění uvedenými výše.

Vybrané praktické problémy v investičním životním pojištění

Téma investičního životního pojištění se po poměrně silném mediálním tlaku z uplynulých let stahuje do ústraní, což je částečně způsobeno splasknutím pomyslné mediální bubliny vytvořené zástupci klientů pojišťoven¹⁸, částečně pak vyckáváním na tvorbu robustní judikatury nejvyšších soudních instancí, mnohdy opakovaně řešících spory v minulosti řešené finančním arbitrem, do jehož pravomoci podle § 1 odst. 1 písm. e) zákona o finančním arbitrovi¹⁹ spadá také rozhodování sporů mezi spotřebitelem a pojištětelem nebo pojišťovacím zprostředkovatelem při distribuci životního pojištění nebo při výkonu práv a plnění povinností ze životního pojištění. Svou roli také patrně hraje otázka času, kdy vidina několik let se vlekloucího sporu před finančním arbitrem nebo soudy řadu osob odradí.

Analýza rozhodovací činnosti finančního arbitra ukazuje, že finanční arbitr v rámci existence a distribuce produktu investičního životního pojištění spatřuje několik hlavních problémů²⁰. První problém, který bude v tomto článku analyzován, spočívá v samotné povaze produktu, kdy se jedná typicky o produkt charakteristické vnitřní skladby (finanční arbitr v této souvislosti ne zcela přesně hovoří o tom, že jde o kombinaci investičního a pojistného produktu²¹). Druhý problém, kterým se budou autoři zabývat, spočívá v nákladové složce produktu, již finanční arbitr v některých případech považuje za netransparentní a výrazně ovlivňující finanční aspekty produktu. S ohledem na skutečnost, že pro relevantní analýzu by autoři museli znát pojistné podmínky a charakter nákladovosti každého produktu na trhu, nelze v této otázce dojít k paušálním a jednoznačným závěrům. Společným jmenovatelem pro většinu smluv investičního životního pojištění je však jejich dlouhodobost, se kterou je otázka nákladovosti velmi úzce spojena, a proto bude na tuto problematiku nahlíženo právě optikou časového charakteru pojištění. Další problematická otázka spočívá v distribuci produktu investičního životního pojištění pojišťovacími zprostředkovateli, kdy v rámci kontraktčního procesu nelze zcela eliminovat případná pochybení na straně těchto osob, což má následně vliv na rozhodnutí zájemce o pojištění. K této otázce se autoři vyjádří spíše v obecné rovině, a to s ohledem na komplementární povahu tématu a na přesah náplně článku.

Pokud se jedná o povahu samotného produktu investičního životního pojištění, k této otázce se autoři vyjádřili výše. Přestože nelze paušalizovat a jednotlivé produkty nabízené na trhu se navzájem liší, základní principy investičního životního pojištění se uplatňují u všech produktů. Zjednodušeně by se dalo konstatovat, že z pohledu právní teorie a dikce právních předpisů se jedná o pojištění, které pro některé své účely využívá instrumenty typické pro investiční sféru. Nutno současně podotknout, že to vše zcela v souladu s právními předpisy a stavem poznání současné pojistněprávní doktríny.

Pokud jde o otázku nákladovosti produktu, autoři v této souvislosti považují za významné poukázat na charakter produktu investičního životního pojištění coby produktu

typicky dlouhodobého.²² Jako na primárně dlouhodobý produkt na investiční životní pojištění nahlíží nepřímo také zákonodárce, když v rámci novelizace § 6 odst. 9 písm. p) bodu 3 a § 15 odst. 6 zákona o daních z příjmů²³ zakotvil nové, přísnější podmínky pro daňovou uznatelnost pojistného na životní pojištění (tj. nejen investiční životní pojištění). S ohledem na to, že problematika tzv. „daňové uznatelnosti“ pojistného na investiční pojištění není předmětem tohoto pojednání, jsou níže uvedené citace zařazeny spíše z důvodu ilustrace nejasnosti přístupu státu k produktu investičního životního pojištění. Důvodová zpráva k novelizačnímu zákonu č. 267/2014 Sb. ve vztahu k § 15 odst. 6 zákona o daních z příjmů stran investičního životního pojištění mj. správně uvádí, že „tento typ pojištění splňuje podmínky pro daňovou uznatelnost příspěvků zaměstnavatele, osvobození příjmu ve formě příspěvku zaměstnavatele na straně zaměstnance a dále možnost uplatnění odčitatelných položek od základu daně zaměstnance“. V návaznosti na to se v důvodové zprávě konstatuje, že jde „ve skutečnosti částečně o investice kolektivního investování“. Dané konstatování je přinejmenším poněkud zjednodušující, když nereflakuje skutečnou povahu produktu investičního životního pojištění, který je primárně pojištěním, byť pro účely výpočtu některých plnění využívá instrumentů finančních trhů. Tato skutečnost však nemůže pojištění automaticky přetvořit na jiný finanční produkt.

Otázka nákladovosti produktu je ve vazbě na typicky dlouhodobý charakter investičního životního pojištění patrná rovněž v ekonomické rovině. Je zcela běžné, že teprve po uplynutí delší pojistné doby je možné hodnotit ekonomické dopady na smluvní strany. Situace, kdy by např. došlo k jednostrannému ukončení pojistné smlouvy, není tedy stavem žádoucím, neboť by jednotlivé atributy pojistné smlouvy byly v daném případě nastaveny právě na pojistnou dobu. Na trhu finančních služeb je poměrně běžnou praxí, že předčasné jednostranné ukončení smluvního vztahu je spojeno s úbytkem majetkové hodnoty (v podobě smluvních pokut, poplatků apod.).

Na smlouvy investičního životního pojištění je tedy nezbytné nahlížet optikou dlouhodobých smluvních vztahů se všemi důsledky, nikoliv výhradně optikou smluvních vztahů krátkodobých, jak v praxi činí např. finanční arbitr. Postupné kumulování peněžních prostředků (ať už ve formě vkladů, nebo části pojistného) je typicky spojeno s tradičním ekonomickým jevem kumulace dalších navazujících prostředků (formou úroků, dividend, růstu hodnoty portfolia cenných papírů apod.). Je přitom zcela běžné, že (při respektování ekonomických výkyvů) na začátku určitého smluvního vztahu je tato kumulace dalších prostředků nejnížší a na jeho konci naopak nejvyšší. Zhodnocení nízkých částek je tedy na finančním trhu samo o sobě logicky mnohem obtížnější než zhodnocení částek vyšších.

Stejně tak je na finančním trhu (a nejen tam) zcela běžné, že služby nejsou poskytovány bezplatně, nýbrž za určitou protihodnotu (typicky ve formě provize, poplatku, ve formě možnosti disponovat s uloženými prostředky apod.). Existence finančních či jiných protiplnění za poskytnuté služby na finančním trhu je tedy zcela běžnou praxí, stejně tak

jako existence nákladové složky (typicky v podobě poplatků) napříč trhem investičního, resp. dříve kapitálového životního pojištění, a to nejen v ČR. Teprve v kontextu těchto základních ekonomických premis je možné na produkt investičního životního pojištění (tedy včetně pojistné smlouvy) nahlížet objektivně a nezaujatě. Jinými slovy nelze právní hodnocení případu (zde pojistné smlouvy) násilně odtrhnout od současného hodnocení ekonomického.

Ve vztahu ke klientovi finančních služeb se uvedené předpoklady projeví typicky tím, že pokud jsou náklady spojené s poskytováním určitých služeb ve vyšší míře sráženy od začátku smluvního vztahu, může se klient do pomyslného „plusu“ dostat až ke konci smluvního vztahu, a to s ohledem na růst zhodnocované bazické hodnoty. S ohledem na výkyvy na finančním trhu nelze přitom předem přesně určit, zda a kdy se tak stane, což však není v rozporu ani s principy podmíněně návratné metody finanční činnosti ani s aleatorní povahou smluvního vztahu.

Pokud jde o otázku distribuce investičního životního pojištění, marketingové kampaně před rokem 2016 představovaly některé produkty životního pojištění s investiční složkou poměrně jednostranně. Při jejich propagaci byl kladen důraz především na jejich investiční složku a naopak nebyla náležitě akcentována jejich primární funkce, tedy pokrytí sjednaných rizik. V současné době, při stále relativně nižší hladině úrokových sazeb, dochází u řady klientů ke zklamání z nenaplněných očekávání na zhodnocení vložených prostředků.

Cílem zákona č. 295/2016 Sb., kterým se novelizoval zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí,²⁴ bylo omezení negativních jevů na současném trhu se životním pojištěním – častého přepojišťování a nízké hodnoty odkupného, kterou klient obdržel při předčasném ukončení rezervotvorného pojištění (typicky investiční životní pojištění a kapitálové životní pojištění). Citovaná právní úprava měla napomoci s řešením dlouhodobého systémového problému v sektoru životního pojištění, který byl způsoben především trhem vygenerovanou výší odměn za životního pojištění a dále pak existencí předplacených poplatků a nákladů (tzv. „počáteční náklady pojištění“). Tyto náklady se s výjimkou rizikových pojištění, kde tvoří součást rizikového pojistného, účtují pojistníkovi a v případě předčasného ukončení pojištění jsou odečítány z alokovaných prostředků pojistného a jeho výnosů vyplácených pojistníkovi v podobě odkupného. Právní úprava z roku 2016 byla tedy založena na regulaci finančních vztahů vyplývajících z předčasného ukončení (storna) životního pojištění. Zakotvila jednak mechanismus vrácení odměny vyplacené pojišťovacímu zprostředkovateli pojišťovnou za sjednání životního pojištění a jednak povinné rozložení pojišťovacích nákladů vstupujících do výpočtu odkupného.

Závěr

Produkty investičního životního pojištění v posledních letech vzbuzují u široké veřejnosti spíše negativní emoce. Částečně je to způsobeno uměle vytvořeným mediálním

obrazem, svůj podíl viny ale nepochybně nesou i zprostředkovatelé pojištění; jako pomyslného viníka lze dále označit neustále oscilující stav na kapitálovém trhu. Značný podíl na nastalé situaci, kdy rapidně klesl zájem o nově uzavírané smlouvy investičního životního pojištění, však přináší všeobecné nepochopení základních atributů tohoto prvku, kdy se lze poměrně často setkat s názory *de facto* vůbec nepovažujícími investiční životní pojištění za pojištění, nýbrž za jakési zastřené investiční produkty.

Autoři na základě provedené teoretické analýzy dospívají k názoru, že investiční životní pojištění je primárně pojistným produktem, byť pro konkrétní účely vykazuje prvky typické pro produkty kapitálového trhu. Tento názor je ostatně v souladu s většinovým názorem odborné literatury. Stejně tak současná právní úprava existenci investičního životního pojištění nezakazuje, ba naopak s tímto typem produktu běžně pracuje.

Autoři jsou si pochopitelně vědomi současného stavu nahlížení na produkt investičního životního pojištění, nicméně je nutno dodat, že případná pochybení vzniklá v praxi nabízení některých produktů nemohou ovlivnit objektivní náhled na produkt jako takový a nemohou z právně konformního pojistného produktu učinit produkt protiprávní. S ohledem na aktuálnost tématu jsou autoři současně připraveni přispět k teoretickému diskurzu navazujícímu na vytvoření judikatury nejvyšších soudních instancí ČR, což lze očekávat v řádu jednotek let.

Resumé

Unit Linked Insurance from the Theoretical Point of View

The purpose of the article is a theoretical discussion of the recently often discussed topic, which is unit linked insurance. The authors deal with the very nature of this product, at the same time they draw attention to some theoretical and practical pitfalls that often lead to misunderstanding of the basic attributes of such a specific insurance product.

Klíčová slova

investiční životní pojištění, pojistný produkt, finanční arbitř

Keywords

unit linked insurance, insurance product, Financial Arbitrator

- 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.
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.
Tento text byl zpracován v rámci programu „PROGRES Q02 – Publicace práva v evropském a mezinárodním srovnání“, realizovaném v roce 2019 na Právnické fakultě Univerzity Karlovy.
- 2 Dle přílohy č. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojišťovnictví“), věnované odpovědím a skupinám pojištění, se jedná o životní pojištění spojené s investičním fondem.
- 3 Zákon č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, ve znění pozdějších předpisů, který mj. provádí čl. 183-185 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES ze dne 25. listopadu 2009, o přístupu k pojišťovnictví a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solventnost II), a směrnici Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění.
- 4 Viz Cap.cz [on-line]. 2019. [cit. 2019-08-13]. Výroční zpráva ČAP 2018. Dostupné z: <http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2018_vyrocní_zp.pdf>.
- 5 Viz Karfíková, Marie – Příkrýl, Vladimír – Vybíral, Roman, a kol. Pojišťovací právo. Druhé, přepracované vydání. Praha: Leges, 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 15.
- 6 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- 7 Viz Faei.cz [on-line]. 2018. [cit. 2019-10-27]. „Investiční životní pojištění je hra pro střední třídu“, říká respektovaný ekonom profesor Jaroslav Vostatek. Dostupné z: <<https://faei.cz/investicni-zivotni-pojisteni-je-hra-pro-stredni-tridu-rika-respektovany-ekonom-profesor-jaroslav-vostatek/>>.
- 8 Viz Cap.cz [on-line]. 2019. [cit. 2019-08-15]. Investiční životní pojištění. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/vse-o-pojisteni/pojisteni-osob/investicni-zp>>.
- 9 Viz Cnb.cz [on-line]. 2019. [cit. 2019-08-15]. Upozornění pro veřejnost k uzavírání smluv investičního životního pojištění. Dostupné z: <<https://www.cnb.cz/cs/dohled-financi-trh/vykon-dohledu/upozorneni-pro-verejnost/upozorneni-pro-verejnost-k-uzavirani-smluv-investicniho-zivotniho-pojisteni/>>.
- 10 Viz Vostatek, Jaroslav. Sociální a soukromé pojištění. Praha: Codex Bohemia, 1996. ISBN 80-85963-21-3, s. 359.
- 11 Viz tamtéž.
- 12 Viz Ducháčková, Eva. Principy pojištění a pojišťovnictví. Praha: Ekopress, 2003. ISBN 80-86119-67-X, s. 93.

- 13 Viz Karfíková, Marie – Příkrýl, Vladimír – Vybíral, Roman, a kol. Pojišťovací právo. Druhé, přepracované vydání. Praha: Leges, 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 328.
- 14 Viz např. směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění; nařízení Evropské komise v přenesené pravomoci (EU) 2017/2359 ze dne 21. září 2017, kterým se doplňuje směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97, pokud jde o požadavky na informace a pravidla výkonu činnosti vztahující se na distribuci pojistných produktů s investiční složkou; nebo nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014, o sděleních klíčových informací týkajících se strukturovaných retailových investičních produktů a pojistných produktů s investiční složkou.
- 15 Viz Faei.cz [on-line]. 2018. [cit. 2019-08-26]. „Investiční životní pojištění je hra pro střední třídu“, říká respektovaný ekonom profesor Jaroslav Vostatek. Dostupné z: <<https://faei.cz/investicni-zivotni-pojisteni-je-hra-pro-stredni-tridu-rika-respektovany-ekonom-profesor-jaroslav-vostatek/>>.
- 16 Viz Cnb.cz [on-line]. 2012. [cit. 2019-08-26]. Úřední sdělení České národní banky ze dne 2. května 2012 k některým informačním povinnostem při sjednávání a během trvání životního pojištění. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/legislativa/galleries/Vestnik-CNB/2012/v_2012_06_20712560.pdf>.
- 17 Viz nálezy finančního arbitra č. j. FA/SR/ZP/263/2018 – 28, ze dne 17. října 2018.
- 18 V minulosti bylo možné se s podobným jevem setkat v případě kauzy tzv. „bankovních poplatků“.
- 19 Zákon č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších předpisů.
- 20 Viz Finarbitr.cz [on-line]. 2019. [cit. 2019-09-13]. Sbírka rozhodnutí finančního arbitra. Dostupné z: <<https://www.finarbitr.cz/cs/reseni-sporu/sbirka-rozhodnuti.html>>.
- 21 Viz např. nálezy finančního arbitra č. j. FA/SR/ZP/263/2018 – 28, ze dne 17. října 2018.
- 22 Viz Cnb.cz [on-line]. 2019. [cit. 2019-09-06]. Upozornění pro veřejnost k uzavírání smluv investičního životního pojištění. Dostupné z: <<https://www.cnb.cz/cs/dohled-financi-trh/vykon-dohledu/upozorneni-pro-verejnost/upozorneni-pro-verejnost-k-uzavirani-smluv-investicniho-zivotniho-pojisteni/>>.
- 23 Zákon č. 267/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.
- 24 Zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona.

Životní pojištění aktuálně neslouží jako alternativa financování postaktivity

Ing. Mária Oborilová / Vysoká škola ekonomická v Praze

Životní pojištění je variabilní produkt, který by měl při správném nastavení „doprovázet“ pojištěnce podstatnou část života. Primární funkcí životního pojištění byla a je ochrana před náhlými a nečekanými finančními ztrátami spojenými především s rizikem smrti. Se zvyšující se životní úrovní a bohatstvím jednotlivců ovšem změnilo svou konstrukci i životní pojištění. K primární funkci se přiřadila i ta sekundární a na komerční bázi začalo pojištění poskytovat též rezervotvornou složku (spoření), zejména v souvislosti se zajištěním na stáří.

V posledních letech se však trh životního pojištění musí vyrovnávat s určitou mírou neefektivnosti. Přestože za poslední roky byl hlavním rysem české ekonomiky růst HDP a pokles míry nezaměstnanosti, výdaje občanů na životní pojištění nerostly (viz graf 1). Příčinu lze hledat jak na straně nízké výkonnosti finančních trhů, tak na straně selhání distribučních kanálů v oblasti pojištění.

Úloha životního pojištění je o to významnější zejména v souvislosti s nedostačujícím nastavením penzijního systému a zvyšující se zátěží na veřejné výdaje. Životní pojištění bude ve spojitosti se stárnutím populace hrát také stále významnější roli především v krytí rizik vybraných závažných onemocnění.

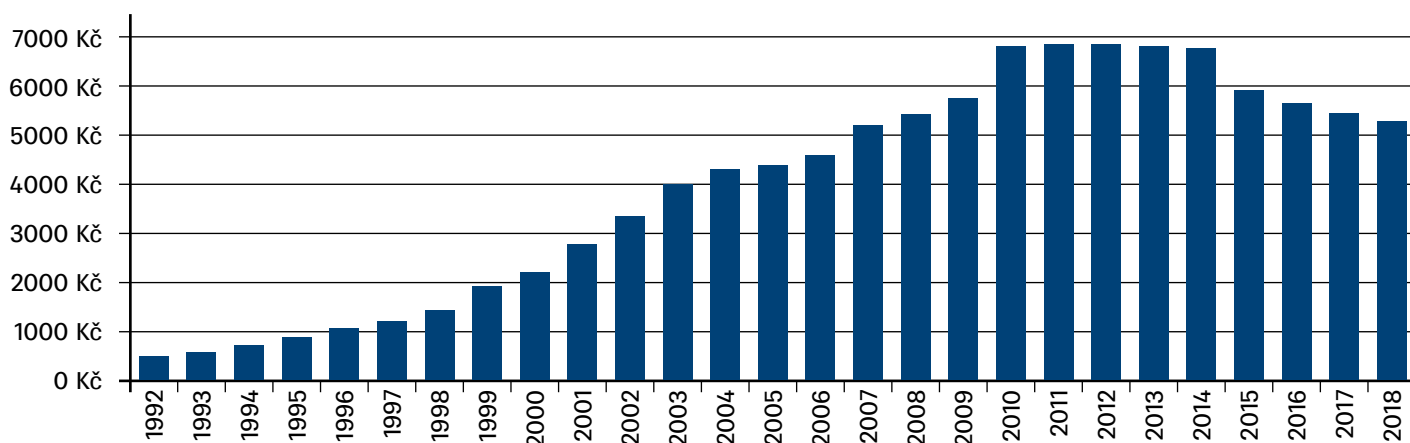
Nepříznivý demografický vývoj

Demografické změny mají dopad téměř na všechny oblasti sociálního a ekonomického vývoje. Proměna věkové struktury obyvatelstva je spojena s nárůstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči, s úbytkem pracovních sil na trhu práce a tím i s financováním penzijního systému. Všechny zmíněné tendence vyvolávají nejistotu ohledně udržitelnosti vývoje veřejných výdajů, především výdajů na sociální transfery (důchody) a na sektor zdravotnictví.

Diskuze o možnostech řešení negativních dopadů stárnutí populace na výdajovou stránku veřejných financí znovu nabyla na významu v souvislosti se zprávou Národní rozpočtové rady (NRR, 2018) o udržitelnosti veřejných financí v důsledku změn v demografické struktuře českého obyvatelstva. Z provedené predikce až příliš jednoznačně vyplývá, že v případě nezměněných současných podmínek budou veřejné finance signalizovat z dlouhodobého hlediska varovné symptomy neudržitelnosti. Jedním z hlavních důvodů neudržitelnosti veřejných financí je nesoulad mezi současným nastavením daňových a výdajových politik a očekávaným demografickým vývojem.

V budoucnu bude přibývat počet jedinců ve věkové skupině nad 65 let. Zároveň se bude prodlužovat i délka dožití a tím

Graf 1: Hustota životního pojištění (výdaje na životní pojištění na počet obyvatel)



■ Podíl předepsaného pojistného za životní pojištění na počet obyvatel

Zdroj: ČNB (2008–2018), Ministerstvo financí ČR (1992–2007), Český statistický úřad (1992–2018)

i počet lidí, kteří se dožijí 85 a více let. V ČR se při současném nastavení legislativy citelnější nárůst počtu důchodců projeví již ve 30. letech tohoto století, kdy do penzijního systému začnou vstupovat silnější populační ročníky narozené v 70. letech. Daná situace bude přetrvávat a vyvrcholí v 60. letech, kdy bude počet důchodců oproti současnosti vyšší o 40 %. Veřejný sektor však momentálně není na takové změny připraven. Prognózy vývoje zadluženosti sektoru veřejných financí udávají, že při zachování současného stavu daňových a výdajových politik by podíl veřejného dluhu na HDP mohl v horizontu 50 let narůst až na 230 % HDP. (NRR, 2018)

Z daných skutečností lze vyvodit závěr, že bez provedení reformy reálně hrozí, že v příštích dekádách nebudou k dispozici peníze na financování penzijního systému. Problém stárnutí populace není spojen jen s tlakem na rostoucí objem mandatorních výdajů na důchody, ale je zesilován i významně rostoucími nároky na zdroje zdravotní a dlouhodobé péče. I v této oblasti bude třeba intenzivněji hledat možnosti vícezdrojového financování.

K řešení nepříznivé situace nepřispívá ani fakt, že jeden z významných podpůrných nástrojů postaktivního financování, kterým je v tržních ekonomikách komerční životní pojištění, má v současnosti v podmínkách ČR výrazně zmenšený prostor pro své uplatnění.

Příčiny neefektivnosti životního pojištění

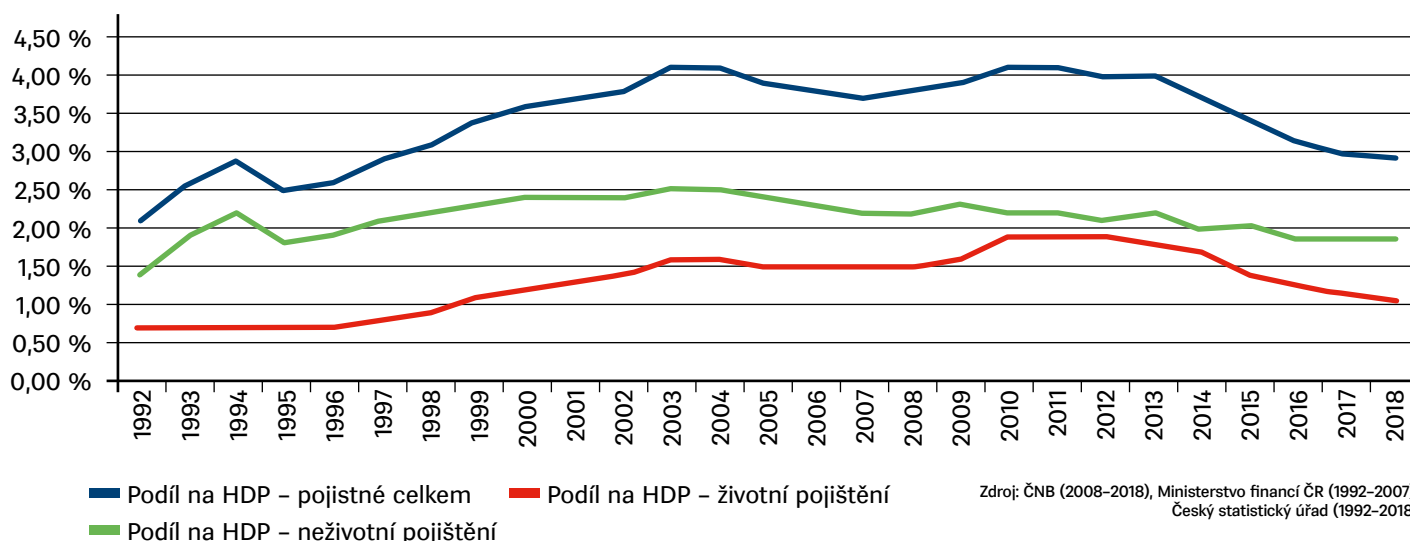
Na současný nepříznivý stav v životním pojištění mělo vliv několik faktorů. Jako první faktor lze označit důsledky poslední finanční krize a její dopad na fungování finančních trhů. Od propadu trhu v roce 2008 po celou dekádu míry výnosnosti konzervativních instrumentů, které nakupují životní pojišťovny v souladu s bezpečností úložek a obezřetným investováním do svých portfolií, dosahovaly tyto jen minimálního zhodnocení. Tím se výrazně snížil význam životního pojištění jako investičního instrumentu; pro klienty se stalo nelukrativním a ve svém důsledku

tento vývoj nakonec vyústil ve stažení nabídky produktu kapitálového životního pojištění českými komerčními pojišťovnami. Faktor nízké efektivnosti ve výkonnosti finančních trhů lze považovat za nejdůležitější a v průběhu posledních let nedošlo v tomto ohledu k žádné významné změně.

Za další z faktorů, jež měly negativní dopad na vývoj životního pojištění, lze označit konflikt mezi pojišťovnami a zprostředkovateli ohledně způsobu odměňování za sjednávání životního pojištění. Největším problémem se stalo tzv. „přetáčení“ životních pojistek, kdy zprostředkovatelé nabízeli klientům přepracování jejich stávajícího životního pojištění a od pojišťovny pak požadovali vyplacení provize za novou smlouvu. Výsledkem této situace bylo, že průměrná délka trvání životního pojištění, které by mělo být ze své podstaty dlouhodobé, se zkrátila na pouhých pět let a pojišťovny na provizích vyplatily miliardy korun, aniž by se zvýšila pojištěnost v životním pojištění (graf 2). Po provedených legislativních změnách se nabídka ze strany pojišťoven i zprostředkovatelů orientuje spíše na riziková životní pojištění. Tyto produkty ovšem nejsou substitucí alternativního financování důchodů.

S nepoctivými praktikami v oblasti distribuce souvisel i další problém, a to vzrůstající počet stížností nespokojených klientů podávaných na institut finančního arbitra. Rozhodnutí arbitra, že životní pojištění, při kterém se vyplácí pojistná částka při dožití se sjednaného věku, neobsahuje riziko, a tedy vlastně nejde o pojištění, a tudíž pojistné smlouvy tohoto typu jsou podle jeho výkladu neplatné, může mít významné dopady pro celý pojistný trh. Přitom ve světě je sjednávání rezervotvorných životních pojištění s pojistnou částkou na dožití se sjednaného věku jako alternativy pro postaktivní financování běžnou praxí. V rozvinutých tržních ekonomikách právě dynamika těchto rezervotvorných pojištění výrazně přispěla k tomu, že národní pojistné trhy rostly rychleji než HDP; z hlediska míry spořivosti došlo v těchto ekonomikách k růstu úspor, které směřovaly do životního pojištění s cílem vytvořit alternativní zdroj pro financování důchodů.

Graf 2: Penetrace životního pojištění (předepsané pojistné jako procento HDP)





Ilustrační foto: www.istockphoto.com

V současné době platnost či neplatnost individuálních smluv životního pojištění v konkrétních případech přezkoumávají soudy, které ale spíše než otázku, zda jde o pojištění, či ne, řeší míru informovanosti, tedy zda byl klient pojišťovnou seznámen se všemi parametry pojistného vztahu a s eventuálními změnami během celého průběhu pojistné doby. V této souvislosti je zapotřebí poznamenat, že současný pohled na míru požadavků na ochranu spotřebitele bude již jiný než v čase, kdy byla smlouva sjednávána.

Posledním, avšak neméně významným faktorem, který ovlivní sektor životního pojištění, je vládou schválený návrh zákona¹ změny metody tvorby a daňové uznatelnosti pojistnětechnických rezerv komerčních pojišťoven. (MF, 2019) Tyto pojistnětechnické rezervy jsou vytvářeny jako zdroj pro budoucí výplaty pojistných částek v životním pojištění a pojišťovny je obezřetně investují na finančních trzích a přispívají tak k ekonomickému růstu.

Dosud byly daňově uznatelné účetní technické rezervy, které pojišťovny vytvářely podle zákona o účetnictví. Dle provedené změny budou pro účely zdanění brány v úvahu rezervy vypočtené podle pravidel regulačního projektu Solventnost II. Daná pravidla byla nastavena pro stanovení minimální a „optimální“ bezpečné výše kapitálu, který pojišťovna potřebuje ke svému podnikání. Tento způsob výpočtu je koncepčně značně odlišný a nachází

se v nesouladu s obecnými účetními zásadami, včetně požadavků na finanční instituce ohledně konzervativního chování a obezřetnosti při nakládání s prostředky získanými od klientů. Nový způsob zdanění rezerv podle pravidel Solventnosti II ve svém praktickém důsledku znamená omezení zdrojů rezerv pojišťoven, které byly vytvořeny pro zcela jiný, konkrétně stanovený účel, a to sloužit pro výplatu pojistných částek v životním pojištění, a v souladu s tímto účelem byly pojištěnými zaplacené v tarifu pojistného. Jinými slovy, jde o odčerpání prostředků z rezerv, které představují účetně cizí zdroje, patřící klientům, a jež zajišťují likviditu budoucích závazků pojišťoven vůči klientům. Z tohoto pohledu jde v případě životních rezerv o retroaktivní krok. (Daňhel, 2019)

Komerční zdravotní pojištění

Významnou položkou povinných výdajů ze státního rozpočtu (mandatorních výdajů) jsou i platby do všeobecného zdravotního pojištění. Veřejné výdaje na zdravotnictví ve většině vyspělých zemí rostou rychleji, než roste ekonomika, a tedy i HDP dané země, což je v kombinaci se stárnutím populace z dlouhodobého hlediska neudržitelné. Podle demografického vývoje se má zvyšovat četnost starších skupin obyvatelstva, tj. nejen lidí nad 65 let, ale i nad 80 let. To bude znamenat zvýšení veřejných výdajů na zdravotní péči.

Pozitivní úlohu by v oblasti snižování, resp. nenavyšování veřejného dluhu sehrálo komerční zdravotní pojištění. Zavedení komerčního zdravotního pojištění by přineslo nové peněžní toky do systému, který nutně potřebuje posílit zdroje. Navíc přibližně pětina obyvatelstva ČR není spokojena se současnou úrovní zdravotnictví (Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2018) a byla by ochotna si připlatit, tedy připojistit si lepší kvalitu zdravotní péče a zdravotních služeb, eventuálně možnost rychlejšího přístupu ke zdravotnímu ošetření. V zájmu budoucího ufinancování zvyšujících se nároků na zdravotní péči je zřejmé, že téma úhrady zdravotních výdajů ze strany vyšších příjmových kategorií obyvatelstva prostřednictvím komerčního zdravotního pojištění bude čím dál aktuálnější. Podobně jako u penzí, ČR se s problémem zavedení komerčního zdravotního pojištění potýká neúspěšně již delší čas a i v tomto případě platí, že oddalováním řešení se problém jen prohlubuje.

Závěr

Trend stárnutí populace má významný dopad na většinu vyspělých ekonomik světa. Podíl 60letých a starších na populaci se časem zvyšuje a podle prognózy bude do roku 2050 v Evropě tvořit více než třetinu populace; vzroste také podíl obyvatel starších 80 let. V souvislosti s daným trendem nejsou výdaje na veřejné finance v ČR, při současném nastavení daňových a výdajových politik, z dlouhodobého hlediska udržitelné. Životní pojištění by mělo napomáhat řešit postaktivní financování či financování závažných zdravotních rizik ve vyšším věku a snižovat tak tlak na státní rozpočet. Z důvodu nízké výkonnosti finančních trhů a problémů v oblasti distribuce však životní pojištění na českém trhu neplní úlohu investičního instrumentu.

Bez ohledu na technologický pokrok či konvergenci české ekonomiky k vyspělým zemím není stávající důchodový systém na stárnutí populace připraven a pro veřejné výdaje bude představovat významnou „zátěž“. Tento sociálně-ekonomický problém bude vyžadovat řešení, ať už v podobě snižování výše vyplácených starobních důchodů, navyšování věku odchodu do důchodu (dané opatření je však limitováno počtem let prožitých ve zdraví), či postupného zavádění komerčního zdravotního připojištění. Jako alternativní řešení, jak pokrýt saldo veřejných financí, se v současnosti jeví zdanění určitých sektorů (aktuálně pojišťoven), což však v konečném důsledku může mít negativní dopad na samotné pojištění, např. prostřednictvím změn cenových parametrů nabízených produktů. Největším rizikem zdrojů financování důchodového systému ovšem není ani tak stárnutí populace jako spíše nedostatečná připravenost a neustálé odkládání řešení tohoto předem avizovaného problému.

Článek byl zpracován jako jeden z výstupů výzkumného projektu VŠE Vývojové trendy v bankovníctví a pojišťovnictví v podmínkách měnících se finančních trhů, registrovaného u Grantové agentury ČR pod evidenčním číslem IGS F1/21/2016.

Resumé

Life Insurance does not Currently Fulfil the Role of Alternative to Pension Funding

The article focuses on the role of life insurance in terms of population ageing and pension system inefficiency. The analysis shows that while maintaining the current expenditure and tax policy the situation in terms of increasing public expenditure is not sustainable in the long term. Life insurance should help in solving pension funding and thus reduce the pressure on the state budget. However, at present, due to poor performance of the financial markets and problems of insurance distribution, the role of alternative pension funding is not fulfilled. Planned changes in taxation of insurance companies' technical reserves are not helping to restore the life insurance sector either.

Klíčová slova

životní pojištění, stárnutí populace, penzijní systém, distribuce pojištění, komerční zdravotní pojištění

Keywords

life insurance, population ageing, pension system, insurance distribution, commercial health insurance

Použité zdroje

Český statistický úřad. Statistiky. Veřejná databáze. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/statistiky>>.

ČNB: Česká národní banka. Databáze časových řad ARAD. Dostupné z: <<https://www.cnb.cz/docs/ARADY/HTML/index.htm>>.

Daňhel, J. O důsledcích zdanění rezerv pojišťoven. [on-line]. Hospodářské noviny (2019), iHNed.cz, ISSN 1213-7693.

MF: Ministerstvo financí ČR (2019). Návrh zákona, kterým se mění některé daňové zákony v souvislosti se zvyšováním příjmů veřejných rozpočtů.

MF: Ministerstvo financí ČR (1992–2007): Výroční zpráva Úřadu státního dozoru v pojišťovnictví a penzijním připojištění.

NRR: Národní rozpočtová rada (2018). Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí.

Sociologický ústav Akademie věd ČR, v. v. i. (2018). Centrum pro výzkum veřejného mínění. Tisková zpráva: Názory občanů na zdravotní péči v ČR – prosinec 2018.

1 V čase psaní tohoto příspěvku: Návrh zákona, kterým se mění některé daňové zákony v souvislosti se zvyšováním příjmů veřejných rozpočtů.

Historicky osvědčený vestavěný stabilizátor pojišťovnictví ve vážném ohrožení

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

Diskuze rozvířená v létě 2019 vládním návrhem a následným projednáváním předlohy zákona o daňovém balíčku v Poslanecké sněmovně, zahrnující jako svou nejkontroverznější část změnu daňové uznatelnosti pojistnětechnických rezerv českých komerčních pojišťoven, ukázala na některá relativně snížená chápání specifické problematiky ekonomiky pojišťovnictví v odborné komunitě ohledně významu těchto rezerv pro úspěšné fungování odvětví a celého finančního sektoru.

Předmětné pojistnětechnické rezervy umožňují hladký chod odvětví. Jsou vytvářeny jako matematicky exaktně vypočtený zdroj potřebný jednak pro budoucí výplaty pojistných částek v životním pojištění, jednak pro náhodné výkyvy ve škodním průběhu neživotních pojištění, jehož ekonomiku ovlivňuje volbami škodního průběhu náhodný generátor. Celý byznys komerčních pojišťoven lze právě podle míry vlivu nahodilosti na ekonomiku pojistitelů rozdělit na dva velké produktové segmenty: pojištění životní a pojištění neživotní, tedy majetková, úrazová a odpovědnostní pojištění. V obou segmentech ovšem hrají pojistnětechnické rezervy při stabilizaci odvětví pojišťovnictví, i když v každém jinak, naprosto klíčovou roli.

Rozdílnost charakteru pojistnětechnických rezerv v životním a neživotním pojištění

Výrazně jednodušší situace je v případě životního byznysu. Pojistná matematika se v tomto segmentu s nahodilostí vcelku úspěšně vyrovnává již téměř 300 let. Základním podkladem pro kalkulaci pojistného jsou v čase jen minimálně se měnící úmrtnostní tabulky zobrazující vymírání hypotetického souboru lidské populace od určitého věku do věku omega, ve kterém zemře poslední osoba. Pomalé změny jsou navíc trendového, tedy matematicky zvládaného charakteru; lidský věk se stále mírně prodlužuje.

V tradičních konceptech jsou pro lidská individua (obecně špatně vybavená k predikci výsledků nejistých situací) životní produkty pojišťoven primárně užitečné dvojím způsobem: 1) pojištění přináší ekonomickému subjektu jistotu finanční a důchodové kontinuity bez ohledu na ne-

předvídatelné stochastické děje a vlivy z okolního, neanticipovatelného světa; 2) jsou vhodným zdrojem financování v případě zvláštních událostí v životě člověka, měnících jeho postavení ve společnosti.

K těmto primárním pozitivním efektům je nutno přiřadit ještě stejně důležitou, ne-li makroekonomicky ještě důležitější sekundární roli životního pojištění, především na jejímž základě je pojistný trh zařazován jako podsystém finančního trhu: kolektované peníze od klientů pojišťovny se díky značnému časovému rozdílu mezi postupnou tvorbou a konečnou výplatou pojistné částky prostřednictvím instituce pojistnětechnických rezerv investují zpět do ekonomiky, a tak pozitivně působí na hospodářský růst. V tomto kontextu jsou produkty životního pojištění ze své povahy specifickým nástrojem finančního investování a snižují tlak na výdaje veřejných financí pro postaktivní občany; atraktivita produktů životního pojištění jako investičního instrumentu ovšem závisí na výkonnosti finančních trhů.

Pro ekonomiku v segmentu neživotních pojištění je na rozdíl od životních produktů charakteristická značná závislost na škodním průběhu převzatých pojištění, který generuje náhodný mechanismus. Jen připomeňme, že náhodný generátor je zcela lhostejný k ekonomickým důsledkům „svých“ apriorních voleb a jeho budoucí strategie je obtížně predikovatelná, plně v intencích základního metodologického rozporu: Jak učinit předmětem vědeckého zkoumání budoucnost, když jako předmět ještě neexistuje?

Závislost neživotního pojištění na chování náhodného generátoru je v ekonomice do značné míry ojedinělá, a to i v rámci finančního sektoru. Přitom srovnáme-li stabilitu pojišťovnictví s mnohem více determinovaným charakterem bankovníctví, pak v historickém kontextu se jednoznačně jeví jako dlouhodobě stabilnější odvětví pojišťovnictví.

Ke stabilizaci své ekonomiky, specificky ovlivňované obtížně predikovatelnými realizacemi náhodného mechanismu v neživotním pojištění, si pojišťovnictví vytvořilo systém vlastních vestavěných stabilizátorů, které je do značné míry odklání jednak od vlivu volatilního kolísání, charakteristického pro nastupování náhodných veličin, a jednak od dalších eventuálních vlivů, včetně dopadů ekonomického

cyklu. Těmito historicky osvědčenými a účinnými vestavěnými stabilizátory jsou: tvorba a užití pojistnětechnických rezerv, zajištění (pojištění pojišťovny) a v poslední době i instituce mezisektoriální integrace (multifunkční finanční konglomeráty).

Podíváme-li se na popsany specifický problém pojišťovnictví hledáčkem podnikatelských rizik podstupovaných komerčními pojistiteli, pak nejzávažnější podnikatelské riziko, podle odborných odhadů představující zhruba dvě třetiny z potenciálních ohrožení ekonomické úspěšnosti komerční pojišťovny, je tzv. „pojistnětechnické riziko“, definované jako „možnost vzniku kladné či záporné odchylky od pojišťovnou *a priori* vypočtených úplných vlastních nákladů pojišťovací činnosti, tedy od pojišťovnou v předběžné kalkulaci předpokládaného škodního průběhu a nákladů správné režie“. Správné stanovení pojistného v kalkulačním modelu v produktech neživotního pojištění je prvním předpokladem zabezpečení stability (nízké volatility) ekonomických výsledků pojišťovny v případě, že ze strany náhodného generátoru dojde k významnějšímu zápornému výkyvu ve škodním průběhu, a je nezbytně nutné, aby v druhém plánu dopad na ekonomický výsledek vyrovnal příslušný vestavěný stabilizátor.

Specifikum neživotního segmentu spočívá v tom, že v systému hospodaření pojišťovny nelze s ohledem na volatilní volby náhodného generátoru spoléhat jen na běžné příjmy pojistného, nýbrž je třeba vyrovnávat v realitě vznikající věcné, časové a místní výkyvy oproti kalkulačnímu modelu, a to právě tvorbou a používáním finančních rezerv. V této souvislosti se v definicích pojistného byznysu uvádí jeho těsné spojení s fungováním výkyvových rezerv, jejichž historicky osvědčený, účinný mechanismus je ve svém základním principu velmi jednoduchý: v časech kladných odchylek od modelových hodnot v kalkulaci tarifu pojistného se výkyvové rezervy dotují a v časech záporných výkyvů se čerpají.

V této souvislosti ovšem zdůrazňujeme, že na modelové hodnoty je nutné se dívat jako na v čase tekoucí kategorii: jestliže se prokáže v dlouhodobějším horizontu určitá trendová změna v „chování“ náhodného generátoru či jiného relevantního vlivu na škodní průběh, je povinností pojišťovny na tuto změnu reagovat ve vztahu k pojištěným klientům úpravou tarifu, výplatami bonifikací atd., tedy formami respektujícími princip ekvivalence mezi příjmy a výdaji pojišťovny.

Z hlediska daňové uznatelnosti výkyvových pojistnětechnických rezerv vzniká v neživotním pojištění určitý metodologický problém v souvislosti s anticipací časového rozlišení nastalých pojistných událostí. Podle právních norem je zejména u škod na majetku pojištěnému stanovena několikaletá lhůta k ohlášení pojistné události pojišťovně. Zpoždění hlášení a následná likvidace škody tedy mohou činit i několik let. Pojišťovny pro účely účetní srovnatelnosti a anticipace časového rozlišení vytvářejí v současné praxi pomocí matematicko-statistických metod tzv. „rezervu na škody“, které již vznikly, ale nebyly ještě pojišťovně ohlášeny (rezerva IBNR – *issued but not reported*). Tvorba rezervy

tak probíhá na základě matematického pravděpodobnostního modelu; správnost její výše je předmětem auditu účetní uzávěrky pojišťovny. Slabým místem tohoto způsobu řešení časového rozlišení je pravděpodobně skutečnost, že o vzniklé škodě v době jejího vzniku nebyl v pojišťovně vytvořen žádný relevantní doklad. Na tuto okolnost čas od času upozorňovalo Ministerstvo financí ČR, úvahy o změně daňové uznatelnosti této speciální pojistnětechnické rezervy však nebyly až do dnešní doby realizovány akceptací posudku auditora ve výroční zprávě pojišťovny ohledně správnosti matematicko-statistickým modelem stanovené výše rezervy.

Změny v daňové uznatelnosti pojistnětechnických rezerv pojišťoven podle daňového balíčku

Dosud byly všechny daňově uznatelné pojistnětechnické rezervy pojišťoven vytvářeny na základě zákona o účetnictví. Podle předlohou navrhované změny mají být pro účely zdanění brány v úvahu rezervy vypočtené dle pravidel regulatorního projektu Solventnost II. Pravidla regulatorního projektu byla nastavena pro určení minimální a optimální bezpečné výše kapitálu, který pojišťovna potřebuje ke svému podnikání.

Tento způsob výpočtu je koncepčně zásadně odlišný a je v rozporu s obecnými účetními zásadami, včetně požadavku konzervativního a obezřetného chování finanční instituce. Obzvláště bijící do očí je to v případě rezerv životního pojištění, vytvářených jako matematicky vypočtený zdroj potřebný pro budoucí výplaty pojistných částek. Pro komerční pojišťovny, stejně jako pro banky, je charakteristická vysoká páka mající původ v nízkém podílu vlastního kapitálu na pasivech, která implikuje, že pojišťovny obhospodařují cizí finanční prostředky (klientů). Analogicky jde tedy v předloze o konstrukci, která by v případě bankovního byznysu snižovala daňovou uznatelnost tvorby zdrojů na pokrytí vkladů občanů.

Solventnostní matematické modely potřebu rezerv obecně redukuji na obranu proti minulým nejhorším stavům; pro predikci možných budoucích potřeb je nelze použít. Zavedení takto pojatého solventnostního pravidla bylo svého času reakcí EU na problémy některých pojišťoven východoevropských zemí ohledně bezpečné výše kapitálu, jeho zavedení tedy mělo sloužit k zamezení opačné situace, než pro jakou jej aplikovala Poslanecká sněmovna – k získání zdrojů pro bobtnající veřejné výdaje.

Závažné výhrady je možné vůči přístupu z pozic Solventnosti II vznést i z metodologického hlediska. V EU implementovaný projekt je postaven na základě již překonaného přístupu minulé dekády *risk based approach*, vycházejícího z iluzorní premisy, že v případě vlivu nahodilosti lze riziko v reálném ekonomickém životě matematicky zvládnout. Tuto tezi vyvrátil svým dílem, např. pojednáním o nepredikovatelných nastoupeních „černých labutí“, empirický ekonom N. Taleb. Solventnostní matematické modely jsou založeny na historických pravděpodobnostech, nemohou tudíž reflektovat budoucí upgrade v chování náhodného

generátoru, a potřebu rezerv tedy logicky redukuje pouze minulý nejhorší stav; pro predikci možných budoucích potřeb je nelze použít.

Z metodologického hlediska je pro pojišťovnictví charakteristický záporný vztah ke kategorii volatility, která je chápána jako jeden ze stavů současného komplexního globálního světa. Z tohoto úhlu pohledu mají pojišťovny, podobně jako banky, shora limitovány své možné zisky, ale potenciální ztráty jsou co do velikosti neomezené. Příčiny hypotetického potenciálního defaultu jsou ovšem významně odlišné. V případě bankovního byznysu je historicky nejčastějším spouštěčem silný destruktivní výkyv záporné amplitudy ekonomického cyklu; u pojišťovnictví je takovýto důvod velmi řídký. Pojišťovny ovšem mohou snadno dovést ke krachu realizace fatálního katastrofického rizika. Popsaná charakteristika výnosů pojišťoven – na pravé straně bilance s limity a na straně levé prakticky bez limitů nebo s omezenými limity – je pro pojišťovnictví záležitostí klíčového významu, pojišťovny tak mohou přijít o jmění stádané po celé generace.

Zvýšená, historicky prokázaná vysoká odolnost ekonomiky pojišťovnictví i přes expozici vůči nahodilosti je dána faktem, že pojišťovny jsou financované v rámci poskytování ochrany proti realizaci rizika dopředu a možno říci dlouhodobě, tedy relativně stabilním příjmem pojistného, a jsou tak oproti bankám mnohem méně vystaveny riziku akutního nedostatku likvidity. Kardinální roli ovšem hrají vestavěné stabilizátory a v nich pak na 1. místě pojistnětechnické rezervy. Pojišťovny jejich využíváním vykazují podstatně nižší míru zranitelnosti a vyšší míru odolnosti vůči impulzům náhlého ruinování.

V souvislosti s předlohou předpokládaným snížením bonity a odolnosti pojišťovnictví ovšem vyvstává otázka možnosti iniciace obávaného systemického rizika; poslední fatální finanční krize byla spuštěna právě realizací systemického rizika v odvětví bankovního. Naopak z historie není dosud známa žádná významná krize, která by byla spuštěna defaultem pojišťovny nebo zajišťovny. Pojišťovnictví totiž nevytváří na makroúrovni systemické riziko, které by bylo přímo přenositelné do celé ekonomiky. Aktiva a pasiva jsou v rozvaze pojišťovny navzájem více propojena, zatímco banky se musí častěji vyrovnávat s většími či menšími strukturálními nerovnováhami. Investiční strategie bank je obvykle cílena krátkodoběji a je více zaměřena na výnosnost. Pojišťovny kladou důraz především na kritérium bezpečnosti, jsou více konzervativní a pečlivěji své expozice diverzifikují. V zamezování dominového efektu defaultu ve finančním sektoru pojišťovnám pomáhají vestavěné stabilizátory, zejména pojistnětechnické rezervy. Nekompetentním zásahem do jejich fungování může v krajním případě dojít až k defaultu přenositelnému do okolní ekonomiky.

Závěr

Pojistnětechnické rezervy představují historicky osvědčený vestavěný stabilizátor ekonomiky pojišťovnictví. Dosud byly všechny daňově uznatelné pojistnětechnické rezervy pojiš-

ťoven vytvářeny podle zákona o účetnictví, avšak na základě posledních změn mají být rezervy vypočteny dle pravidel regulatorního projektu Solventnost II. Tento způsob výpočtu je koncepčně zcela odlišný a je v rozporu s obecnými účetními zásadami, včetně požadavku konzervativního chování a obezřetnosti finanční instituce – zejména to platí pro pojišťovny. Solventnostní matematické modely potřebu rezerv obecně redukuje na obranu proti minulým nejhorším stavům – pro predikci možných budoucích potřeb je nelze použít. Nový způsob výpočtu sníží schopnost pojišťoven vypořádat se s nepředvídatelnými katastrofickými událostmi; k největší kontroverzi v rámci tohoto přístupu však dochází v případě rezerv životního pojištění, vytvářených jako matematicky vypočtený zdroj potřebný pro budoucí výplaty pojistných částek. Pro komerční pojišťovny je v tomto případě charakteristická vysoká páka mající původ v nízkém podílu vlastního kapitálu na pasivech a plynoucí z faktu, že pojišťovny obhospodařují cizí finanční prostředky. Změna tím pádem retroaktivně zasahuje do peněz patřících klientům pojišťoven. Realizací předlohy dojde k závažnému snížení bonity odvětví pojišťovnictví a jeho potenciální odolnosti vůči katastrofickým a dalším negativním událostem. V krajní poloze může dojít až k možné hrozbě iniciace systemického rizika v ekonomice.

Článek byl zpracován za podpory VŠE IP 100040 a VŠE F1 46/2019.

Resumé

Historically Built-in Insurance Stabilizer Is in Serious Threat

In the insurance companies applies characteristic feature: they have a low share of equity ratio in the liabilities and the insurance companies manage foreign sources. The change in approach to taxation of technical reserves retroactively interferes with money belonging to clients of insurance companies. The implementation of the draft will significantly reduce the creditworthiness of the insurance industry and its potential resistance to catastrophic and other negative events. In the extreme position, there may be a possible threat of systemic risk initiation in the economy.

Klíčová slova

vestavěný stabilizátor, pojistnětechnické rezervy, Solventnost II, daňová uznatelnost, pojistnětechnické riziko, systemické riziko

Keywords

built-in stabilizer, insurance technical reserves, Solvency II, tax deductibility, underwriting risk, systemic risk

Judikatura posledních let v oblasti pojištění a náhrady újmy

Lucie Jandová / Generali Česká pojišťovna

Šest let po účinnosti nového občanského zákoníku (zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů) postupně vzniká judikatura, jež řeší otázky nově nastolené po jeho přijetí. Některé z těch, kterými se mnoho právníků zabývalo celou řadu let, mají již své odpovědi – někdy však jen první z odpovědí, protože zpravidla každá odpověď může přinést další otázky. Celá řada otázek tedy nadále zůstává otevřena – a lze předpokládat, že tomu tak ještě mnoho let bude, neboť judikatura v současné době stále ještě řeší nejasnosti vyvolané předchozí právní úpravou.

V prostředí poměrně velké právní nejistoty se tak postupně začínají stabilizovat alespoň některé problematické oblasti. Na druhou stranu je nutno říct, že Ústavní soud zatím neměl mnoho možností vyjádřit se k názorům Nejvyššího soudu na novou právní úpravu, a tedy nelze vyloučit, že některé oblasti mohou být ještě v budoucnu dotčeny náhledem Ústavního soudu.

Přechodná ustanovení, retroaktivita

Z právního hlediska lze ve vztahu k nové právní úpravě založené novým občanským zákoníkem považovat za zásadní již určení, jakou právní úpravou se který konkrétní právní vztah bude řídit, tedy jaké právní předpisy na něj mají být aplikovány. Tato hranice je obzvláště intenzivně vnímána v odškodňování újem na zdraví. Jedná se o první kritérium, které je třeba posoudit, a rozhodnout o něm, když je řešena problematika odškodnění újmy na zdraví (řešeno primárně ustanoveními § 3028 a 3079 nového občanského zákoníku). Proto se s rozhodnutími soudů vyšších stupňů v této oblasti lze již setkat. Touto problematikou se už Nejvyšší soud zabýval, a to se závěrem, že pro posouzení nároku na náhradu škody na zdraví, jestliže ke škodní události došlo před 1. lednem 2014, se použije dosavadní právní úprava. Uvedme např. rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1965/2016, sp. zn. 25 Cdo 3925/2013, sp. zn. 25 Cdo 1930/2016 či sp. zn. 25 Cdo 1970/2015. V rozsudku sp. zn. 25 Cdo 1965/2016 se uvádí, že pro aplikaci přechodného ustanovení obsaženého v § 3079 odst. 1 nového občanského zákoníku není rozhodující okamžik vzniku škody (újmy), nýbrž je toto časové pravidlo spojeno s okamžikem škodní události, tj. zde právě s porušením zákona.

Z novějších rozhodnutí lze uvést rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3377/2018 ze dne 31. října 2018. Tímto rozhodnutím dovolací soud zamítl dovolání podané žalobkyní proti rozsudku odvolacího soudu a soudu 1. stupně. Podstatou sporu byl úraz poškozené ze dne 11. března 2013 (tedy za účinnosti předchozí právní úpravy) na neupraveném chodníku, za který odpovídala žalovaná. Okresní soud došel mj. k závěru, že nárok na náhradu za ztížení společenského uplatnění je promlčen v subjektivní dvouleté promlčecí době (podle § 106 zákona č. 40/1964 Sb.). Odvolací soud se s rozsudkem soudu 1. stupně v této části ztotožnil. Dovolání bylo podáno s argumentací dosud neřešené právní otázky výkladu přechodného ustanovení § 3079 nového občanského zákoníku, odklonu od rozhodovací praxe dovolacího soudu z důvodu posouzení otázky vzniku nároku na náhradu za ztížení společenského uplatnění a rozporu námítky promlčení s dobrými mravy.

Nejvyšší soud neshledal dovolání důvodným. Podle § 3079 odst. 1 nového občanského zákoníku se právo na náhradu škody vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo před dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, posuzuje podle dosavadních právních předpisů. Podle dalšího odstavce téhož paragrafu platí, že nerozhodl-li soud ke dni nabytí účinnosti nového občanského zákoníku (tedy k 1. lednu 2014) o náhradě škody vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo před dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, může na návrh poškozeného člověka, jsou-li pro to mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele (§ 2 odst. 3), přiznat poškozenému i náhradu nemajetkové újmy podle nového občanského zákoníku.

Pokud se jedná o daný případ, Nejvyšší soud se neztotožnil s názorem poškozené, že nároky poškozené na náhradu škody za bolest, ztrátu na výdělku a náklady na léčení by měly být posuzovány dle jiné právní úpravy než nárok na náhradu škody za ztížení společenského uplatnění, ač vznikly z jedné škodní události nastalé 11. března 2013. Podle názoru Nejvyššího soudu: *Koncepci samostatných nároků na náhradu nemajetkové újmy na zdraví dle usnesení Nejvyššího soudu ze dne 1. listopadu 2017, sp. zn. 25 Cdo 2245/2017, nelze chápat tak, že samostatné nároky vznikají bez souvislosti se samotnou škodní událostí. Všechny složky náhrady nemajetkové újmy na zdraví se řídí právní úpravou účinnou v době vzniku škodní události, neboť to*

je právní skutečnost, z níž jsou nároky odvozeny a za niž odpovídá škůdce. Objektivní povaha odpovědnosti za škodu na posouzení jejího vzniku nemá žádný vliv. Okresní soud i odvolací soud tedy právně posoudily nárok na náhradu škody za ztížení společenského uplatnění jako promlčený.

Ústavní stížnost podaná proti tomuto rozhodnutí byla Ústavním soudem dne 19. března 2019 odmítnuta rozhodnutím sp. zn. II. ÚS 117/19 jako zjevně neopodstatněná a s názory soudů v této věci se Ústavní soud ztotožnil (ani ostatní námitky poškozené Ústavní soud neuznal).

Mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele pro aplikaci odškodnění podle nového občanského zákoníku

Pravidlo aplikace předchozí právní úpravy na případy náhrad škod vzniklých porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo 1. ledna 2014, může být sice za určité situace prolomeno (viz § 3079 odst. 2 nového občanského zákoníku), musí však být splněny podmínky pro aplikaci tohoto ustanovení, tedy mj. mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele. K tomuto tématu se vyjádřil Nejvyšší soud např. dne 31. října 2017 v rámci rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1965/2016. V daném případě škůdce způsobil poškozenému dne 8. listopadu 2010 dvěma údery pěstí do hlavy újmu na zdraví. Poškozený nárokoval náhradu škody za ztížení společenského uplatnění v rozsahu, který by odpovídal podle jeho názoru zásadám slušnosti podle § 2958 nového občanského zákoníku. Soud 1. stupně přiznal odškodnění podle zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, když k újmě na zdraví došlo za účinnosti tohoto zákona a podle názoru soudu nebyly splněny mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele ve smyslu § 3079 odst. 2 nového občanského zákoníku, ovšem shledal důvody pro navýšení odškodnění podle § 7 odst. 3 vyhlášky č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění. Odvolací soud sice přiznal poškozenému ještě další částku na odškodnění za ztížení společenského uplatnění, obecně však dovodil, že použití § 444 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb. a vyhlášky č. 440/2001 Sb. v posuzovaném případě není v rozporu s dobrými mravy a nevede ke krutosti ani bezohlednosti urážející obvyklé lidské citění ve smyslu § 2 odst. 3 nového občanského zákoníku.

Poškozený podal ve věci dovolání, v němž argumentoval tím, že odškodnění ztížení společenského uplatnění podle vyhlášky č. 440/2001 Sb. neodpovídá zásadám slušnosti ve smyslu § 2958 nového občanského zákoníku, proto jsou dány mimořádné okolnosti pro přiznání náhrady podle nové úpravy. K újmě došlo společensky odsouzeníhodným způsobem (škůdce byl za toto jednání uznán vinným úmyslným trestným činem ublížení na zdraví). Žalobce spatřoval mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele jak ve způsobu a okolnostech způsobení újmy, tak i v okolnostech zmíněných výslovně v § 2 odst. 3 nového občanského zákoníku. Dosavadní úprava náhrady nemajetkové újmy, tedy účinná do 1. ledna 2014, byla podle názoru poškozeného v rozporu s dobrými mravy, a proto zákonodárce přistoupil k novému pojetí a soudy měly postupovat podle *Metodiky Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví*.

Dovolací soud dovodil, že v této věci byl použit sice vyhláskový systém, ale způsobem, který nevyvolává pochyby o jeho vhodnosti. Odvolací soud s jeho pomocí provedl objektivizaci obtíží poškozeného, neopomenul takto zjištěnou částku podrobit úpravě a individualizoval (či personalizoval) ji odpovídajícím způsobem, s přihlédnutím ke konkrétním poměrům poškozeného, odvolací soud tedy respektoval základní východiska právní úpravy náhrady nemajetkové újmy podle § 444 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb., zvážil všechny relevantní okolnosti, své závěry podrobně a přesvědčivě odůvodnil (i ve srovnání s jinými obdobnými případy, které již byly soudy řešeny) a přiznaná náhrada škody není nepřiměřeně nízká.

Z hlediska požadavku poškozeného na aplikaci nové právní úpravy odškodňování újem na zdraví dovolací soud nepřisvědčil argumentaci poškozeného. Metodika vytvořená soudy k rozumné aplikaci § 2958 nového občanského zákoníku má být naplněním zákonného principu slušnosti i požadavku legitimního očekávání podle § 13 téhož zákona, neplyne z ní však automaticky, že by přinášela vždy podstatně vyšší náhradu než předchozí úprava. Podle názoru dovolacího soudu: [...] *vzhledem ke konkrétním skutkovým okolnostem projednávané věci nevede použití či výklad dosavadních předpisů k nemravným důsledkům ani se nedotýká obvyklého lidského přístupu k obětem trestné činnosti, natož pak způsobem natolik krutým či bezohledně urážlivým, aby byly naplněny podmínky pro aplikaci přechodného ustanovení § 3079 odst. 2 o. z.* Dovolání bylo proto zamítnuto. Tedy ani skutečnost, že bylo poškozenému ublíženo na zdraví trestným činem, nemusí být sama o sobě důvodem pro aplikaci nové právní úpravy v případech, kdy k ublížení na zdraví došlo před 1. lednem 2014.

Rozdílná výše odškodnění podle občanského zákoníku a nového občanského zákoníku

S problematikou aplikace nové nebo předchozí právní úpravy odškodnění újem na zdraví souvisí také problematika výše nároku na náhradu újmy v případě posuzování podle těchto rozdílných právních úprav a argumentace jejich případným rozdílem, a to zejména tehdy, dosahuje-li odškodnění podle předchozí právní úpravy nižší částky než podle nové právní úpravy (zde připomeňme, že nová zákonná úprava obsažená v § 2958 nového občanského zákoníku je poměrně obecná). Již v době přijetí nové právní úpravy bylo zřejmé, že argumentace tímto směrem se bude v případech újem na zdraví z doby před 1. lednem 2014 objevovat. K tomuto tématu se ve stručnosti obecně vyjádřil Nejvyšší soud v rozhodnutí ze dne 26. září 2017, sp. zn. 25 Cdo 3940/2016. Jednalo se o spor poškozené se zdravotnickým zařízením o náhradu škody na zdraví v souvislosti s operací karpálního tunelu levé ruky, při níž byl poškozené omylem přerušen střední nerv. Odškodnění bylo posuzováno podle předchozí právní úpravy, tedy zákona č. 40/1964 Sb. Soud 1. stupně zvýšil náhradu bolestného a náhradu za ztížení společenského uplatnění podle § 7 odst. 3 vyhlášky č. 440/2001 Sb. Odvolací soud následně část nároku za bolestné, přiznané soudem 1. stupně, zamítl. Co je však podstatné z hlediska nastíněné problematiky: odvolací soud při posuzování výše odškodnění přihlédl ke srovnání s Me-

todikou Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví a poznamenal, že ztrátě funkčnosti levé ruky odpovídá náhrada cca 1 mil. Kč.

Dovolání v tomto případě podalo zdravotnické zařízení s tím, že odvolací soud posoudil otázku zvýšení náhrady podle § 7 odst. 3 vyhlášky č. 440/2001 Sb. v rozporu s ustálenou rozhodovací praxí dovolacího soudu (když přiznané odškodnění za bolest považoval za značně extrémní). Dále žalovaný namítal, že odvolací soud měl postupovat výlučně podle § 444 zákona č. 40/1964 Sb. a vyhlášky č. 440/2001 Sb., ve zněních účinných do 31. prosince 2013.

Dovolací soud pak rozsudek odvolacího soudu částečně zrušil a věc mu vrátil k dalšímu řízení, když celkovou náhradu považoval také za nepřiměřeně vysokou, a to i ve srovnání s jinými případy. Pokud se jedná o úvahu odvolacího soudu o navýšení odškodnění za ztížení společenského uplatnění též porovnáním s procentním vyjádřením ztráty životních příležitostí ve smyslu *Metodiky Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví*, uvedl dovolací soud, že „by mohlo přispět ke spravedlivému a přiměřenému odškodnění [srov. rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. IV. ÚS 3122/15], pokud je ovšem tato úvaha podložena posudkem znalce z oboru zdravotnictví, odvětví stanovení nemateriální újmy na zdraví, což se v daném případě nestalo, neboť odvolací soud šel cestou vlastního, zcela nepodloženého odhadu“.

Argumentaci tímto směrem tedy nelze do budoucna vyloučit, musela by však být podložena znaleckým posouzením. Lze se však domnívat, že aplikace dopadů rozdílu mezi odškodněním přiznaným oběma právními úpravami na konkrétní případ bude v budoucnu ještě předmětem soudního přezkumu Nejvyšším soudem.

Právní věc byla ještě předložena k posouzení Ústavnímu soudu, ústavní stížnost však byla jako nepřípustná odmítnuta (usnesením sp. zn. III. ÚS 3396/17).

Míra zapojení do života

K náhradě újmy na zdraví uvedme ještě jedno zajímavé soudní rozhodnutí, byť trochu starší, týkající se hodnocení zapojení osoby poškozeného do života. Ačkoliv se jedná o odškodnění poskytované podle předchozí právní úpravy (tedy zákona č. 40/1964 Sb. a vyhlášky č. 440/2001 Sb.), hlediska v něm uvedená by se mohla promítnout do náhrady újmy také podle nového občanského zákoníku, a to již s ohledem na zásadu slušnosti. Jedná se o rozsudek Nejvyššího soudu z 21. března 2017, sp. zn. 25 Cdo 3475/2015. Poškozený byl velmi vážně zraněn jako spolujezdec při dopravní nehodě v roce 2009. Soud 1. stupně, kromě toho, že dovodil spoluzavinění poškozeného v rozsahu 50 %, i přes újmu způsobenou v mladém věku poškozeného a omezení aktivit poškozeného neshledal důvody pro mimořádné navýšení odškodnění podle § 7 odst. 3 vyhlášky č. 440/2001 Sb., s ohledem na dosavadní život poškozeného (odsouzení za majetkovou trestnou činnost, nezájem o vzdělání, požívání drog, nezaměstnanost, nezapojení se do politického, kulturního ani sportovního života). Odvolací soud následně

odškodnění navýšil. Proti rozsudku se žalovaná dovolala. Dovolací soud rozsudek odvolacího soudu částečně zrušil a věc mu vrátil k dalšímu řízení. Kromě jiného dovolací soud uvedl, že „při stanovení výše náhrady za ZSU nejde ovšem o pouhý matematický výpočet, důležité je zejména porovnání absolutní částky s rozsahem a následky trvalého postižení zdraví tak, aby bylo dosaženo přiměřené náhrady, srovnatelné zároveň i s jinými případy. V daném případě ze skutkového zjištění, jehož správnost nepodléhá dovolacímu přezkumu (§ 241a odst. 1, odst. 6 o. s. ř.), vyplývá nevratné poškození dolních končetin žalobce (paraplegie) a omezení funkce horních končetin; u těchto závažných postižení v mladém věku (18 let) je předpoklad, že půjde o dlouholetou zátěž pro poškozeného a o zásadní dotčení většiny důležitých fází jeho života. Ačkoli zapojení žalobce nebylo na mimořádné úrovni, jelikož zájem o studium ani zaměstnání nebyl velký (dokončil pouze základní vzdělání, učební obor kuchař-číšník nedokončil, byl nezaměstnaný), a byl dokonce již třikrát soudně trestán, je rozhodující, že žalobce je na počátku svého produktivního věku prakticky vyřazen z pracovního života, je omezen (nikoli ovšem zcela vyřazen) z dalších sfér společenském zapojení. Především je odkázán na invalidní vozík, neobejde se bez vytvoření určitého zázemí ze strany osob blízkých a musí používat pomůcky při inkontinenci. Úvaha odvolacího soudu o existenci trvalých následků, které odůvodňují mimořádné zvýšení náhrady za ZSU podle § 7 odst. 3 vyhlášky, je tedy v zásadě správná a je třeba zdůvodnit rozsah zvýšení náhrady násobkem či výslednou částku“.

Na druhou stranu však dovolací soud také uvedl, že „lze přisvědčit požadavku dovolatelky, aby byla zohledněna i okolnost, že dosavadní život žalobce nebyl příliš zdařilý a že jej zdravotní obtíže nepřipravily o širokou škálu činností, aktivit či zájmů, tím spíše o výjimečné či vynikající zapojení do společenského života. Jeho situace tedy není srovnatelná s obdobně postiženými osobami, které přišly o četné možnosti provozované buď ve větší šíři, či na vysoké úrovni. Žalobci se v důsledku postižení nesnížil intelekt, gnostické ani komunikační schopnosti, a je tedy schopen zapojovat se do života, a to i přes fyzický handicap a nutnost určité pomoci druhých osob. Není zcela vyloučen z běžného života a není (i vzhledem k podprůměrnému společenskému zapojení před úrazem) limitován ve srovnání s předešlým stavem natolik, aby to odpovídalo obvyklým důvodům pro zvýšení náhrady kolem pěti- až šestinásobku. S přihlédnutím k polovičnímu krácení pro spoluzavinění je výsledná celková náhrada 2 452 500 Kč nepřiměřeně vysoká i ve srovnání s jinými obdobnými případy, které již byly projednány dovolacím soudem, např. s poškozenými v přibližně stejném věku trpícími obdobnými obtížemi, u nichž ovšem bylo předchozí zapojení výrazně bohatší a tím i ztráta životních příležitostí citelnější“.

Odškodnění za bolest podle nového občanského zákoníku

Za stávající legislativní situace nelze vyloučit, že ještě poměrně dlouhou dobu se budou ustalovat názory na to, které nároky poškozeného jsou v rámci odpovědnosti za škodní děj odškodnitelné a pod který nárok lze jednotlivě

požadavky poškozených zařadit (zejména v návaznosti na § 2958 nového občanského zákoníku). Za jedno z návodných rozhodnutí v tomto směru lze považovat rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 2. května 2019, sp. zn. 25 Cdo 2635/2018. Předmětem sporu byla v tomto případě výše odškodnění za újmu na zdraví způsobenou provozem vozidla, konkrétně požadavek poškozeného na náhradu další nemajetkové újmy podle § 2958 nového občanského zákoníku (když se spor o odškodnění za ztížení společenského uplatnění vedl v rámci jiného soudního řízení). Poškozený svůj požadavek odůvodňoval tím, že byl v době pobytu v nemocnici odkázán na personál, měl obavy z léčení, byl vystaven nevhodným podmínkám v nemocničním prostředí (např. byl ponechán odhalený před ostatními pacienty či nucen vylučovat v přítomnosti dalších osob), trpěl strachem z budoucnosti a obavami, že nebude moci pečovat o svou nemocnou manželku, trpěl pocity méněcennosti, nesamostatnosti a závislosti na pomoci třetích osob, byl dlouho odloučen od blízkých osob a nemohl se věnovat po dobu léčení svým koníčkům a společenským a sportovním aktivitám. Pocity studu trpěl i posléze, když byl odkázán na pomoc vlastní dcery při výkonu nejprve fyziologických a posléze hygienických potřeb.

Soud 1. stupně dospěl k závěru, že žalobcem tvrzené skutečnosti byly odškodněny buď již v rámci bolestného, nebo jsou zahrnuty do ztížení společenského uplatnění. Stud žalobce při pobytu v nemocnici a následně doma při ošetřování ze strany ošetřovatelky a dcery soud považoval za přechodný a podle jeho názoru se jednalo o obvyklé důsledky újmy na zdraví. Soud tedy nepovažoval tvrzení poškozeného za strádání, které by mělo být odškodněno nad rámec bolestného v rámci náhrady další nemajetkové újmy.

Odvolací soud zamítavý rozsudek soudu 1. stupně potvrdil. Poškozený se proti rozsudku dovolal, když nesouhlasil s pojetím bolesti v tzv. „širším smyslu“. Další nemajetkovou újmu, např. strach z léčení, nevhodné podmínky v nemocničním prostředí, zásah do práva na čest, důstojnost a soukromí, strach z budoucnosti, pocity méněcennosti, nesamostatnost a závislost na pomoci třetích osob, dlouhé odloučení od blízkých osob či nemožnost věnovat se svému zaměstnání, koníčkům a společenským i sportovním aktivitám, chápal jako nebolestivý zásah přechodného charakteru, který nelze kvalifikovat jako bolest ani jako ztížení společenského uplatnění. Další nemajetkovou újmu také spatřoval v zásahu do rodinného života, kdy z důvodu hospitalizace nemohl být doma s nemocnou manželkou, upoutanou na lůžko, o kterou se do doby nehody každodenně staral; nemohl být manželce ani psychickou oporou a musel v nemocnici strávit Vánoce.

Dovolací soud rozhodnutí odvolacího soudu a soudu 1. stupně zrušil a věc vrátil k dalšímu řízení. V rozhodnutí se dovolací soud vyjádřil z hlediska posouzení nároků na náhradu újmy poměrně podrobně k jednotlivým tvrzením poškozeného. Pokud se jedná o tzv. „bolest v širším smyslu“, k té se Nejvyšší soud vyjádřil již rozsudkem sp. zn. 25 Cdo 2245/2017, uveřejněným pod č. 7/2019 ve *Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek*, část občanskoprávní a obchodní.

Další nemajetkové újmy jsou podle vymezení Nejvyššího soudu novou kategorií nároku náhrady za újmu na zdraví, kterou nelze jednoduše definovat, ale jež má vystihovat nekonečnou variabilitu soukromého života a různých životních situací. Další nemajetkové újmy při ublížení na zdraví jsou spojeny se zásahem do zdraví, který nespocívá v přechodné bolesti ani ve fyzické či psychické újmě dlouhodobého (trvalého) charakteru. Jde o specifické okolnosti vymykající se obvyklému způsobu života poškozeného v průběhu léčby a stabilizace zdravotního stavu, tedy o okolnosti, které nenastávají pravidelně, nýbrž zvyšují intenzitu utrpěné újmy na zdraví nad obvyklou míru (např. nemožnost zúčastnit se pracovní či studijní stáže nebo jiné pro poškozeného významné plánované aktivity).

Část nároku uplatněného poškozeným Nejvyšší soud podřadil pod odškodnění bolesti: *Se zřetelem k uvedenému odpovídá dosavadní judikatuře dovolacího soudu závěr odvolacího soudu, že obavy poškozeného z léčení, pocity méněcennosti, nesamostatnosti a závislosti na pomoci třetích osob, dlouhodobé odloučení od blízkých osob, omezení soukromí při sdílení nemocničního pokoje s ostatními pacienty ani pocit studu při odkázání na pomoc ošetřovatelky a posléze vlastní dcery při výkonu nejprve fyziologických a posléze hygienických potřeb v domácím prostředí nepředstavují vybočení z obvyklého způsobu léčby a následné rekonvalescence ani omezení nadprůměrně zasahující do života dovolatele. Tedy nejde o strádání, jež by mělo být odškodněno nad rámec bolestného jako další nemajetková újma. Dovolatel utrpěl mnohačetné zlomeniny na různých částech těla a byl léčen v nemocničním zařízení, kde podstoupil obvyklou léčbu pro daný typ zranění. Výše zmíněná omezení, jímž byl dovolatel podroben, jsou pravidelně spojena s léčením, příp. s pobytem ve zdravotnickém zařízení pro každého pacienta. Rovněž nelze oddělit vnímání fyzické bolesti poškozeným od negativního vnímání diskomfortu spojeného s léčením a obvyklou domácí rekonvalescencí. Míru takových obtíží je třeba zohlednit při stanovení výše bolestného, neboť bodové hodnocení lékaře (znalce) je pouze východiskem, na jehož základě se určuje konečná výše náhrady s přihlédnutím ke konkrétním okolnostem každého případu, jejichž demonstrativní (příkladný) výčet je obsažen v § 2957 o. z.*

Část tvrzení poškozeného o nastalých újmách lze podle názoru dovolacího soudu podřadit pod odškodnění za ztížení společenského uplatnění: *Stejně tak ohledně nemožnosti dovolatele (trvale či dlouhodobě) pečovat o svou manželku a věnovat se svým koníčkům a pracovním, společenským a sportovním aktivitám odvolací soud správně uvedl, že tato újma spadá do rámce náhrady za ztížení společenského uplatnění, která spočívá především v náhradě za trvalou ztrátu či omezení dosavadních možností poškozeného k uplatnění v životě a ve společnosti. Odškodňují se zde trvalé nepříznivé následky úrazu pro životní úkony poškozeného a pro uspokojování jeho životních a společenských potřeb.*

Pokud se jedná o nevhodné podmínky v nemocničním prostředí, není vyloučeno, aby při běžném nemocničním provozu došlo k vybočení (excesu) a tím i k zásahu do

osobnostních práv pacienta, jestliže by v důsledku počínání zdravotnického personálu či jiných osob byl pacient vystaven útrapám vymykajícím se obvyklým omezením a nepohodlí. Pak by však šlo o újmu, za niž odpovídají jiné osoby než původní škůdce.

Akutní psychické strádání způsobené tím, že se poškozený nemohl postarat o blízkou osobu závislou na jeho péči, spočívá však také v nepříznivém psychickém stavu poškozeného ve chvíli, kdy je kvůli újmě na zdraví bezprostředně vyřazen z možnosti starat se o osobu blízkou a závislou na jeho péči a má důvodnou obavu, že se o takovou osobu v době jeho nepřítomnosti nepostará nikdo jiný. Takové dočasné duševní útrapy mohou být další nemajetkovou újmu, pokud poškozený nemá např. povědomí o tom, že o osobu, která je na něm závislá, bude postaráno jiným rodinným příslušníkem (samotná ztráta možnosti o takovou osobu se starat, pokud je dlouhodobá nebo trvalá, může být odčinitelná v rámci náhrady za ztížení společenského uplatnění).

Další nemajetkovou újmu může být podle názoru dovolacího soudu např. také nemožnost zúčastnit se pracovní či studijní stáže nebo jiné pro poškozeného významné plánované aktivity, a tedy také nemožnost strávit s blízkými Vánoce (s ohledem na tradiční spojování Vánoc s rodinnou pospolitostí v českém prostředí). Existenci této újmy pak není třeba zvlášť dokazovat (i když nelze vyloučit důkaz opaku, např. s ohledem na odlišné sociálně-kulturní zvyklosti dotčených osob či na jejich narušené osobní vztahy).

Svévole a škodolibost

Ze specifík nové právní úpravy odškodňování újem na zdraví se zastavme ještě u odškodnění za svévoli a škodolibost. Podle § 2969 odst. 1 nového občanského zákoníku se při určení výše škody na věci vychází z její obvyklé ceny v době poškození a zohlední se, co poškozený musí k obnovení nebo nahrazení funkce věci účelně vynaložit. Podle odst. 2 téhož paragrafu pak platí, že poškodil-li škůdce věc ze svévole nebo škodolibosti, nahradí poškozenému cenu zvláštní obliby. Tuto problematiku lze považovat i téměř šest let po účinnosti nového občanského zákoníku za velkou neznámou, kdy s ohledem na obecnou formulaci zákona nelze přesně predikovat, na které případy se bude takové odškodnění vztahovat a jaká bude jeho výše. K tomuto tématu lze zatím zmínit rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 992/2018 ze dne 27. listopadu 2018.

Předmětem sporu byla mj. částka 500 000 Kč představující cenu zvláštní obliby za pokácení a poškození stromů na zahradě žalobce. Škůdce v roce 2015 na pozemku poškozeného bez jeho souhlasu pokácel tři stromy rostoucí v těsné blízkosti jeho budov a ořezal větve ořešáku, hrušně a jabloně, včetně větve, na níž se oběsil přítel žalobce a pod níž byl instalován náhrobek. O odstranění větví, které zasahovaly nad pozemek škůdce, rodina škůdce s poškozeným již dříve jednala; škůdce dokonce požádal městský úřad o povolení ke kácení dřevin – jejich odstranění ovšem může provést

jen vlastník. Žalovaný byl za svůj čin trestním příkazem shledán vinným ze spáchání přečinu porušování domovní svobody a poškození cizí věci. Soud posuzoval nárok podle nového občanského zákoníku; jednání žalovaného hodnotil jako svévolné, ovšem výjimečný vztah k poškozené věci shledal pouze u poškozené hrušně, s tím, že tento strom poškozený svým způsobem uctívá, neboť jej upravil do podoby pietního místa. Soud proto přiznal poškozenému cenu zvláštní obliby za poškozenou hrušň ve výši 25 000 Kč.

Odvolací soud odškodnění ve výši ceny zvláštní obliby zamítl. Soud uvedl k pojmům „svévole“ a „škodolibost“, že je na poškozeném, aby prokázal nejen úmyslné počinání škůdce, nýbrž i jeho zvýšenou intenzitu, a dospěl k závěru, že daný skutek nebyl činěn ze škodolibosti ani ze svévole. Nejednalo se o zcela neopodstatněný zásah do práv poškozeného spojený s potěšením ze škodného jednání nebo se zjevnou neúctou k cizím právům; jednání škůdce nebylo ani zaměřeno proti poškozenému s cílem ublížit mu prostřednictvím útoku na jeho majetek. Jednalo se o dlouhodobý sousedský spor, kdy se škůdce neadekvátním způsobem snažil brát za svoje tvrzená práva a zamezit stromům na pozemku poškozeného, aby pronikaly na pozemek škůdce nebo aby ohrožovaly stav jeho nemovitostí.

Poškozený napadl rozsudek dovoláním. Dovolací soud v rozhodnutí, jímž dovolání zamítl, uvedl, že ani podle současné právní úpravy nelze dovozovat, že dopustil-li se škůdce svým jednáním přečinu či zločinu, jednal ze svévole. Stejně tak nelze dovozovat, že překročí-li někdo své oprávnění vyplývající z § 1016 odst. 2 nového občanského zákoníku, je jeho jednání vždy svévolným. Poškození věci ze svévole a protiprávní jednání rovněž nelze stavět naroveň. U poškození věci ze svévole se musí jednat o úmyslný a zcela neopodstatněný zásah do práv poškozeného, tj. bez jakéhokoliv důvodu, kdy cílem jednajícího je pouze poškodit věc buď pro vlastní potěšení, nebo s naprostou lhostejností, bez jakékoli úcty k právům jiných osob.

Podle názoru dovolacího soudu „odvolací soud vyložil pojmy ‚svévole‘ a ‚škodolibost‘ správně, vycházel též z důvodové zprávy k občanskému zákoníku, a dovolací soud souhlasí se závěrem odvolacího soudu, že jednání žalovaného znaky svévole ani škodolibosti nenaplnuje, pokud základem jeho jednání byl dlouhodobě neřešený sousedský spor o odstranění větví či stromů přesahujících hranici pozemku žalobce a zasahujících k žalovanému, jemuž působily škodu na nemovitosti. Žalovaný se i pokusil získat povolení ke kácení těchto stromů na tamním úřadu. O odstranění přesahujících větví rodina žalovaného se žalobcem jednala. Jednání žalovaného tudíž nelze kvalifikovat jako zcela bezúčelné ani nemělo za cíl ublížit žalobci. Nic takového ze zjištěného skutkového stavu neplyne (přičemž zjištěný skutkový stav dovolacímu přezkumu nepodléhá)“.

Rozsudek dovolacího soudu byl napaden ústavní stížností, o níž nebylo zatím rozhodnuto.

Provoz vozidla

Pojištění odpovědnosti z provozu vozidla je z povahy věci velmi úzce spojeno s provozem vozidla jako takovým. Vývoj v chápání pojetí vozidla či technický vývoj v oblasti automobilového průmyslu tak mohou mít dopad do tohoto pojištění. Jakkoliv je pojištění odpovědnosti za škodu z provozu vozidla vnímáno zejména ve vztahu ke škodám způsobeným při jízdě vozidla, ke škodám může docházet i zcela mimo bezprostřední jízdu vozidla. Zákon o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla na toto pamatuje podmínkou, že povinnost tohoto pojištění odpovědnosti musí být splněna i v případě ponechání vozidla na pozemní komunikaci. Ke škodám však může dojít i jiným způsobem. Nejvyšší soud se vyjádřil k odpovědnosti za škodu způsobenou závadou na elektroinstalaci vozidla zaparkovaného v garáži, která vedla ke vznícení vozidla a k požáru objektu, v němž bylo vozidlo umístěno, a to v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 3485/2016 ze dne 31. srpna 2017. V dané věci došlo k požáru technickoadministrativní budovy zapříčiněnému závadou elektroinstalace nákladního vozidla zaparkovaného v ní. U soudu bylo uplatněno právo na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla proti pojistiteli, u něhož byla odpovědnost z provozu tohoto vozidla pojištěna.

Soud 1. stupně neshledal pasivní legitimaci pojistitele, když škoda na budově a věcech v ní podle jeho názoru nevznikla v důsledku zvláštní povahy provozu podle § 427 zákona č. 40/1964 Sb. (jednalo se o požár z roku 2009, tedy za předchozí právní úpravy odpovědnosti za škodu). Motorové vozidlo nebylo nastartováno a nejednalo se ani o situaci bezprostředně po jízdě či před jízdou. Dále soud dovodil, že žalobkyně není vlastníkem objektu a škoda vznikla výlučně jejím zaviněním (objekt nebyl kolaudován a jeho užívání bylo v rozporu s právním řádem).

Odvolací soud rozsudek co do merita věci potvrdil (změnil jen náhradu nákladů řízení), když se ztotožnil s názorem soudu 1. stupně, že se nejedná o škodu způsobenou provozem vozidla ve smyslu § 427 předchozího občanského zákoníku. Ač je provoz vozidla pojímán poměrně široce, vždy musí být dána bezprostřední souvislost se specifickými okolnostmi vyplývajícími z charakteru dopravního prostředku (odvolací soud odkázal na rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3925/2013). Parkování ani garážování vozidla do provozu vozidla zahrnout nelze (v tomto případě nedošlo ke škodní události krátce před jízdou ani po ní, stejně jako k nastartování vozidla – mezi provozem vozidla a požárem uběhlo minimálně několik hodin).

Proti rozsudku podala žalobkyně dovolání mj. s tím, že napadené rozhodnutí závisí na otázce, která v rozhodovací praxi dovolacího soudu dosud nebyla vyřešena, totiž zda vznícení vozu vlivem jeho technické závady je okolnost, která má původ v provozu vozidla. Mezi okolnosti mající původ v provozu patří podle názoru dovolatelky i nedostatky či vady materiálu, a to včetně těch skrytých, a jedním ze znaků provozu je neodmyslitelně i určitá nebezpečnost spočívající mj. v technickém stavu, konstrukci a složitosti dopravního prostředku. V tomto případě způsobila závada na elektroinstalaci ve spojitosti s nastartováním motoru,

jeho během a zhasnutím rozsáhlý požár a škodu. Z časového hlediska dovolatelka namítla, že s ohledem na časovou souslednost počátek požáru nastal již v okamžiku startování, tedy v době chodu motoru nebo těsně po jeho vypnutí. V dovolání bylo odkázáno kromě důvodové zprávy k zákonu č. 168/1999 Sb. také např. na usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 5094/2009, rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3925/2013 a na rozsudek Soudního dvora EU ze dne 4. září 2014 ve věci Damijan Vnuk proti Zavarovalnica Triglav d. d., sp. zn. C-162/13.

Nejvyšší soud shledal dovolání důvodným. Škoda je podle výkladu Nejvyššího soudu způsobena zvláštní povahou provozu motorového vozidla tehdy, je-li způsobena jeho typickými vlastnostmi, zejména zvýšenou rychlostí, omezenou ovladatelností, vysokou hmotností, technickou konstrukcí či charakterem (pevnost, tvrdost) použitých materiálů; působení těchto faktorů musí být spojeno s využitím dopravního prostředku k jeho provozu. O provoz jde nejen při nejčastější a nejobvyklejší činnosti, již je jízda vozidla, nýbrž i v případě přípravy k jízdě, bezprostředních úkonů po ukončení jízdy, uvedení motoru do chodu v garáži, jakož i samovolného pohybu vozidla bez současného uvedení jeho motoru do chodu.

Existuje rozsáhlá judikatura, která řeší problematiku provozu vozidla při střetu s jiným vozidlem. V tomto případě se však vozidlo zaparkované v budově nestřetlo s jiným dopravním prostředkem, nýbrž se samovznítlo z důvodu závady na elektroinstalaci a způsobilo tak škodu jiné osobě. Rozhodující zde tedy podle názoru Nejvyššího soudu je, zda závada elektroinstalace představuje zvlášť kvalifikovanou okolnost označenou zákonem za „zvláštní povahu provozu motorového vozidla“. Podle názoru Nejvyššího soudu „není pochyb o tom, že elektroinstalace vozidla je jeho vnitřní součástí, má technickou povahu, slouží k provozu vozidla a vyznačuje se potenciální nebezpečností v případě selhání jak při pohybu vozidla, tak v jeho klidovém stavu. Porucha takové technické součásti zaparkovaného vozu je vnitřní poruchou způsobilou projevit se navenek a vyvolat nepříznivé účinky na okolí, jak se stalo i v projednávané věci. Taková závada je tudíž nežádoucím projevem právě těch vlastností vozidla, které jsou spojeny s jeho provozem, vyplývají z jeho povahy jakožto dopravního prostředku, a mají dokonce původ v provozu vozidla, jak má na mysli i ustanovení § 428 obč. zák., které ostatně v případě technických poruch vylučuje možnost liberace z přísné objektivní odpovědnosti provozovatele vozidla [srov. např. usnesení Nejvyššího soudu ze dne 29. března 2011, sp. zn. 25 Cdo 948/2010, soubor C 9719]. Není přitom rozhodné, jak dlouhá doba uplynula od zaparkování vozidla či úkonů spojených s jeho obsluhou, nýbrž to, že technickou závadou na vozidle, které bylo k dopravě způsobilým prostředkem a nebylo z provozu dlouhodobě ani trvale vyřazeno, se projeví vlastnosti typické pro jeho provoz, jak zní díkce ustanovení § 427 obč. zák. i jaký je jeho smysl. Jsou-li stále dokonalejší vozidla vybavena takovými technickými prostředky, které i při zdánlivé nečinnosti či pomyslném odstavení vozidla z provozu (ve smyslu jeho pohybu) mohou vyvolat újmy srovnatelné s nepříznivými účinky pohybujících se vozů, je třeba i na takové typy havárií hledět jako na projev zvláštní povahy provozu motorového vozidla. Lze tedy uzavřít, že škoda vyvolaná závadou na elektroinstalaci zaparkovaného

(nikoliv trvaleji odstaveného) automobilu, která vedla ke vznícení vozu a následnému požáru objektu, je škodou způsobenou provozem motorového vozidla, s nímž § 427 obč. zák. spojuje objektivní odpovědnost provozovatele za škodu, a § 6 odst. 2 zákona č. 168/1999 Sb. zakládá přímý nárok poškozeného proti pojistiteli odpovědnosti takového provozovatele“.

O této právní věci následně rozhodoval Městský soud v Praze, který žalobkyni přiznal náhradu škody, ovšem zohlednil její spoluzavinění v rozsahu 50 %. Soud na straně žalobkyně shledal porušení prevenční povinnosti spočívající v nezodpovědném přístupu k užívání objektu. Proti rozsudku bylo opětovně podáno dovolání, které však bylo dne 29. listopadu 2018 odmítnuto (sp. zn. 25 Cdo 2320/2018).

Náhradní vozidlo

Závěrem se zastavme u rozhodnutí týkajícího se problematiky odpovědnosti za škodu a pojištění této odpovědnosti ve vztahu ke škodě na vozidle. Problematika náhrady škody způsobené na vozidle, příp. škod z toho vyplývajících, byla v minulosti předmětem soudního přezkumu poměrně často. Rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 3831/17 ze dne 24. července 2018 se týká nároku na náhradní vozidlo v případě totální škody na vozidle. Podstatou sporu bylo odškodnění za náhradní vozidlo; sporná byla doba jeho užívání z hlediska přiměřenosti. Škoda na samotném vozidle byla označena jako „totální“ již následující den po dopravní nehodě; pojistné plnění za vozidlo bylo poškozenému vyplaceno později.

Soud 1. stupně uznal nárok za provoz vozidla za dobu 23 dnů (když celé pojistné plnění bylo poškozenému vyplaceno až 30 dnů od zničení jeho vozidla, jednalo se o vozidlo v hodnotě 230 000 Kč a poškozený nebyl schopen si ze svých prostředků opatřit okamžitě jiné vozidlo). Odvolací soud přiznaný nárok snížil, když došel k závěru, že vozidlo bylo účelně užíváno jen do doby, než bylo poškozenému sděleno, že jeho vozidlo opravováno nebude. Odvolací soud vyšel z rozsudku Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 232/2012: *Jakmile je objektivně zřejmé, že oprava poškozeného vozidla je neehospodárná, a proto prováděna nebude, lze zásadně náklady nájmu náhradního vozidla považovat za účelné jen do doby, kdy je jisté, že oprava prováděna nebude. Nájemné za vozidlo po dobu delší již nelze považovat za účelný a nutný náklad vynaložený v příčinné souvislosti se vznikem škody.*

Ústavní soud na základě podané ústavní stížnosti (věc nebyla předmětem přezkumu dovolacího soudu) dospěl k závěru, že ústavní stížnost je v tomto případě důvodná. Vzal přitom v úvahu smysl a účel poskytování náhradního vozidla – podstatou je umožnit zachování určitého životního standardu v situaci, kdy dojde (ať již k částečnému, nebo totálnímu) poškození vozidla. *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. Premisa odvolacího soudu by v podstatě mohla platit pouze v případě, že by soud zjišťoval majetkové poměry poškozeného a usoudil by, že tento si může dovolit pořídit nové vozidlo, aniž by čekal na výplatu jistiny. V opačném případě*

trvá na straně poškozeného stav, kdy nemůže v důsledku dopravní nehody čerpat z užitků poskytovaných mu znehodnoceným vozidlem. Podle názoru Ústavního soudu v podstatě není důvod, aby se poškozený, jehož vozidlo bylo poškozeno jen částečně, nacházel v lepším postavení než ten, jehož vozidlo bylo zničeno totálně. Oba poškození se nacházejí ve stejné životní situaci. Ústavní soud však současně uvedl, že využívání náhradního vozidla nemůže být zcela bezbřehé a musí být vždy splněna podmínka účelnosti jeho využití.

Toto rozhodnutí Ústavního soudu by mělo být impulzem pro pojistitele, aby u škodních událostí, které disponují potenciálem tzv. „totálních škod“, došlo v co nejkratší době nejen ke konstatování škody jako totální, pokud tomu tak je, ale také k šetření pojistné události a skutečnému vyplacení pojistného plnění, aby rozsah náhrady škody byl co nejméně dotčen nutností užívat náhradní vozidlo ze strany poškozeného.

Zajímavých rozhodnutí soudů vyšších stupňů lze i s ohledem na stávající legislativní situaci najít jistě mnoho, proto se některým z nich budeme v příštím vydání časopisu *Pojistné rozpravy* opět věnovat.

Resumé

The Judicature of the Recent Years in Relation to Insurance Business and Harm Compensation

The paper summarizes the evolution of the case law concerning liability and liability insurance six years after the effective date of the new Civil Code. The selection of court decisions follows the questionable provisions of the new Civil Code (e.g. transitional provision Section 3079 Article 2 of the new Civil Code concerning compensation of non-proprietary loss incurred by violating an obligation [defined by legal regulations] which occurred prior to January 1, 2014, or provision Section 2958 of the new Civil Code concerning scope of bodily harm compensation). The paper also mentions two court decisions related to obligatory motor third party liability insurance concerning vehicle operation and property damage related to this operation.

Klíčová slova

pojištění odpovědnosti, náhrada škody, škoda, škoda na majetku, provoz vozidla, odpovědnost, újma na zdraví

Keywords

liability insurance, compensation, damage, loss, property damage, vehicle operation, liability, bodily harm

Použité zdroje

www.nsoud.cz

www.usoud.cz

Účel dohledu v pojišťovnictví

Drahomír Kubáň / advokát

Pojem „finanční služby“ pochází z anglosaské právní oblasti a do evropské legislativy byl převzat spíše než jako produkt jako možnost svobodně tento produkt nabízet v rámci svobody poskytování služeb. Finanční službou se rozumí jakákoli služba bankovní, úvěrové, pojištné, osobní důchodové, investiční nebo platební povahy.¹ Finanční služba z hlediska ekonomického se vyznačuje kombinací spořicí a výplatních komponentů, které na sebe časově zpravidla navazují.²

Pojišťovací činnost jakožto finanční služba se vyznačuje řadou zvláštností, které opravňují stát k tomu, aby ji reguloval a její provozování dozoroval.³ Důvody pro regulaci jsou charakteru ekonomického, sociálního a právního. Ochraňuje se systém, což je ekonomické odůvodnění regulace a dohledu, a spotřebitel, což představuje právní odůvodnění regulace a dohledu nad pojištným trhem.⁴ Česká národní banka (ČNB) zdůvodňuje ochranu systému tím, že pojišťovnický sektor je systémově významný a jeho poruchy mohou vést k selhání trhu.⁵ Z pohledu ekonomického je dohled nad pojišťovnictvím nezbytným tehdy, jestliže národohospodářské náklady tržního selhání převyšují hospodářské náklady na jeho regulaci.⁶

Protipólem ochrany systému je ochrana zákazníka, resp. spotřebitele, prostřednictvím právních předpisů na ochranu spotřebitele. Na rozdíl od ochrany systému lze hovořit o regulaci a dohledu, jehož primárním cílem není ochrana systému, nýbrž ochrana spotřebitele (*non systematic regulation*).⁷

1 Právní pojmy „regulace“ a „dohled“

Právní pojmy „regulace“ a „dohled“ jsou odlišné, vzájemně propojené, přičemž dohled je prvkem systému regulace. Často však bývají, zejména v praxi, zaměňovány. Jednou z příčin spojování těchto pojmů je jejich pojmání z pohledu institucionálního, a nikoliv funkčního. Orgány dohledu bývají totiž často vybaveny normotvornými pravomocemi, tj. tvorbou závazných právních předpisů. Historické zkušenosti a praxe výkonu dohledu se vyvinuly tak, že orgány dohledu v mnohém vydávají i normy, které nemají charakter obecně závazných předpisů, nýbrž jsou, obecně vyjádřeno, morálními pravidly ve formě různých politik, doporučení a kodexů, jež pojišťovny již mají přijaty nebo je mohou přijmout a jimiž se mohou ve své činnosti řídit.⁸

Regulace je systémem, jehož základním prvkem je národní legislativa, na úrovni EU pak předpisy vydávané Evropským parlamentem a Radou EU a v případech přenesené působnosti Evropskou komisí a dále obecné pokyny, doporučení a rozhodnutí vydávané Evropským orgánem pro pojišťov-

nictví a zaměstnanecké penzijní pojištění. „Regulací se rozumí pravidla, v jejichž rámci a na jejichž základě působíme. Dohled je pak o tom, jak tento daný rámec aplikujeme.“⁹

Zákony a další právní předpisy jsou souborem pravidel, která dávají dohledu pravomoc kontrolovat činnost dohlížených subjektů. Dohledem se rozumí prostředky, kterými dohled aplikuje právní předpisy. Dohled je jasně vázán právním prostředím stanoveným regulátorem, což je parlament nebo vláda. Dodatečně jsou dohledu svěřeny jisté pravomoci regulatorní.¹⁰

Jak již bylo řečeno, dohled je součástí systému regulace. Proto musí být účel dohledu totožný s účelem zákona a dalších právních předpisů upravujících pojišťovací činnost. V rámci zákona a na základě jeho zmocnění dohledový orgán plní stanovený účel zákona. Úkoly dohledu jsou pak dány objektivními právy a povinnostmi udržování a zachování řízeného systému pojišťovací činnosti. Dohled je výkonným prvkem a silou kontroly finančního trhu.

2 Systémy dohledu

V teorii se na základě historického vývoje regulace a dohledu pojištění rozlišují tři systémy dohledu.

2.1 Systém publicity

Systém publicity vykazuje minimální kontrolní mechanismy a vlastně spočívá v představě, že když pojišťovny budou zveřejňovat údaje o svém hospodaření a své činnosti, budou již tímto vystaveny kontrole dohledu a veřejnosti. Úloha státu tedy spočívá v tom, že kontroluje údaje dodané pojišťovnou. Vychází se z předpokladu, že pojišťovna pod tlakem veřejné kritiky bude provádět odpovědnou obchodní politiku. Systém publicity se tedy vyznačuje tím, že dohledový orgán dohlíží, zda pojišťovna splní povinnost zveřejňovat údaje a umožní veřejnosti nahlédnout do činnosti pojišťovny, aniž by ji sám kontroloval.¹¹ Tento systém nacházel uplatnění ve Velké Británii a Severním Irsku (kromě Skotska). V roce 1974 byl přijetím Insurance Companies Act 1974 nahrazen normativním systémem.¹²

Systém publicity ke svému uplatnění vyžaduje, aby příjemci informací, zejména veřejnost, měli přiměřenou znalost hospodaření pojišťovny a právních předpisů. Systém publicity je v současné dohledové praxi nepoužitelný a již vznik jednotného trhu a směrnice o pojištění první generace se orientovaly na normativní systém dohledu.¹³

2.2 Normativní systém (systém legislativy)

Normativní systém, též nazývaný „systém legislativy“, spočívá v tom, že zahájení a provozování pojišťovací činnosti



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

se řídí zákonem a dalšími předpisy o dohledu v pojišťovnictví. Dodržování těchto předpisů kontroluje orgán státního dohledu.¹⁴ Dohled spočívá v průběžné kontrole dodržování právních předpisů pojišťovnami. Stát vydává více předpisů a tím je prostor pro svobodu podnikání omezenější.¹⁵ Systém normativního dohledu se vyznačuje intenzivní kontrolní činností. Právní opatření dohledu se uskutečňují v tomto systému na základě velmi určitých a restriktivních norem, které jsou koncipovány tak, aby se daly subsumovat pod konkrétní chování pojišťoven, což vyžaduje hustou síť právních norem.¹⁶ V důsledku toho normativní systém postrádá právní normy typu generálních klauzulí, které by umožňovaly zásah dohledu, když je porušen účel zákona nebo účel dohledu, nebo naopak aprobovat chování pojišťovny.¹⁷

2.3 Systém materiálního dohledu

Materiální dohled se vyznačuje tím, že dohlíží na pojišťovny a zasáhne vždy, když nejsou dodržovány nebo jsou porušovány nejen konkrétní předpisy, nýbrž i cíle dohledu. Je postaven na generálních klauzulích, tj. na dodržování účelu zákona a dohledu. K naplňování účelu dohledu využívá neurčitých norem, resp. neurčitých právních pojmů, které orgánu dohledu umožňují velký manévrovací prostor. Rozhodovací praxe dohledového orgánu je tím rychlejší a efektivnější. Dohled je intenzivní, neboť dohlíží na celou činnost pojišťovny a k tomu využívá husté sítě právních norem s častými neurčitými právními pojmy.

Dohledové systémy jsou v praxi provázány a zejména systémy normativní a materiální jsou vzájemně propojeny a hranice mezi nimi jsou propustné. Dohledové systémy projevující se v právní úpravě přecházejí od rigidních úprav k volnějším a naopak, podle potřeb. Princip materiálního dohledu převážil v EU a Evropském hospodářském prostoru.

3 Teorie nebezpečí

Teorie nebezpečí je nejstarší z teorií zkoumajících účel dohledu. Staví do popředí vědomé zneužití podnikatelské svobody pojišťovny v neprospěch pojistníka a oprávněných osob.¹⁸ Vychází z pojmu „nebezpečí“, které hrozí v takovém případě zákazníkovi pojišťovny, a omezuje se na ochranu před již vzniklými škodami, např. na zajištění nároků

oprávněných osob v likvidačním, insolvenčním řízení, nebo dohled vstoupí do smluvního vztahu mezi pojišťovnou a pojistníkem při převodu pojistného kmene. Nezabývá se tolik předcházení škod, tzn. že dohledový úřad zasáhne v případě, kdy pojišťovna svou činností poškodí pojistníka nebo osobu oprávněnou. Nedostatkem takto koncipovaného dohledu je, že nezkoumá činnost pojišťovny průběžně.¹⁹

4 Teorie ochrany

Teorie ochrany navazuje na teorii nebezpečí a rozšiřuje působnost dohledu na ochranu zájmů pojistníků a oprávněných osob před neoprávněnými zásahy pojišťovny. Teorie naplňuje účel dohledu, kterým je ochrana zájmů pojištěných (ochrana pojištěného jako věřitele pojistného plnění a pojistníka jako dlužníka ze závazku platit pojistné). Současně však též dbá o trvalou splnitelnost závazků pojišťovny.²⁰ Tato teorie vychází ze zařazení zákonné úpravy dohledu do živnostenského práva a hospodářsko-policejního práva jako součásti hospodářského práva, které se týká ochrany před klasickými ekonomickými činnostmi spojenými s nebezpečími, např. ohrožení života a zdraví, ochrany osobních údajů, ochrany majetku, ochrany hospodářské soutěže²¹, a je protipólem hospodářsky orientované funkce dohledu. Myšlenka ochrany se obsahově transformuje v ochranu spotřebitele. Posilování ochrany spotřebitele (srov. např. současnou úpravu zprostředkování pojištění) činí tuto teorii velmi aktuální.²²

5 Strukturální teorie

Stát usiluje o zachování stability finančního trhu a důvěry pojištěných v tento trh. Postulát, aby pojišťovny byly trvale schopny plnit své závazky, nachází teoretický základ ve strukturální teorii. Pokud by byla otřesena důvěra být jen v jednu pojišťovnu, může tím dojít ke znevěrohodnění celého trhu. Úloha státu, a tedy i dohledu proto spočívá v soustavném působení na pojišťovny a v případě poruch ho opravňuje k zásahům. Kritici této teorie poukazují na to, že tato teorie má spíše než odůvodnění účelu, resp. vlastní činnosti dohledu, význam pro vytváření metod a prostředků dohledu.²³

6 Alokační teorie

Jedná se o novější teorii, která nespočívá v právním zdůvodnění, nýbrž v hospodářských, sociálních či politických zájmech státu. Nevedou-li sociálně-tržní mechanismy k optimálnímu zajištění pojistné ochrany v některých odvětvích, např. nemocenského pojištění, životních pojištění či povinných pojištěních, stát zasáhne a pojistnou ochranu v obecném zájmu zajistí.²⁴ Některé další teorie dohledu, především v anglosaském právním prostoru, se neopírají, podobně jako alokační teorie, o právní teorii, ale spíše o ekonomické či politologické teorie.

7 Stručně o historii účelu dohledu v Rakousku, Československu a Německu

První komplexní úpravu výkonu dohledu na území Rakouska-Uherska obsahoval tzv. „pojišťovací regulativ“ (*Assecuranz-Regulativ*) z roku 1880. Podle ustanovení § 24, části B, o státním dohledu pojišťovacích institucí, se státní dohled musí všeobecně vztahovat na přesné dohlížení zákonných a statutárních předpisů, jakož i na každé okolnosti, kterými je podmíněna v každém okamžiku splnitelnost závazků pojišťovny.²⁵ Tento předpis byl nahrazen v roce 1896, přičemž ustanovení § 24 bylo v nezměněné podobě převzato do ustanovení § 27.²⁶

Rakouský pojišťovací regulativ byl novelizován v některých ustanoveních (§ 27, 38, 39) týkajících se státního dozoru zákonem č. 147/1934 Sb. z. a n. Podle ust. § 15 odst. 2 se dozor vztahuje na všechny okolnosti, které jsou předpokladem pro splnitelnost závazků pojišťovny.²⁷

V Německu byl jednotný dohled vytvořen zákonem o dohledu (dozoru) nad pojišťovnami z roku 1901.²⁸ Podle § 64 byla dohlížena veškerá činnost pojišťovny. Orgán dohledu byl oprávněn činit taková opatření, která byla vhodná k zachování činnosti podle zákona a obchodního plánu, nebo odstranit nedovolené chování pojišťovny, které ohrožovalo zájmy pojištěných, či obchodní činnost neslučující se s dobrými mravy.

Stručný historický pohled ukazuje, že dozor, resp. dohled, v pojišťovnictví měl živnostensko-policejní charakter a byl dohledem právním, zaměřeným na dodržování zákonů a statutárních předpisů. V každém případě však jeho účelem bylo, aby pojišťovna byla za každých okolností schopna dostát svým závazkům. Dohled kontroloval veškerou činnost pojišťovny, od schválení obchodního plánu a především pojistných podmínek a tarifů až po samotné provozování pojištění.²⁹

8 Účel dohledu v české, německé, rakouské, švýcarské a britské právní úpravě

Do vytvoření společného trhu byly cíle dohledu určovány národním právem. Od vytvoření společného trhu jsou postupně více a více určovány evropskými předpisy. Vzhledem k rozdílnostem pojistných trhů v jednotlivých členských státech EU nutně kladla důraz při vytváření společného trhu

na dohled zaměřený na kontrolu finančního zdraví pojišťoven.³⁰ Druhá generace směrnic, s cílem dosáhnout rovného postavení, přinesla prohloubení společného trhu v některých oblastech škodového pojištění (např. pro velká rizika byl zaveden princip dohledu země původu).³¹ V oblasti životního pojištění však bylo zachováno schvalování pojistných podmínek a tarifů či principů jejich kalkulace. Třetí generace směrnic přinesla další liberalizaci a rozvinutí vnitřního trhu v pojišťovnictví.³² Dohledové orgány již neschvalovaly tarify a pojistné podmínky. Třetí generace směrnic též znamenala vzdání se pokusů o vytvoření jednotného právního prostoru pojištění.³³ V souvislosti s deregulací byl zesílen koncept finančního dohledu.³⁴

Současná evropskounijní úprava zřetelně stanovuje hlavní cíl dohledu v čl. 27 směrnice Solventnost II, kterým je ochrana pojistníků a osob oprávněných k pojistnému plnění.³⁵ Podpůrně ukládá směrnice členským státům v čl. 28, aby dbaly na stabilitu finančních systémů, a to především v mimořádných dobách. Z hlediska dotvoření společného vnitřního trhu stanoví čl. 30, že finanční dohled náleží výhradně do kompetence domovského členského státu a zahrnuje ověřování veškeré činnosti, její solventnosti, technických rezerv, jejich aktiv a použitelného kapitálu. Speciální úpravou finančního dohledu v sekundárním evropském právu se odděluje finanční dohled od dohledu právního.

Český zákon souladně se směrnicí Solventnost II stanoví, že dohled se vykonává v zájmu ochrany pojistníků, pojištěných a oprávněných osob a s ohledem na zachování finanční stability pojišťoven a zajišťoven.³⁶ Česká právní úprava výslovně nerozlišuje právní ani finanční dohled. Z hlediska obsahu příslušných ustanovení se jedná o dohled komplexní, právní i finanční, nad celkovou činností pojišťovny.

Se zřetelným definováním cílů dohledu v zákoně o pojišťovnictví ne zcela souzní, jak ČNB definuje v právním předpisu upravujícím její postavení a činnost své úkoly v oblasti dohledu. Zákonem definovaným cílem ČNB v oblasti dohledu je pečovat o finanční stabilitu a o bezpečné fungování finančního systému v ČR, čímž ČNB přispívá i k plnění svého hlavního cíle, jímž je péče o cenovou stabilitu.³⁷ V zákoně o ČNB nenajdeme obecné ustanovení, které by bylo ve vztahu subsidiarity ke speciální úpravě § 84 zákona o pojišťovnictví. Cíle dohledu stanovené v zákoně o pojišťovnictví jsou rozpracovány v právně nezávazném dokumentu *Dlouhodobá koncepce dohledu ČNB*.³⁸ Např. až v části nazvané „Kontrola odborné péče“ se praví, že cílem kontroly odborné péče je v první řadě ochrana klientů dohlížených subjektů, sekundárně pak také zajištění stability finančního sektoru, je-li vynakládání odborné péče provázáno s oblastí obezřetnosti.³⁹

Německý zákon o dohledu nad pojišťovnami (VAG-D) v ustanovení § 294 stanoví jako hlavní cíl dohledové činnosti ochranu pojistníků a oprávněných osob. Za tímto účelem dohlíží orgán dohledu v pojišťovnictví na pojišťovací činnost pojišťovny v rámci právního dohledu všeobecně a zvláště v rámci finančního dohledu. VAG-D rozlišuje zřetelně mezi právním a finančním dohledem, přičemž řeší i v teorii diskutovanou otázku, zda finanční dohled je součástí dohledu právního, nebo tyto dohledy stojí samostatně.⁴⁰ Orgán do-

hledu, Spolkový úřad pro dohled nad finančními službami (*Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht*, BaFin), je zavázán k ochraně kolektivních zájmů spotřebitelů. Aniž by byla dotčena další oprávnění podle jiných zákonů (např. VAG-D), může učinit veškerá opatření, která jsou vhodná a nutná k zabránění nebo zamezení nedovoleného chování vůči spotřebitelům, jestliže takové opatření (*generelle Klärung*) je nutné v zájmu ochrany spotřebitele. „Nedovolené chování“ uvedené v předchozí větě představuje značné, trvalé nebo opakované porušení zákona na ochranu spotřebitele, které svým způsobem nebo rozsahem může ohrozit nebo jakkoliv ovlivnit nejen jednotlivého spotřebitele.⁴¹

Rakouský zákon o dohledu v pojištění (VAG-Ö) nemá výslovné ustanovení o cílech rakouského dohledu v pojišťovnictví.⁴² Dá se však jednoznačně odvodit z celkového obsahu zákona. V souvislosti s dohledovými opatřeními jsou použity termíny jako „ochrana zájmů pojištěných“, „zajištění trvalé splnitelnosti závazků z pojistných smluv“...⁴³ Zásadním ustanovením je § 275 odst. 1 č. 3 VAG-Ö, podle kterého rakouský dohled nad finančním trhem (*Finanzmarktaufsicht*, FMA) přijme opatření, jež jsou k ochraně zájmů pojištěných a oprávněných osob nutná a vhodná, aby pojišťovací činnost byla v souladu s uznanými zásadami řádného provozu pojišťovny.

Podle švýcarského zákona o dohledu na finančním trhu je cílem dohledu finančního trhu ochrana věřitelů, vkladatelů, pojištěných, jakož i ochrana zachování funkčnosti finančního trhu. Dohledový orgán (*Eidgenössische Finanzmarktaufsicht*, FINMA) tímto přispívá k posílení pověsti, konkurenceschopnosti a perspektivnosti Švýcarska jako finančního místa.⁴⁴ Primárním cílem dohledu je ochrana jednotlivých účastníků trhu a ochrana fungování trhu. Sekundárním cílem je pak přispívat k zachování konkurenceschopnosti švýcarského finančního trhu.⁴⁵

Britský dohled nad chováním pojišťoven (*Financial Conduct Authority*, FCA) má podle zákona o finančních službách 2012 (*Financial Services Act 2012*, FSA) strategický a operativní cíl. Strategickým cílem je zajistit, aby relevantní trhy fungovaly dobře. Operativní cíle jsou tři, a to ochrana spotřebitele, ochrana a posílení integrity Spojeného království a zachování hospodářské soutěže. Konkrétním cílem v oblasti pojištění je zajištění přiměřeného (*appropriate*) stupně ochrany spotřebitele.⁴⁶ V obezřetnostním dohledu zákon stanoví orgánu obezřetnostního dohledu (*Prudential Regulation Authority*, PRA) cíl přispívat k zajištění vhodného stupně ochrany pro ty, kteří jsou nebo se mohou stát pojištěnými.⁴⁷

Jak ukazuje srovnání historického vývoje a současných právních úprav dohledu v pojišťovnictví, účel dohledu se historicky nezměnil. Pouze se zejména v důsledku hospodářského a politického vývoje mění akcenty regulace a dohledu ve vztahu materiálního dohledu a dohledu zaměřeného na finanční zdraví pojišťoven. O co více došlo k liberalizaci činnosti pojišťoven po roce 1994, o to více se regulace zaměřila na ochranu spotřebitele (viz informační povinnosti, nová úprava zprostředkování pojištění, regulace provizí v životním pojištění). Cíl, kterým je ochrana pojištěných a oprávněných osob, však zůstává od institucionalizace dohledu v pojišťovnictví v Evropě v 19. století stejný. Nemá-

me zde prostor zabývat se ekonomickými, společenskými a politickými důvody tohoto jevu. Obecně platí, že potřeba lidí chránit své osobní majetkové statky je tak silná a společensky žádoucí, že nemůže být vystavena svobodné soutěži s nerovnými partnery, jako jsou pojišťovny.

Shrnuto, historické, současné i budoucí cíle dohledu jsou – řazeno podle jejich váhy – následující:

- ochrana zájmů pojištěných a oprávněných osob,
- zajištění trvalé splnitelnosti závazků pojišťovny,
- zachování stability pojistného trhu (což souvisí s požadavkem na zajištění trvalé splnitelnosti závazků).

Podle důvodu č. 16 Solventnosti II je hlavním cílem právní úpravy dohledu přiměřená ochrana pojištěných a oprávněných osob. Pojem „oprávněná osoba“ má zahrnout všechny fyzické a právnické osoby, které mohou podle pojistné smlouvy uplatňovat nárok. V potaz by měly být brány i další cíle úpravy v oblasti pojištění a zajištění, jakými jsou finanční stabilita a spravedlivé stabilní trhy, ovšem neměly by ohrožovat hlavní cíl.

9 Ochrana zájmu individuálního nebo kolektivního

Pokud jde o osobu pojištěného, je to osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu. Okruh oprávněných osob požívajících ochranu dohledu (které mohou podle pojistné smlouvy uplatňovat nárok) je širší. V konkrétním soukromoprávním vztahu určí okruh osob pojištěná smlouva. Nejčastěji tedy jde o pojištěného, obmyšleného, třetí osobu mající přímý nárok na pojistné plnění.

Dalšími klíčovými pojmy jsou „zájem pojištěného a oprávněných osob“ a jejich „ochrana“. Ochraňuje zákon zájem jednotlivce, nebo kolektivu pojištěných a je ochrana zájmu jednotlivce zároveň ochranou obecného zájmu? Podstatou pojištění je, jak už bylo výše poukázáno, sdílení rizika kolektivem (rizikové společenství) a vyrovnávání různých individuálních zájmů, které nejsou identické ani v čase, ani co do předmětu.⁴⁸

Úlohou pojišťovny je vytvořit z jednotlivých uzavřených pojistných smluv kolektiv, aby mohlo dojít k přiměřenému vyrovnání rizik (*hedging*). Úkol vytvořit kolektiv ve smyslu úspěšné obchodní politiky náleží pojišťovně, a nikoliv jednotlivci. Kolektiv pojištěných, pojištěných a dalších oprávněných osob ovšem nevzniká v právním slova smyslu.⁴⁹ Zákon pojišťovně ukládá povinnost chránit zájmy pojištěných, každého jednotlivého pojištěného a současně i skupiny pojištěných podle rizik (požadavek na trvalou splnitelnost závazků). Je však její odpovědností, jakým způsobem tento příkaz naplní.

Z právního hlediska zde máme určitý rozpor mezi úkolem pojišťovny vytvářet rizikové společenství, tedy kolektiv (který je postaven na zákonu velkých čísel a není právním pojmem), a její povinností z individuálních pojistných smluv. Pojištěný uzavírá individuální pojistnou smlouvu s pojistitelem a nezajímá ho zájem kolektivu, resp. jiných pojištěných, se kterými nemá právní vztah. Zájem jednotlivého pojištěného (pojištěného a oprávněných osob) se však



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

nesmí prosazovat v nadproporcionální míře. Musí se nastavit podle zákona velkých čísel přiměřeně vyrovnávání zájmů různých skupin pojistníků a dalších oprávněných osob.⁵⁰

Patrné je to zejména u životního pojištění u podílu na výnosu nebo zisku z finančního umístění (srov. § 63 zákona o pojišťovnictví, znění platné do 22. září 2016) nebo smluvně dohodnutého (nezaručeného; srov. § 55, odst. 1 písm. c) a odst. 2) podílu na zisku), kdy jednotlivé pojistné smlouvy pracují s různými úrokovými mírami (srov. čl. 78 odst. 3 Solventnosti II). Soutěž se u životního pojištění uplatňuje pouze v omezené míře v tom smyslu, že zájemci o pojištění a pojistníci nemají plnou svobodu výběru. Sice si pojistníci mohou při uzavření smlouvy provést srovnání pojistného a pojistného plnění u různých pojistitelů a učinit na základě tohoto srovnání rozhodnutí, po uzavření smlouvy o životním pojištění jsou však tyto možnosti velmi omezené. Pojistník především nemá smysluplnou volbu již uzavřenou smlouvu změnit či vypovědět a uzavřít novou tak, aby z důvodů započtení nákladů na uzavření smlouvy a počátečních nákladů nové smlouvy neutrpěl finanční ztrátu.⁵¹ Je tedy otázkou, do jaké míry mají (je to jejich povinnost) jednotliví pojistníci, pojištění a další oprávnění nést náklady jiných členů kolektivu. Úloha dohledu spočívá především v hájení individuálních zájmů pojistníků a oprávněných osob.

10 Pojem „přiměřená ochrana“

Solventnost II v důvodu č. 16 stanoví, že hlavním cílem úpravy v oblasti pojištění a zajištění a dohledu nad touto oblastí je přiměřená (Solventnost II používá angl. slovo

„adequate“) ochrana pojistníků a oprávněných osob (srov. např. § 84 odst. 2, zákona o pojišťovnictví, nebo § 294 odst. 2, VAG-D). Pojem „přiměřená ochrana“ má vyjádřit úmysl zákonodárce neposkytovat pojistníkovi a dalším oprávněným osobám ochranu, která absolutně stojí nade všechny ostatní zájmy hájené zákonem, ať už je to ochrana jiných účastníků pojištění, nebo péče o stabilitu pojistného trhu, či jiný veřejný zájem.⁵² K pochopení výkladu pojmu „přiměřená ochrana“ může posloužit FSA 2012, kde v části osvětlující cíle ochrany spotřebitele definuje zákon, co má vzít dohled v úvahu, aby byl zajištěn přiměřený/vhodný (*appropriate*) stupeň ochrany spotřebitele:

- rozlišovat stupně rizika zahrnujícího různé druhy investování nebo jiných transakcí;
- rozlišovat stupně zkušenosti a expertizy, kterou různí spotřebitelé mohou mít;
- potřeby, které mohou mít spotřebitelé pro včasné poskytnuté informace, a rady, jež jsou správné a vhodné pro příslušný účel (*accurate and fit*);
- obecná zásada, že spotřebitelé by měli nést odpovědnost za svá rozhodnutí;
- obecná zásada, že od těch, kteří poskytují regulované finanční služby, by se mělo očekávat, že poskytují spotřebitelům úroveň péče vhodnou s ohledem na stupeň posuzovaného rizika ve vztahu k investování nebo jiné transakci a kapacitám příslušných spotřebitelů;
- rozlišovat očekávání, která mohou mít spotřebitelé ve vztahu k různým druhům investování nebo transakcí;
- jakékoliv informace, které orgán pro výchovu spotřebitelů získal při výchově spotřebitelů;
- jakékoliv informace, které ombudsman poskytl FCA.⁵³

Přiměřená musí být rovněž opatření dohledu vůči pojišťovnám. Aby se zajistil účinný dohled, měla by být veškerá opatření orgánů dohledu, nehledě na význam dotyčné pojišťovny nebo zajišťovny pro celkovou finanční stabilitu trhu, přiměřená povaze, rozsahu a složitosti rizik spojených s činností pojišťovny nebo zajišťovny (důvod č. 128 Solventnosti II). Povinnost dohledu k optimálnímu hájení zájmů pojistníků a oprávněných osob (k pojmům „optimální“ a „optimalizace“ viz poznámka pod čarou č. 51) by znamenala, že obchodní rozhodnutí by bylo přesouváno na dohled a tím by docházelo k omezení podnikatelské svobody pojišťovny a její odpovědnosti za obchodní rozhodnutí.⁵⁴ Dohled vykonává stát, resp. instituce, které stát tuto pravomoc svěřil ve veřejném zájmu. Mají pojistník a další oprávněné osoby subjektivní právo požadovat, aby dohled zajistil přiměřenou ochranu jejich zájmů vyplývajících z nároků z pojištění nebo i z pojištění, o jehož uzavření se jedná či jednalo? K tomu není žádná zákonná opora (srov. např. § 84 zákona o pojišťovnictví, § 294 VAG-D). Ochrana spotřebitele (zde pojistníka a oprávněných osob) 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 nikoliv o subjektivní právo, nýbrž o ústavně vytyčený cíl politiky státu spojený s konkrétní úpravou ochrany spotřebitele v rovině obvyčejného 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 prounijní a ústavně konformní činnosti státu).⁵⁵ Pojistníkovi a pojištěnému tedy chybí možnost soudního přezkumu dohledové činnosti z hlediska hájení svých zájmů.⁵⁶ Dohled má však zákonnou oporu (generální norma ochrany zájmů pojištěných) zasáhnout do individuální smlouvy při hájení zájmů pojištěných. Průlom do smluvní svobody znamená např. úprava převodu pojistného kmene, kdy se vyžaduje souhlas dohledu s převodem. Z poslední doby lze uvést dva mezinárodní příklady, kdy dohledový orgán, resp. soud, zasáhl do individuálních pojistných smluv:

V jednom případě pojišťovna Prudential plc chtěla převést životní portfolio na tzv. „transakční platformu“ Rothesay life plc (run-off). Britský Vrchní soud tento převod zakázal s odůvodněním, že Rothesay je příliš malý, a je tedy možné, že peníze klientů jsou v nebezpečí. Převodem by se zhoršilo postavení pojistníků. Podle britského práva princip smluvní svobody narušuje část VII Financial Services & Markets Act 2000, podle kterého se kromě souhlasu FCA vyžaduje též souhlas Vrchního soudu (*High Court*).⁵⁷

Druhý případ se odehrál v Austrálii. Dohledový úřad Australian Securities and Investments Commission (ASIC) nařídil pojišťovně Allianz Australia vrátit pojistné náctiletým klientům (*teenagers*), kteří uzavřeli životní pojištění pro případ smrti a pojištění nesplácení úvěru. Plnění z těchto pojištění podle ASIC nebylo možné. Allianz Australia byla povinna vrátit klientům zaplacené pojistné i s úroky, kromě dopadů veřejnoprávních, jako byla udělená pokuta.⁵⁸

Oba popisované případy nejsou právním hodnocením uvedených případů, slouží pouze k demonstraci právních zásahů orgánů dohledu do smluvní svobody stran.

11 Shrnutí

Ekonomickým zdůvodněním regulace a dohledu v pojišťovnictví je ochrana systému, tj. péče o zajištění a zachování stability finančního trhu. Právním zdůvodněním regulace a dohledu je ochrana spotřebitele, tj. v pojišťovnictví ochrana zájmů pojistníků a všech dalších osob, které mohou mít nebo mají právo na pojistné plnění.

Dohled v pojišťovnictví je součástí systému regulace a výkonnou silou kontroly pojistného trhu. Různé systémy dohledu jsou uplatňovány podle společenské potřeby v zájmu hospodářské soutěže a volného trhu. Poznání systémů trhu a jejich použití v legislativě slouží k účinnějšímu vytváření předpisů dohledu nad finančním zdravím pojišťoven, zajištění rovných obchodních příležitostí, volné soutěže a naplnění sociálního smyslu pojištění.

Účelem dohledu je primárně ochrana zájmů pojistníků a všech dalších oprávněných osob. Předmětem ochrany je individuální osoba se svými právy (zejména právo na plnění) a povinnostmi z pojištění (zejména platit pojistné). Aby však byla zajištěna ochrana kolektivu pojistníků a dalších oprávněných osob, musí být individuální ochrana přiměřená. Což znamená, že zájem jednotlivce není absolutní, stojící nade vším ostatním zájmem účastníků pojistných vztahů.

Pojistník a osoby oprávněné nemají subjektivní právo vyžadovat soudně na orgánu dohledu ochranu konkrétního právního vztahu. Orgán dohledu má však objektivní povinnost na základě zákonného zmocnění ochraňovat individuální zájmy pojistníka.

Resumé

Insurance Supervisory Purpose

The purpose of supervision is primarily to protect the interests of policyholders and all other beneficiaries. Subject of the protection is an individual with his/her rights (in particular the right to insurance benefits) and insurance contractual obligations (in particular to pay premiums). However, in order to protect collective group of policyholders and other beneficiaries, individual protection must be adequate. This means that the interest of the individual is not absolute, standing above all the other interests of participants of insurance relationships.

Klíčová slova

dohled, účel, ochrana, pojistník, zájem, kolektivní, individuální

Keywords

supervision, purpose, protection, policyholder, interest, collective, individual

- 1 Čl. 2 písm. b) směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/65/ES, o uvádění finančních služeb pro spotřebitele na trh na dálku a o změně směrnice Rady 90/619/EHS a směrnice 97/7/ES a 98/27/ES.
- 2 Führer Christian und Grimmer Arnd, *Versicherungsbetriebslehre*, Friedrich Kiehl Verlag, 2009, s. 237.
- 3 K definici pojmu „pojišťovací činnost“ např. zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, § 3 odst. 1 písmeno e).
- 4 Ludwig Felix Zum Konzept der künftigen Finanzaufsicht über Lebensversicherungsunternehmen in Deutschland – eine betriebswirtschaftliche Analyse von Solvency II unter besonderer Berücksichtigung von Bewertungsfragen, Institut für Finanzwirtschaft, Banken und Versicherungen (FBV), Universität Karlsruhe, Karlsruhe, 2008. Dostupné z: <https://publikationen.bibliothek.kit.edu/1000009978>, s. 48.
- 5 Odkaz Dlouhodobá koncepce dohledu České národní banky, aktualizace: duben 2017, s. 36. Dostupné z: www.cnb.cz.
- 6 Ludwig Felix, cit. dílo, s. 48.
- 7 Wiesike, Alexander Gemberg. Wohlverhaltensregeln beim Vertrieb von Wertpapier- und Versicherungsdienstleistungen unter besonderer Berücksichtigung der USA, Großbritannien und der Europäischen Union 2005, Open-Access-Publikationsserver der Humboldt-Universität, s. 48. Dostupné z: <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/15974>.
- 8 Srov. Knap, Viktor: *Teorie práva*, I. vydání. C. H. Beck 1995, s. 106, marginální číslo 260–261.
- 9 The evolution of insurance regulation: a shifting scope and new frontiers – speech by Andrew Bailey. Speech given at the Nicholas Barbon Lecture, London on 06 February. Dostupné z: <https://www.bankofengland.co.uk/speech/2013/the-evolution-of-insurance-regulation-a-shifting-scope-and-new-frontiers>.
- 10 Grünbichler Andreas and Darlap Patrick, Regulation and Supervision of Financial Markets and Institutions a European Perspective, 2003... Dostupné z: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&channel=crow&ei=xdZwXZLOmoafUNnZjIAM&q=Andreas+Gr%C3%BCbnichler+and+partick+Darlap&oq=Andreas+Gr%C3%BCbnichler+and+partick+Darlap&gs_l=psy-
- 11 Baran, Peter – Peschetz, Alexander. Österreichisches Versicherungsaufsichtsrecht. Wien 2015, MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, s. 16, Schmidt Reiner, Helmut in Prölls 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. 53 a násl., marginální číslo 110–114; Ludwig Felix, cit. dílo, s. 4.
- 12 Insurance Companies Act 1982 (repealed). Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1982/50/contents>.
- 13 Ernst, Xenia. Rechtsstaatlichkeit im Versicherungsaufsichtsrecht, Eine Untersuchung des VAG in seiner 2012 gültige Fassung, verbunden mit einem Blick auf die geplante 10. Novelle, Institut für Versicherungsrecht, Düsseldorf Schriften zum Versicherungsrecht, VVW.de, 2012, s. 5.
- 14 Ernst, Xenia, cit. dílo, s. 6.
- 15 Ernst, Xenia, cit. dílo, s. 6.
- 16 Kollhoser, Helmut in Prölls 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. 863, marginální číslo 3.
- 17 Ernst, Xenia, cit. dílo.
- 18 Baran, cit. dílo, s. 14.
- 19 Ernst, cit. dílo, s. 25.
- 20 Srov. Ernst, cit. dílo, s. 25; Baran, cit. dílo, s. 8; Schmidt, cit. dílo, s. 55.
- 21 Schneider Christian F., Stöger Karl, Regulierungsrecht (der Netzwirtschaften) unter besonderer Berücksichtigung ökonomischer Aspekte. Skript zu den Lehrveranstaltungen an der Universitäten Graz und Wien, 12. Auflage, Sommersemester 2017. Dostupné z: www.bpv-huegel.com/regulierungscriptumss_2017f, s. 60.
- 22 Schmidt, cit. dílo, s. 55, marginální poznámka 110.
- 23 Schmidt, cit. dílo, s. 55, marginální poznámka 111–113; Ernst, cit. dílo, s. 28.
- 24 Schmidt, cit. dílo, s. 54, marginální poznámka 114.
- 25 Verordnung der Ministerien des Innern, der Justiz, des Handels und der Finanzen, womit Bestimmungen für die Concessionierung und staatliche Beaufsichtigung von Versicherungsanstalten kundgemacht werden, RGBl. 110/1880 18. August 1880 dostupné z: <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=rgb&datum=1880&iv=1&size=45>.
- 26 Verordnung der Ministerien des Innern, Justiz, des Handels und der Finanzen, betreffend die Errichtung, die Einrichtung und die Geschäftsgebarung von Versicherungsanstalten, BGBl. 31/1896 5. März 1996. Dostupné z: <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=rgb&datum=1896&page=122&size=45>.
- 27 147/1934 Sb. z. a n. ze dne 11. července 1934, o zabezpečení nároků pojistníků v pojištění soukromém a o státním dozoru na soukromé pojišťovny.
- 28 Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen. Deutsches Reichsgesetzblatt Band 1901, Nr. 18, Seite 139–173 z 12. Mai 1901.
- 29 Schmidt, cit. dílo, s. 52, marginální číslo 109.
- 30 Směrnice 73/239/EHS a čl. 10 odst. 2 směrnice 2002/83/ES.
- 31 Směrnice 88/357/EHS, druhá škodní směrnice, směrnice 90/619/EHS (druhá životní).
- 32 Směrnice 92/49/EHS (třetí škodní), směrnice 92/96/EHS (třetí životní).
- 33 Felix, cit. dílo, s. 7.
- 34 Schmidt, Reimer, Kernfragen der Finanzaufsicht über Versicherungsunternehmen, Versicherungsrecht 90, 921 in Prölls, s. 59, marginální číslo 122.
- 35 Čl. 27 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES ze dne 25. listopadu 2009, o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solvnost II), čl. 27.
- 36 Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, § 84.
- 37 Z. č. 6/1993 Sb., o České národní bance, § 6.
- 38 Dlouhodobá koncepce dohledu České národní banky, aktualizace: duben 2017. Dostupné z: www.cnb.cz.
- 39 Tamtéž, s. 21.
- 40 Das Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz-VAG). Dostupné z: http://www.gesetze-im-internet.de/vag_2016/index.html.
- 41 Gesetz über die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz – FinDAG), § 1a. Dostupné z: Finanzdienstleistungsaufsichtsgesetz vom 22. April 2002 (BGBl. I S. 1310 na: <https://www.gesetze-im-internet.de/findag/BJNR131010002.html>); „generelle Klärung“ je pojmem spotřebitelského práva, kdy porušení v jednom případě má takový obecný dopad, že je třeba vysvětlit, jaké je obecné stanovisko kompetentního úřadu k takovému porušení.
- 42 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>.
- 43 Baran, Peter – Peschetz, Alexander. Österreichisches Versicherungsaufsichtsrecht. Wien 2015, MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, s. 13.
- 44 Odkaz Bundesgesetz über die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (Finanzmarktaufsichtsgesetz, FINMAG). Dostupné z: <https://www.gesetze.ch/inh/inhsub9561.htm>.
- 45 <https://www.finma.ch/de/finma/ziele/>.
- 46 18The FCA's general duties, Part 1A The Regulators, Chapter 1 The financial Conduct authority Insurance objective, Financial Services Act 2012 (FSA); 1 B The FCA's general duties, 1 (a), (b), 2 B The PRA's general objective (1), (2). Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/21/contents/enacted>.
- 47 Financial Services Act 2012 (FSA), 2B The PRA's general objective 2 C (2). Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/21/2013-04-01>.
- 48 BvR 1317/96 VersR 2006, s. 489, marginální poznámky 93 v: Hans-Peter Schwintowski. Das Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Kollektiv – aus juristischer Sicht, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, December 2007, 96, Issue 4, pp 449–463. Viz též: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2006/02/rk20060215_1bvr131796.html.
- 49 Schwintowski, cit. dílo, s. 450.
- 50 Schwintowski, cit. dílo, s. 451.
- 51 Bundesverfassungsgericht vom 26. 7. 2005, marginální číslo 80; https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/07/rs20050726_1bvr008095.html.
- 52 V teorii se hovoří o zákazu optimalizace ve smyslu absolutního upřednostňování pojištěných, podrobně k tomu Ernst, cit. dílo, s. 13 a násl., a odkazy na literaturu tam uvedené.
- 53 Part 1A The Regulators, Chapter 1 The Financial Service Authority, Insurance objective, 1 C (2), pís. a–h), Financial Services Act 2012, a Schedule 17, The ombudsman scheme, Part II Schema operator.
- 54 Wolf-Rüdiger Schenke Verfassungsrechtliche Probleme des Privatversicherungsrechts, Verlag Versicherungswirtschaft Karlsruhe 2003, s. 22.
- 55 Nálež Ústavního soudu III.ÚS 1996/13z 16.07.2015.
- 56 Schenke, cit. dílo, s. 24.
- 57 Run-off-Branche geschockt: Was das Transferverbot von Prudential an Rothesay Life zur Folge hat; 30. August 2019. Dostupné z: <https://versicherungswirtschaft-heute.de/schlaglicht/2019-08-30/run-off-branche-geschockt-gericht-verbietet-transfer-von-prudential-zu-rothesay/>.
- 58 Allianz erstattet Kunden 4,9 Mio. Euro für verkaufte Versicherungen, die niemand braucht 28.08.2019. Dostupné z: <https://be.invalue.de/d/publikationen/vwheute/2019/08/28/allianz-erstattet-kunden-8-mio-dollar-fuer-verkaufte-versicherungen-die-niemand-braucht.html>.



Operační riziko v pojišťovnách

Ing. Michal Vyskočil / Vysoká škola ekonomická v Praze

V současné době představuje řízení rizik jeden z klíčových faktorů v činnosti pojišťovny. Pokud pojišťovna zvládne správně nakládat se svými riziky, získá podstatnou konkurenční výhodu oproti dalším subjektům na trhu. Řízení rizik se nyní řadí – vedle směrnice Solventnost II – mezi nejdiskutovanější témata pojišťovnického sektoru.

Operační riziko vychází ze selhání lidí, procesů, systému nebo ze zásahu vnějších vlivů. Dále sem můžeme zahrnout strategické riziko, reputační riziko nebo *compliance* riziko. Operační riziko není stejné jako ostatní rizika. Na rozdíl od tradičního vnímání rizika operační riziko prakticky nenabízí možnost zisku (v naprosté většině znamená ztrátu). Událost operačního rizika se může realizovat s nulovým dopadem, pokud zafungují např. kontrolní mechanismy společnosti. Takové situaci se říká „near miss“. Na vážnosti jí však neubírá nulový dopad, protože kromě kontrolních mechanismů může sehrát svoji roli náhoda odhalení události.

Pro operační riziko je charakteristická malá četnost (neplatí vždy, např. frekvence externích podvodů je toho důkazem). Velmi těžko se modeluje z důvodu nedostatku dat, včetně jejich špatné kvality. Proto je nutné při práci a modelování využívat nejen interní databáze operačních rizik, ale také rizikové analýzy lokální či mateřské společnosti, externí databáze operačních rizik nebo pomoc externí společnosti v rámci řízení operačního rizika. Významný problém při řízení operačního rizika může vycházet z rozdílu mezi dobou, ve které se riziko realizuje a stane se z něj ztrátová událost operačního rizika, a dobou, kdy je událost společností objevena. S rostoucím rozdílem výše zmíněných dob narůstá možnost zvýšení ztráty z události.

Kategorie operačního rizika

Operační události můžeme rozdělit na dva základní typy. Prvním jsou očekávané případy. Mezi ně řadíme např. pojistné podvody, kde ztráty nejsou příliš vysoké; na druhou stranu jejich četnost relativně vysoká je, společnost s nimi tudíž může počítat do budoucna a jsou již známé. Tím pádem na ně není potřeba tvořit větší množství rizikového kapitálu. Jsou zde však také neočekávané události, často označované jako „black swan“¹. Tyto extrémní události mají velmi nízkou pravděpodobnost nastání, přesto může být jejich dopad pro společnost až zdrcující. Co se týče výše zmíněných událostí s velmi nízkou frekvencí a naopak vysokým dopadem, pojišťovny mají oproti bankám nemalý problém v nedostatku interních dat: daty disponují pouze za posledních pár let, kdežto banky sbírají

události operačního rizika oproti pojišťovnám déle. Řízení operačního rizika s omezenou interní databází představuje problém, pokud se společnost s žádnou velkou neočekávanou ztrátou dosud nesetkala nebo také pokud těmto situacím naopak čelila. Tyto události nicméně nastávají pouze jednou za větší počet let, než jaká je zpravidla doba evidence databáze operačních rizik. Tím pádem může pojišťovna nabýt mylné představy o frekvenci realizace rizika.

Kategorie operačního rizika dle Baselu II

Pojišťovny pro definování kategorií operačního rizika většinou využívají směrnici Basel II, která operační riziko dělí na sedm kategorií:

- interní podvody – podvody spáchané buď samotnými zaměstnanci společnosti, nebo za přispění zaměstnanců;
- externí podvody – podvody spáchané klienty, zprostředkovateli, dodavateli nebo outsourcingovými firmami; kybernetický útok;
- personální politika a bezpečnost práce – vztahy se zaměstnanci, bezpečnost práce na pracovišti, diskriminace na pracovišti;
- klienti a produkty – nevhodné podnikatelské nebo tržní praktiky, chyby při tvorbě produktu nového nebo při aktualizaci staršího, selekce klientů a sponzorování, poradenská činnost;
- poškození hmotných aktiv – nehody nebo přírodní katastrofy bez lidského zavinění, události způsobené člověkem;
- přerušení obchodní činnosti a selhání systému – nefunkčnost IT aplikací (pojišťovna kvůli tomu nebude např. schopna sjednávat smlouvy nové nebo naopak dodat servis k těm stávajícím), nefunkčnost IT infrastruktury;
- dodávky, služby, procesy – zachycení transakcí, jejich provádění a údržba, správa klientských aktiv, správa klientské dokumentace, komunikace (monitorování a reporting), prodejci a dodavatelé, obchodní protistrany.

Problémem u členění dle katalogu Basel II je, že se jedná o směs různých způsobů klasifikace (podle zavinění – podvody; podle oblasti činnosti – zbytek). Není to vhodná kategorizace pro přiřazení vlastníků rizik, protože každá kategorie obsahuje rizika z různých útvarů a oblastí činnosti. Problémem je i samo vyčlenění externích a interních podvodů v samotných kategoriích, protože k nim dochází ve všech oblastech činnosti, a měly by tedy být včleněny do různých skupin jako ostatní rizika. Při událostech často není zjevné, zda se jednalo o podvod; jednoznačná je vždy jen oblast činnosti, kde k problému došlo. Naopak zavinění a příčina mohou být sporné.



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

Řízení operačního rizika

Řízení operačního rizika můžeme rozdělit do pěti částí:

- Rizikový apetit: Nejprve si pojišťovna zvolí, resp. předem definuje svůj rizikový apetit, tj. stanoví, která rizika a do jaké míry je ochotna podstoupit. Rizikový apetit si může pojišťovna určit např. přes pravděpodobnosti a dopady operačních rizik nebo poměrovým ukazatelem např. mezi očekávanými ztrátami a alokovaným kapitálem.
- Identifikace operačních rizik: Identifikace operačních rizik následuje hned po definování rizikového apetitu. Pojišťovna disponuje několika možnostmi pro identifikaci operačních rizik: buď přes rizikovou mapu, katalogem událostí operačního rizika, nebo přes hodnotové řetězce (*value chain*).
- Odhad operačních rizik: Co se týče samotného odhadu, resp. hodnocení, či chceme-li: měření operačních rizik, cílem je rozlišení operačních rizik na významná a nevýznamná, aby ta významná mohla být řízena. V závislosti na datech a jejich náročnosti se pro hodnocení rizik používají různé přístupy: ryze kvalitativní (významné vs. nevýznamné riziko), kvantitativní (zjišťování číselných charakteristik rizik, ideálně přes celá pravděpodobnostní rozdělení) nebo kombinované (spojení obou přístupů). Pro výpočet kapitálu alokovaného na operační riziko můžeme použít buď standardní formuli obsaženou ve směrnici Solventnost II, nebo regulátorem schválený interní model. Interní modely pro operační riziko nejsou u pojišťoven tak časté jako u bank, hlavně z již výše zmíněného důvodu méně rozsáhlé databáze operačních rizik. Pokud pojišťovna disponuje dostatečně robustní databází, může vyvinout model postavený na analýze scénářů. Scénáře si pojišťovna definuje jak na základě vlastní interní databáze operačních rizik, tak i dle možných operačních rizik, která by v budoucnu mohla společnost zasáhnout, protože ne všechna rizika pojišťovnu doposud ohrožovala nebo ne všechna operační rizika, kterým pojišťovna čelila, vyústila v události operačního rizika. Metoda analýzy scénářů se tedy nedívá jen zpětně do minulosti, ale má i *forward-looking*² přístup. Další možností, kterou využívají spíše banky, je modelování kapitálu teorií extrémních hodnot. K použití této metody však pojišťovna opět potřebuje dostatečně rozsáhlou databázi operačních rizik.
- Zacházení s operačními riziky a kontrola operačních rizik: Části zacházení s operačními riziky a kontrola operačních rizik odpovídají nakládání s operačními riziky ve smyslu jejich akceptace, zmírnění (*mitigace*), eliminace nebo transferování rizika z pojišťovny do jiné společnosti a kontroly jejich úrovně. Řízení operačních rizik můžeme v zásadě považovat za řízení rizikových faktorů, jako jsou lidské zdroje, IT systémy a infrastruktura nebo procesy. Řízení operačních rizik tvoří dvě složky: reaktivní a proaktivní přístup. První přístup má za cíl snižování expozice pojišťovny vůči operačnímu riziku volbou, zda operační riziko eliminuje, transferuje, mitiguje nebo si ponechá dříve identifikované operační riziko. Druhý přístup má za cíl snižování expozice pojišťovny vůči operačním rizikům zvyšováním povědomí jednotlivých vlastníků rizik o operačních rizicích během rozhodovacích procesů nebo používáním nástrojů pro řízení (klíčových) rizikových faktorů. Klíčové rizikové indikátory jsou kvantitativní hodnoty odrážející expozici vůči operačnímu riziku v konkrétních procesech nebo produktech, kde by hodnota indikátoru měla korelovat se změnami v úrovni operačního rizika. Jak můžeme vidět, proaktivní přístup realizuje oddělení řízení operačního rizika spíše přes osvětu pojišťovny.
- Komunikace a monitorování operačních rizik: Poslední částí řízení operačních rizik je pravidelný reporting. Rozumí se jím nejen pravidelný sběr událostí operačního rizika v pojišťovně, ale spíše zajištění průběžného sledování expozice pojišťovny vůči operačnímu riziku a zpětné vazby vedení pojišťovny o stavu operačního rizika vůči předem stanovenému rizikovému apetitu, kterým se kruh řízení operačního rizika uzavírá.

Problém kvantifikace operačního rizika

Při řízení operačního rizika naráží pojišťovna na problém jeho přesné kvantifikace. Pokud se budeme bavit např. o spáchaných externích podvodech, vzniklou škodu lze celkem snadno vyčíslit, nebo pokud pojišťovně nefunguje sjednávací aplikace pro pojištění, i zde lze kvantifikovat dopad do zisku. Problém nastává např. u neefektivně či špatně nastavených procesů; zde je kvantifikování dopadu přinejmenším obtížné, neboť neefektivně nastavený proces nemusí mít přímý dopad do zisku pojišťovny. Zmíněný problém působí vrásy např. také při tvorbě scénářů, kde pokud si vezmeme případný kybernetický útok, bude velmi obtížné dopředu spočítat, jaký dopad bude mít útok na chod a zisk pojišťovny.

Celosvětově nejvýznamnější operační rizika

Za zajímavé lze považovat srovnání 10 nejvýznamnějších operačních rizik v letech 2017–2019 hodnocených manažery největších finančních skupin na světě, kde zároveň můžeme pozorovat, které kategorie operačního rizika dle Baselu II představují pro pojišťovny největší hrozbu (viz tabulka 1).

Z tabulky 1 je patrné, že manažeři, potažmo finanční společnosti se čím dál tím více bojí jakýchkoliv rizik a selhání týkajících se aplikací, systémů a IT infrastruktury, které se v čase dostávají na nejvyšší příčky, odkud postupně vytlačily riziko regulace a riziko outsourcingu. Značnou obavu z jakéhokoliv rizika spjatého s informačními systémy je možné přičíst na vrub narůstající digitalizaci a automatizaci. Pokud se přidržíme českého pojistného trhu, pak se riziko missellingu³ (v roce 2019 hodnoceno jako desáté) může realizovat s vysokým dopadem na riziko spojené s finančním arbitrem a životními pojistnými smlouvami, které může příp. stát tuzemské pojišťovny miliardy korun.

Vybrané trendy a výzvy v oblasti operačních rizik

Pokud se zastavíme u trendů a výzev, kterým pojišťovny čelí a v rámci operačního rizika budou čelit čím dál tím více, musíme jako první zmínit digitalizaci. Svět se v poslední době digitalizuje stále více a i v pojišťovných přetrvává tlak na digitalizaci jak z důvodu úspory, tak z hlediska efektivnosti fungování společnosti. Na druhou stranu přílišná digitalizace s sebou přináší nemalé riziko informačních systémů a aplikací, které, jak můžeme vidět v tabulce 1, nabývá na významu. Tlak na digitalizaci tradičních pojišťoven vyvíjejí insurtech společnosti, které operují zejména na digitální úrovni, včetně příchodu umělé inteligence a neuronových sítí.

Negativním trendem a výzvou, jimž pojišťovny a ostatní finanční instituce ve světě čelí, jsou vzrůstající sankce ze strany regulátorů, příp. soudů, jak jsme měli možnost pozorovat na nedávných příkladech společnosti BNP Paribas, která musela zaplatit v přepočtu okolo 200 mld. Kč, nebo společnosti Société Générale, se sankcí 30 mld. Kč. Obrovské sankce také mohou plynout ze směrnice GDPR (maximálně 20 mil. EUR nebo 4 % z celosvětového obrátu společnosti). V českém prostředí působí uvedené sankce až astronomicky; na druhou stranu může být otázkou času, kdy i tento „trend“ dorazí do ČR, např. při nedodržení směrnice GDPR.

Rostoucí digitalizace a automatizace zejména velkých pojišťoven mohou vést k problému, že manažeři operačního rizika a specialisté na danou oblast nebudou schopni odhadnout pravý dopad nefunkčnosti a ochromení společnosti. Pokud do toho započteme rekordně nízkou nezaměstnanost na českém trhu, spojenou s nedostatkem kvalitních zaměstnanců, může ztráta klíčového zaměstnance znamenat chaos a velice obtížné řízení operačního rizika zejména v oblasti informačních technologií a procesů. Riziko ztráty klíčových zaměstnanců můžeme nalézt v roce 2018 u udržení talentovaných zaměstnanců.

Tabulka 1: Deset celosvětově nejvýznamnějších rizik v letech 2017–2019

Pořadí	Rok 2017	Rok 2018	Rok 2019
1.	Kybernetické riziko	Kybernetické riziko	Zkompromitování dat
2.	Riziko regulace	Zkompromitování dat	Narušení chodu IT zvenčí
3.	Outsourcing	Riziko regulace	IT výpadek
4.	Geopolitické změny	Outsourcing	Organizační změny
5.	Conduct riziko	Udržení talentů	Krádež a podvod, včetně těch kybernetických
6.	Organizační změny	Digitální výpadek	Outsourcing a riziko třetích stran
7.	IT výpadek	IT implementace	Riziko regulace
8.	AML, CTF a compliance sankce	Analýza dat	Datový management
9.	Podvody	Kybernetický podvod	Brexit
10.	Fyzický útok	Organizační změny	Misselling

Sociální sítě a média hrají v našich životech čím dál tím významnější roli. Na jednu stranu pojišťovny poskytují vhodnou možnost sebe prezentace, např. více ekologickým přístupem, a prodejní platformu, na druhou stranu s tím ruku v ruce vzrůstá reputační riziko. Jsme svědky situací, kde nezvládnutý zákaznický servis nebo necitlivě řešené pojistné události mohou na sociálních sítích zvednout vlnu nevole a odklonu od značky pojišťovny a způsobit ztrátu potenciálního zisku nebo hodnoty společnosti. Praxe ukazuje, že po poskytnutí nevhodného vyjádření společnosti nebo po odvysílání kompromitujícího videa padají akcie významných celosvětových firem až o desítky procent.

Závěr

Pojišťovny jsou v řízení operačního rizika v závěsu za bankami, nicméně zvláště v posledních letech se na něj začínají více zaměřovat. Při řízení a kvantifikaci operačního rizika bude vždy problém s dostatkem relevantních dat, příp. s odhadováním realizace operačního rizika do budoucna. Jak můžeme vidět z tabulky 1, finanční společnosti kategorizují jako nejvýznamnější operační rizika kybernetické riziko a narušení chodu informačních systémů jakýmkoliv způsobem, což můžeme považovat za daň digitalizace a automatizace. V současné době tedy pojišťovny čelí tlaku plynoucímu z potenciálního ohrožení informačních systémů, tlaku ze strany regulátorů v podobě směrnice Solvency II nebo IFRS 17, přísnějším pokutám a sankcím nebo vlivu sociálních médií.

Článek byl zpracován v rámci projektu IG 102029.

Resumé

Operational Risk in Insurance Companies

This article deals with characteristics of operational risk in insurance companies and its difference to other financial risks that insurance company has to face. Risk management of the operational risk is introduced including parts of operational risk management process. We can find the top 10 operational risks in last three years. In article are contemplated and discussed selected trends and challenges for insurance companies in operational.

Klíčová slova

operační riziko, řízení operačního rizika, pojišťovna, trendy operačního rizika, výzvy operačního rizika

Keywords

operational risk, operational risk management, insurance company, operational risk trends, operational risk challenges

Použité zdroje

Basel II: Revised international capital framework. [on-line]. Dostupné z: <http://www.bis.org/publ/bcbsca.htm>.

Brealey, Richard A. – Allen, Richard – Myers, Stewart C. Teorie a praxe firemních financí. Brno: BizBooks, 2014, 1095 s.

Ducháčková, E. – Daňhel, J. Pojistné trhy – změny v postavení pojišťovnictví v globální éře. Praha: Professional publishing, 2012, 252 s.

Dutta, K. – Babel, D. (2014). Scenario Analysis in the Measurement of Operational Risk Capital: A Change of Measure Approach. The Journal of Risk and Insurance, 81(2), 303–334. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/24546806>.

Research Paper on Operational Risk, Canadian Institute for Actuaries. [on-line]. Dostupné z: <http://www.cia-ica.ca/docs/default-source/2014/214118e.pdf>.

Rippel, M. – Teplý, P. (2008). Operational Risk – Scenario Analysis. IES Working Paper 15/2008. IES FSV. Charles University.

Solvency II Directive. [on-line]. Dostupné z: <https://eiopa.europa.eu/regulation-supervision/insurance/solvency-ii>.

The Implementation and the Consequences of Basel II. [on-line]. Dostupné z: http://www.fh-vie.ac.at/var/em_plain_site/storage/original/application/6a56ff041d93723ee-b897754ea45241e.pdf.

Top 10 operational risks for 2017. [on-line]. Dostupné na: <https://www.risk.net/risk-management/5424761/top-10-operational-risks-for-2018>.

Top 10 operational risks for 2018. [on-line]. Dostupné na: <https://www.risk.net/risk-management/5424761/top-10-operational-risks-for-2018>.

Top 10 operational risks for 2019. [on-line]. Dostupné na: <https://www.risk.net/risk-management/6470126/top-10-operational-risks-for-2019/>.

1 Neočekávané události, které mají významný, příp. až likvidační dopad na společnost.

2 Zabývající se plánováním do budoucna.

3 Prodej produktu, který svým charakterem neodpovídá potřebám klienta.

Světové pojišťovnictví 2018 – nejvyšší růst v Asii

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

Swiss Re Institute (SRI) zveřejnil v č. 3/2019 edice Sigma formou samostatné publikace tradiční analýzu světového pojišťovnictví v roce 2018. Obsahuje mj. rozbor vnějšího prostředí, jejím jádrem je ale samozřejmě hodnocení globálního pojištného trhu se specifickým zaměřením na životní a neživotní pojištění a na výsledky dosažené v jednotlivých regionech světa. Nechybí ani výhled a součástí publikace je velmi cenná statistická příloha, která byla zčásti využita při přípravě tohoto článku.

Vnější prostředí značně ovlivňuje vývoj globálního pojištného trhu. Jeho komplexní a důkladný rozbor by vyžadoval posoudit politicko-právní, ekonomické, sociálně-kulturní a technologické podmínky rozvoje pojišťovnictví. Analýza SRI se ovšem zaměřuje převážně na vývoj vnějšího ekonomického prostředí. Základní závěr, který z ní vyplývá, je pozitivní. Globální ekonomický růst podporoval v roce 2018 vývoj světového pojišťovnictví, neboť globální hrubý domácí produkt (HDP) se reálně, tj. ve stálých cenách, zvýšil o 3,2 %. Výhled podle SRI už nevypadá tak příznivě. V roce 2020 by se mohlo tempo růstu globálního HDP snížit na 2,8 %, neboť se očekává oslabení ekonomického růstu ve vyspělých zemích a v Čínské lidové republice (dále jen „Čína“). Na druhé straně by mohl posílit růst v nově se rozvíjejících ekonomikách (*emerging economies*), bez zahrnutí Číny. Je nutné brát ovšem v úvahu, že Čína přispěla v roce 2018 nejvíce ke globálnímu ekonomickému růstu, a přes oslabení jejího růstu SRI počítá s tím, že tento příspěvek či vliv bude zachován i v letech 2019 a 2020. Globální ekonomické prostředí by mělo zůstat v následujících dvou letech

pro světové pojišťovnictví spíše pozitivní. Dá se předpokládat, že na vyspělých trzích se zvýší mzdy a zaměstnanost, což by mohlo povzbudit poptávku po pojištění. Nicméně případné zpomalení mezinárodního obchodu se může v jisté míře dotknout příslušných typů pojištění, jako např. námořního pojištění a úvěrového pojištění.

Vrátíme-li se k výsledkům docíleným v roce 2018, jistě je každému jasné, že na zvýšení globálního HDP o 3,2 % se příslušné regiony světa podílely rozdílně, jinými slovy řečeno, tempa růstu HDP v nich byla rozdílná, což lze dokumentovat údaji obsaženými v tabulce 1.

Údaje obsažené v tabulce 1 potvrzují, že motorem globálního ekonomického růstu byly v roce 2018 nově se rozvíjející země v regionu Asie–Pacifik. Výsledky docílené v ostatních regionech zůstaly pod úrovní globálního ekonomického růstu ve výši 3,2 %. Nejvíce se této úrovni přiblížily nově se rozvíjející země z oblasti EMEA (Evropa, Střední východ, Afrika) a dále pak Severní Amerika. Nejnižší tempo růstu HDP bylo zaznamenáno v regionu Latinská Amerika a Karibik.

K této tabulce je nutné učinit několik poznámek:

- Údaje o výši HDP v roce 2018 je nutno brát jako předběžné či jako odhady. Ve zprávě SRI za rok 2019 budou příp. upraveny. Některé korekce mohou být významné. Např. nárůst globálního pojištného za rok 2017 byl ve zprávě za rok 2018 zvýšen oproti předchozí zprávě o 1,3 %, na finálních 3,2 %. Nakonec byl tedy přírůstek vyšší než v roce 2016, kdy dosáhl 2,2 %.

Tabulka 1: HDP – svět a vybrané regiony

Oblast	HDP v roce 2018 (mld. USD)	Změna – stálé ceny v roce 2018 (%)	Změna – stálé ceny v roce 2017 (%)
Severní Amerika	22 287	2,8	2,3
Latinská Amerika a Karibik	5 818	1,1	1,6
Vyspělé země EMEA*	18 667	1,8	2,4
Nově se rozvíjející země EMEA*	9 569	2,9	3,2
Vyspělé země oblasti Asie–Pacifik	9 539	1,7	2,4
Nově se rozvíjející země oblasti Asie–Pacifik	19 678	6,5	6,6
Svět celkem	85 276	3,2	3,3

* EMEA – Evropa, Střední východ a Afrika.

- Jistým překvapením může být výše uvedené rozdělení světa do jednotlivých regionů. Ve zprávě SRI o vývoji světového pojišťovníctví v roce 2017 byly uvedeny samostatně Asie, Evropa a Afrika a ve zprávě 2018 je Evropa začleněna do regionu EMEA. Nesporně to komplikuje porovnání a vytvoření dlouhodobých řad. V metodologické poznámce SRI uvádí, že členění zemí na „vyspělé“ a „nově se rozvíjející“ v zásadě odpovídá klasifikaci, kterou používá Mezinárodní měnový fond. Pro tento přístup snad hovoří ta skutečnost, že umožňuje SRI přesněji specifikovat ohniska globálního ekonomického růstu.
- Stojí za upozornění, že ČR, SR, Slovinsko, Polsko či Maďarsko jsou zařazeny mezi nově se rozvíjející země EMEA, zatímco např. Kypr, Portugalsko a Řecko patří do skupiny vyspělých zemí EMEA.

Kromě pohledu na ekonomický růst ve výše uvedených regionech světa je účelné se blíže podívat na tempo růstu národních ekonomik. Pokud se zvolí jako limit 5% růst HDP, tuto úroveň přesahují v roce 2018 především asijské nově se rozvíjející země: Čína (+6,6 %), Indie (+7,3 %), Indonésie (+5,2 %), Filipíny (+6,2 %), Bangladéš (+7,9 %) a Vietnam (+7,1 %). V ostatních regionech světa je překročení zmíněné 5% hranice ekonomického růstu v roce 2018 spíše výjimečné. Pro ilustraci lze uvést např. Irsko (+6,6 %), Maltu (+6,9 %), Polsko (+5,1 %), ale i Dominikánskou republiku (+6,5 %) či Pákistán (+5,8 %). Katastrofální ekonomická situace je nadále ve Venezuele. V roce 2017 tam klesl HDP o 9,2 % a v roce 2018 o 9,9 %. Snížení HDP bylo v roce 2018 vykázáno v rámci 88 národních ekonomik sledovaných SRI, též v Argentině (–2,5 %), Namibii (–0,4 %) a Iránu (–0,2 %).

Celkové globální pojistné

Celkové globální hrubé předepsané pojistné (HPP) se v roce 2018 zvýšilo po očištění o inflaci o 1,5 %, na 5193 mld. USD, a poprvé v historii překonalo hranici 5 bil. USD. V předchozím roce činilo toto pojistné 4958 mld. USD.

Na základě údajů obsažených v tabulce 2 je možné učinit minimálně následující závěry:

- Nejrychlejší růst HPP (ve výši 8,2 %) byl v roce 2018 docílen v nově se rozvíjejících zemích regionu Asie–Pacifik (bez Číny); i při zahrnutí Číny tyto země nejvíce přispěly k růstu globálního pojistného (+3,1 %).
- V Číně vzrostlo dané pojistné v roce 2018 toliko o 1,8 %, což kontrastuje s přírůstkem v předchozím roce, ve výši 16,4 %. Hlavním důvodem této zásadní změny trendu bylo zavedení nové regulace produktů týkajících se správy majetku (*wealth management products*), a to hned na počátku roku 2018. Podle řady expertů však bude mít tato nová regulace spíše jen krátkodobý dopad.
- EU v roce 2018 vykazala nulový růst HPP, přičemž v roce 2017 se přírůstek pohyboval na solidní úrovni 3,9 %.
- Stagnace růstu HPP se projevila v roce 2018 v Africe (+0,9 %) a v celém regionu EMEA (+0,2 %).
- Tempo růstu pojistného v USA a Kanadě (+2,6 %) bylo vyšší než globální růst (+1,5 %).
- Rozdílná tempa růstu ve sledovaných regionech přivodila mírné změny podílů těchto regionů na globálním pojistném. Oproti údajům v analýze SRI za rok 2017 si mírně vylepšily postavení hlavně USA a Kanada i nově se rozvíjející země regionu Asie–Pacifik (bez Číny).

Tabulka 2: Hrubé předepsané pojistné celkem

Oblast	HPP* v roce 2018 (mil. USD)	Změna – stálé ceny v roce 2018 (%)	Změna – stálé ceny v roce 2017 (%)	Podíl na světovém trhu v roce 2018 (%)
USA a Kanada	1 597 278	2,6	1,6	30,76
Latinská Amerika a Karibik	162 522	–1,7	0,2	3,13
EMEA**	1 750 915	0,2	3,5	33,72
Vyspělé země EMEA**	1 560 937	0,1	3,7	30,06
EU	1 495 793	0,0	3,9	28,80
Vyspělé země oblasti Asie–Pacifik	927 922	1,3	–1,6	17,87
Nově se rozvíjející země oblasti Asie–Pacifik	754 588	3,1	14,0	14,53
Čína	574 877	1,8	16,4	11,07
Nově se rozvíjející země oblasti Asie–Pacifik (bez Číny)	179 711	8,2	6,4	3,46
Afrika	68 383	0,9	–1,5	1,32
Svět celkem	5 193 225	1,5	3,2	100,0

* HPP (hrubé předepsané pojistné) – předběžné údaje.

** EMEA – Evropa, Střední východ a Afrika.

Zdroj: Swiss Re Institute

Je velmi cenné, že SRI publikoval informace o objemu HPP v roce 2018 docíleného na 88 největších národních pojišťných trhů světa. To umožňuje sestavit např. i přehled 10 největších trhů (viz tabulka 3).

Největším národním pojišťným trhem ve světě jsou s výrazným nárůstem USA. Na globálním pojišťném se v roce 2018 podílely 28,29 %. Podíl Číny na globálním pojišťném se i přes nízký růst HPP v roce 2018 v podstatě nezměnil a Čína zůstala bezpečně před Japonskem. V TOP 10 za rok 2018 jsou čtyři největší evropské pojišťné trhy, jejichž výkon však nebyl v roce 2018 uspokojivý. Ve Spojeném království a Francii činil pokles cca 1 % a do minusu, sice minimálního, se dostalo i Německo. V Itálii se HPP zvýšilo v roce 2018 o 1,1 %. ČR se v přehledu SRI, který zahrnuje již zmíněných 88 největších pojišťných trhů, nachází na 45. místě, v roce 2018 s objemem HPP ve výši 7067 mil. USD. Přírůstek pojišťného v roce 2018 činil 1,2 % a podíl na globálním pojišťném 0,14 %.

Životní a neživotní pojištění

Globální HPP životního pojištění v roce 2018 činilo 2 820 175 mil. USD a vzrostlo po očištění o inflaci oproti předchozímu roku pouze o 0,2 %. Podílelo se ale na celkovém globálním pojišťném 54,3 %, což značí, že na neživotní pojištění připadalo v roce 2018 zbývajících 45,7 %. Globální HPP neživotního pojištění vzrostlo v roce 2018 po očištění o inflaci o 3 %, na 2 373 050 mil. USD.

Vývoj životního pojištění ve sledovaných regionech světa byl v roce 2018 značně diferencovaný. V Severní Americe (USA a Kanada) se HPP zvýšilo po očištění o inflaci o 2,3 %, v nově se rozvíjejících zemích EMEA o 2,1 %

a ve vyspělých zemích regionu Asie–Pacifik o 1,4 %. V ostatních regionech světa nastal pokles daného pojišťného. V Latinské Americe a Karibiku se HPP životního pojištění v roce 2018 snížilo oproti předchozímu roku po očištění o inflaci o 4,2 %, ve vyspělých zemích EMEA o 0,6 % a v nově se rozvíjejících zemích regionu Asie–Pacifik o 2,3 %. Za tento region nejsou ale údaje úplné. Jedno je však jisté. Vývoj celkového globálního HPP i globálního HPP životního pojištění byl ovlivněn poklesem daného pojišťného v Číně o 5,4 %. Důvod toho významného zvratu byl již objasněn výše.

Vývoj neživotního pojištění ve sledovaných regionech světa byl v zásadě uspokojivý. Nikde nedošlo k poklesu HPP. V Severní Americe (USA a Kanada) se HPP neživotního pojištění zvýšilo v roce 2018 po očištění o inflaci o 2,7 %, v Latinské Americe a Karibiku o 0,5 %, ve vyspělých zemích EMEA o 1,1 %, v nově se rozvíjejících zemích EMEA o 1,4 %, ve vyspělých zemích regionu Asie–Pacifik o 1,2 % a v nově se rozvíjejících zemích regionu Asie–Pacifik o 11,7 % (např. v Číně o 12 % a v Indii o 14 %).

Pokud jde o ČR, SRI zveřejnil následující údaje:

- životní pojištění: 41. místo ve světě, s HPP v roce 2018 ve výši 2588 mil. USD. Oproti předchozímu roku dané pojištění pokleslo po očištění o inflaci o 3,9 %. Podíl ČR na globálním pojišťném životního pojištění činil 0,09 % a na celkovém pojišťném v ČR se v roce 2018 životní pojištění podílelo 36,6 %;
- neživotní pojištění: 45. místo ve světě, s HPP v roce 2018 ve výši 4480 mil. USD. Oproti předchozímu roku dané pojištění vzrostlo po očištění o inflaci o 4,3 %. Podíl ČR na globálním pojišťném neživotního pojištění dosáhl 0,19 % v roce 2018 a na celkovém pojišťném v ČR se neživotní pojištění podílelo 63,4 %.

Tabulka 3: TOP 10 národních pojišťných trhů – HPP celkem v roce 2018

Pořadí	Země	HPP* v roce 2018 (mil. USD)	Změna – stálé ceny v roce 2018 (%)	Podíl na světovém trhu v roce 2018 (%)
1.	USA	1 469 375	2,5	28,29
2.	Čína	574 877	1,8	11,07
3.	Japonsko	440 648	2,6	8,49
4.	Spojené království	336 510	-1,0	6,48
5.	Francie	257 963	-0,9	4,97
6.	Německo	241 485	-0,1	4,65
7.	Jižní Korea	179 024	-2,5	3,45
8.	Itálie	170 273	1,1	3,28
9.	Kanada	127 903	3,1	2,46
10.	Tchaj-wan	121 908	1,4	2,35

* HPP (hrubé předepsané pojištění) – předběžné údaje či kvalifikované odhady.



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

Celková pojištěnost

Celková pojištěnost je ukazatel, který v zásadě vyjadřuje vyspělost daného pojistného trhu. Jde o podíl předepsaného pojistného v nominálním vyjádření na hodnotě HDP v běžných cenách v procentech. SRI provedl výpočet tohoto ukazatele jak pro sledované regiony světa, tak pro vybrané národní trhy (viz tabulka 4).

Obecně se dá konstatovat, že vysoká úroveň celkové pojištěnosti je vlastní vyspělým pojistným trhům. Je zcela jasné, že nově se rozvíjející země mají co dohánět. I přes rychlejší tempo růstu HPP ve srovnání s vyspělými zeměmi zůstává v těchto zemích mezera v celkové pojištěnosti značná, a to včetně Číny. Proto je vhodné si rozmezí, v jakém se pohybuje úroveň celkové pojištěnosti, demonstrovat i na vybraných národních trzích z celkem 88 trhů sledovaných SRI.

Tabulka 4: Celková pojištěnost

Oblast	Celková pojištěnost v roce 2018 (%)
Severní Amerika (USA, Kanada)	7,17
Latinská Amerika a Karibik	2,79
Vyspělé země EMEA*	7,61
Nově se rozvíjející země EMEA*	1,99
Vyspělé země oblasti Asie–Pacifik	9,70
Nově se rozvíjející země oblasti Asie–Pacifik	3,83
Svět celkem	6,09

* EMEA – Evropa, Střední východ a Afrika.

Zdroj: Swiss Re Institute

Na čele žebříčku je v roce 2018 Tchaj-wan, s celkovou pojištěností ve výši 20,88 %; následuje Hongkong, s 18,16 %. Překvapením může být 3. pozice Kajmanských ostrovů (17,51 %) a 4. pozice Jižní Afriky (12,89 %). Evropské pořadí vede Spojené království (10,61 %), následované Dánskem (10,37 %). V USA dosáhla v roce 2018 celková pojištěnost výše 7,14 % a v Číně 4,22 %. Pod úrovní 2 % se pohybuje celková pojištěnost u řady států, a to včetně těch, které patří do nově se rozvíjejících zemí regionu Asie–Pacifik, pro něž je v posledních letech typická vysoká míra růstu HPP (např. Indonésie: 1,95 %; Filipíny: 1,82 %; Srí Lanka: 1,15 %). U ČR uvádí SRI celkovou pojištěnost v roce 2018 ve výši 2,77 %. Je nutno dodat, že v minulosti již v ČR překročila i 4% hranici. Jestliže ale roste HDP v běžných cenách rychleji než celkové pojistné, celková pojištěnost pochopitelně klesá. Jistou roli mohou hrát také metodologické aspekty (kurzové přepočty a způsob očištění HPP od inflace), jež aplikuje SRI.

Je zapotřebí dodat, že SRI zveřejnil i údaje o hustotě pojištění, tedy o pojistném na jednoho obyvatele, které v roce 2018 dosáhlo ve světě jako celku výše 682 USD, v Americe (USA, Kanada, Latinská Amerika a Karibik) 1738 USD, Asii a Pacifiku 407 USD a v EU 2655 USD.

Závěr

Analýza světového pojistného trhu zpracovaná SRI vychází z údajů o HPP a pojistném životního a neživotního pojištění ze 147 zemí světa. U 88 zemí měl tento institut k dispozici více údajů o pojistném trhu. Z toho plyne, že analýza je reprezentativní a má vysokou vypovídací schopnost. Je nutno ovšem zopakovat, že řada údajů je předběžných a že některé z 88 zmíněných zemí nedodaly kompletní soubor údajů. Proto je nutno počítat s tím, že údaje za rok 2018 bude možno pokládat za definitivní až v rámci publikace o vývoji světového pojistného trhu v roce 2019. Pokud by někdo chtěl údaje SRI využít pro hlubší analýzu či pro vědeckou práci nebo výzkumnou činnost, měl by si detailně nastudovat metodologii SRI a odpovědně pracovat s jednotlivými tabulkami a neopomíjet u nich uvedené poznámky a vysvětlivky.

Pokud jde o trendy, které se projeví na globálním pojistném trhu v roce 2018, rozhodující je asi ta skutečnost, že Asie, resp. nově se rozvíjející země v oblasti Asie–Pacifik významně přispěly k růstu globálního pojistného. Nelze opomenout výrazné snížení tempa růstu pojistného v Číně, které vyplynulo z nově zavedených regulatorních opatření a které by mělo být krátkodobého charakteru. Jistě nelze pominout stagnaci pojistného trhu v EU.

Dobrou zprávou je, že vnější prostředí by mělo zůstat pro globální pojišťovnictví vesměs pozitivní, a to při očekávaném spíše mírném poklesu tempa růstu globálního HDP. Motorem růstu globálního pojistného v následujících dvou letech by měla zůstat Asie, resp. nově se rozvíjející asijské trhy. Také na vyspělých trzích lze očekávat zvýšení poptávky po pojištění. Klíčové je zabránit obchodním válkám. V tomto směru lze pokládat prohlášení lídrů ze summitu G20 v japonské Ósace ze dne 29. června 2019 o zachování otevřených trhů a nutnosti reformy Světové obchodní organizace za zásadní i pro další rozvoj světového pojišťovnictví.

Resumé

World Insurance 2018 – the Highest Growth in Asia

In this article it is presented the development of the global insurance market in 2018. The author analyses this issue especially on the basis of the statistical data of the Swiss Re Institute. He starts with the description of the macroeconomic environment for insurers in 2018 which was in principle positive. The attention is paid to the selected indicators of the output of the global insurance industry, i.e. gross premiums written (total, life, non-life) and penetration. The author shows also the results achieved in the basic regions and in the selected countries; there are presented the best and the worst players. His detailed analysis ends with the formulation of some conclusions. Maybe the most important conclusion is that the Asia, or emerging countries of the region Asia–Pacific respectively, contributed in paramount way to the development of the global insurance market in 2018 despite of momentary problems in China's life insurance. Concerning the prognosis the macroeconomic environment should stay for global insurance industry rather promising even if it is necessary to reckon with a slight reduction of the rate of growth of the world GDP.

Klíčová slova

světové pojišťovnictví, globální pojistný trh, globální hrubé předepsané pojistné, národní pojistné trhy, vyspělé pojistné trhy, celková pojištěnost, Swiss Re Institute

Keywords

world insurance industry, global insurance market, global gross premium written, national insurance markets, advanced insurance markets, penetration, Swiss Re Institute

Socioekonomické aspekty standardu a nadstandardu ve zdravotním pojištění

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

V ČR zaznamenalo chápání výdajů na zdraví obyvatelstva a nároků na zdravotní péči v posledních 30 letech značné změny. Před rokem 1989 se veškeré aktivity ve zdravotnictví poměřovaly se zdravotním stavem populace a zajištěním dostupnosti běžné péče, bez rozlišování standardu a nadstandardu. Spoléhalo se na to, že zdravý člověk zdravotní péči, až na nízkonákladovou hromadnou prevenci, v podstatě nepotřebuje a touto cestou že se docílí snížení nákladů. V takto pojatém systému není prostor pro nadstandard, neboť zdravotnictví zde není od toho, aby někomu něco aktivně nabízel. Plní pasivní roli péče o zdraví obyvatelstva a postupy, které k tomu volí, jsou dány bez ohledu na to, co si o nich pacienti myslí.

Vnitřní logika systému tak byla poměrně jednoduchá a umožňovala péči o zdraví obyvatelstva v rámci daného rozpočtového omezení, protože i objem dostupných prostředků byl zvnějšku dán. Tudíž ti, kteří vymýšleli používané postupy, museli pracovat jen s tím, co bylo k dispozici, a poskytovalo se pouze to, na co byly dostupné prostředky. Z toho vyplývá i slabá role pacienta, jenž byl pasivním příjemcem poskytované zdravotní péče v jednotně stanoveném rozsahu.

V současné době ve zdravotnictví vyvstávají zejména následující faktory (Durdisová & Mertl, 2013):

- demografické změny (Knesebeck, 2010);
- dostupnost nových technologií, léků a fenomén tzv. „medical inflation“ (Lyu a další, 2017);
- nedostatek veřejných zdrojů k financování zdravotní péče ve veřejných rozpočtech pro všeobecně dostupnou nejkvalitnější péči a pro podnikatelský výnos (zisk);
- příjmová diferenciací a tlak na vytvoření legálního prostoru pro tzv. „nadstandardní péči“ se zapojením soukromých zdrojů;
- rozšiřování podnikání ve zdravotnictví, změna hospodaření s veřejnými zdroji a nejasná struktura odpovědnosti mezi elementárními subjekty systému;
- změna pojetí solidarity, rovnosti ve zdraví (Barsanti a další, 2017) a sociální aspekty dostupnosti zdravotní péče.

Z jejich existence vyplývají nové problémy, které zdravotnictví musí řešit. Jsou dány zejména nárůstem autonomie

jednotlivých aktérů zdravotnického systému a jeho fungování v tržní ekonomice. Stát (veřejný zájem) má nyní složitější pozici, protože už nestačí pohybovat se v rámci daného rozpočtového omezení a přesvědčit o tom všechny zúčastněné (a ani k tomu už nemá pravomoci), ale veřejné zdroje plní v systému především roli garance všeobecné dostupnosti standardní zdravotní péče.

Na druhé straně v populaci existují občané s vyššími nároky na individuální užitek ve zdravotnictví. Z toho vzniká potřeba nadstandardu s problematickou definicí (Moffett & Moore, 2011). V nejobecnější rovině lze říci, že standardní péči pacient dostat musí (i ve vazbě na čl. 31 *Listiny práv a svobod*), kdežto nadstandardní péči pacient chce nebo může mít. Naplnění těchto kategorií konkrétním obsahem je kontinuálním procesem náročným na poznatky medicíny, konsenzus ve veřejné volbě i tvorbu schémat financování.

Výdaje na zdravotní péči

Výdaje na zdravotní péči lze chápat jako investice do lidského kapitálu (Grossman, 1972). Tyto investice mohou být buď individuální (soukromé), nebo univerzální (veřejné) (Suhrcke, 2005). V obou případech jde o produktivní uplatnění člověka na pracovním trhu i mimo něj. Vedle tohoto produktivního aspektu mají výdaje na zdravotnictví také sociální (altruistickou) složku, která k produktivitě primárně nesměruje a jejímž smyslem je umožnění univerzálního přístupu ke zdravotní péči na principu solidarity zdravých s nemocnými, příp. charitativní a paliativní aspekt zdravotní péče.

V souvislosti s rozvojem medicíny a s nárůstem chronicity onemocnění lze očekávat, že incidence nemocí a jejich délka se budou zvyšovat, což ovlivní výdaje. Dle poznatků sociálního lékařství (Holčík, 2009) nelze tento problém řešit pouze prostřednictvím nastavení racionálních peněžních toků; cesty k řešení jsou širší a spočívají v následujících bodech (Holčík, 2010):

- vložení dalších peněz do systému zdravotnictví,
- zvýšení hospodárnosti zdravotnictví,
- omezení univerzální dostupnosti zdravotnických služeb,
- všeobecné zlepšení zdraví lidí s cílem snížit náklady na zdravotní péči vzhledem k nižší incidenci nemocí.

Uvedené postupy pracují s problémem výdajů na zdravotnictví nikoli v rovině optimalizace tržní struktury či míry konkurence na trhu zdravotní péče, ale v rovině věcné a faktické, snaží se ovlivnit potřebu a spotřebu zdravotní péče vyplývající ze zdravotního stavu obyvatelstva a vztahu lidí ke svému zdraví. Současně ale pracují i s limitací poskytování zdravotní péče na principu její objektivní potřebnosti, což nemusí být v souladu s prioritami konkrétních pacientů a jejich aspiracemi v systému zdravotnictví. Lze dokumentovat na zkušenostech např. z Velké Británie, že omezení počtu operací nebo prodloužení čekacích lhůt na ně bylo vnímáno laickou i odbornou veřejností jako problém (Gray, 1996) a bylo to impulzem k zásadním změnám v systému zdravotnictví (Scott, 1998). Tudiž lze říci, že výše uvedená východiska ani metody nelze pominout, ale samy o sobě k vyřešení rozsahu poskytované péče rovněž nepostačují.

Pokud budeme uvažovat o poptávce pacientů na základě jejich rozpočtového omezení, je podstatná také poptávka po zdravotní péči. Podle dostupných poznatků (Feldstein, 1971) (Feldstein, 1973) je spíše neelastická¹, tzn. že její reaktivita na změnu ceny je spíše nižší, a tudíž nelze očekávat, že tržní struktura „na této poptávce“ vzniklá bude silně dynamická či dokonale konkurenční. Stejně tak lze očekávat potíže ve zdravotním pojištění, a to jak z důvodu interakcí přímé poptávky a nepřímé poptávky „skrze“ zdravotní pojištění, tak i z důvodu existence informační asymetrie a negativního výběru (Arrow, 1963).

Vývoj standardu, „nестandardu“ a nadstandardu ve zdravotnictví

Schéma 1 vyobrazuje jednotlivé kategorie poskytování zdravotní péče tak, jak se vyvíjelo v čase. Výchozí varianta, která je na schématu zakreslena jako vývojová fáze 1, pracovala s lékařem objektivizovanou potřebou zdravotní péče a centrálním limitem v podobě obecného nároku. To sice vedlo k všeobecné dostupnosti zdravotní péče a k legislativně „pokrytým“ nárokům, ale současně v některých případech nebyla uspokojena potenciální individuální potřeba ani preference. Dostupné možnosti se v tomto směru nezveřejňovaly (a tento fenomén v určitých částech systému a skupin pacientů přetrvává dodnes). Zdravotnický systém současně chápal jakýkoli nadstandard za soukromé peníze jako nelegální, vzhledem k deklarované a uplatňované rovnosti přístupu ke zdravotní péči.

Se vznikem systému veřejného zdravotního pojištění po roce 1989 se objevil mechanismus (viz fáze 2 ve schématu 1), který umožnil vstup samoplátců do systému bez nároku na veřejné zdroje a bez omezení celkové kapacity nasmlouvané zdravotní pojišťovnou. Takto poskytovaná „nестandardní“ péče byla hrazena plně pacientem, bez účasti pojišťovny a bez cenové regulace. Existovala tudiž snaha vytěsnit soukromě hrazenou „nестandardní“ péči mimo systém bez definice jejího obsahu a bez toho, že by se stát o její poskytování zajímal. Smyslem bylo uspokojit nестandardní potřeby klientů mimo systém, neboť už nebylo únosné jim bránit, ale současně nebyla prováděna

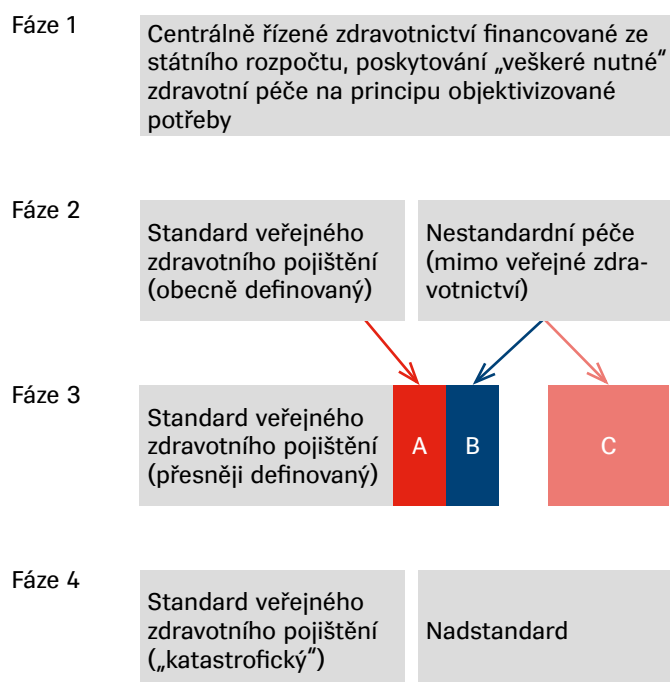
žádná zdravotní politika ve vztahu k jejich poskytování a financování. To ukazuje též historie kontroverzního § 11 zák. č. 48/1997 Sb., který zdravotnickým zařízením dlouho zakazoval ve smluvním vztahu s veřejnou zdravotní pojišťovnou přijímat úhrady od pacientů v souvislosti s poskytnutím péče zcela, zatímco od dob ministra Hegera zní úzeji: *Nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu*, přičemž návrhů na změny bylo postupně několik. (Cikrt, 2015)

Vzhledem k tomu, že stát rezignoval na regulaci „nестandardní“ péče, systém selhával, a to zejména v následujících bodech:

- docházelo k využívání kapacit smluvních poskytovatelů ohledně nестandardní zdravotní péče, příp. i k šedé zóně poskytování této péče na základě individuálních neoficiálních plateb těmto poskytovatelům;
- cenotvorba byla netransparentní;
- obsah nестandardní zdravotní péče nebyl ani definován, ani regulován;
- poskytovatelé této péče tvořili neprůhlednou tržní strukturu.

Zkušenosti s tímto typem zdravotní péče způsobily, že „nестandardní“ zdravotní péči využívala pouze úzká skupina obyvatelstva reagující na nabídku nesmluvních zdravotnických zařízení, v nichž byla ochotna přímo platit za zdravotní péči (sjednanou ve vztahu lékař–pacient). Nicméně snaha zakomponovat do systému oficiální nadstandard trvala, protože „nестandard“ ve výše popsaném smyslu byl některými aktéry chápán pouze jako provizorní řešení. Navíc rozpočtové deficity v průběhu ekonomické krize akcelerovaly nutnost hledání nových přístupů.

Schéma 1: Vývoj standardu, „nестandardu“ a nadstandardu v českém zdravotnictví





Ilustrační foto: www.istockphoto.com

To ukazují další části schématu 1. Fáze 3 popisuje stav, kdy je část zdravotní péče zahrnuta do systému formou nadstandardní péče hrazené ze soukromých zdrojů pacienta. Je zřejmé, že z etického hlediska to je zásadní průlom do chápání zdravotní péče, neboť v minulosti by nebylo oficiálně přijatelné, aby pacient s vyšší ochotou platit mohl mít „lepší“ zdravotní péči než pacient, který není ochoten připlácet. Již zmíněné změny § 11 v tomto směru upravily i pozici smluvních zdravotnických zařízení v systému.

Nadstandardní část zdravotní péče (A + B + C) v rámci zdravotnictví se v procesu legalizace definuje postupně takto:

- v rámci upřesnění definic stávajícího standardu jsou vymezeny a popsány způsoby léčby, které (po odborném zhodnocení) „nejsou nezbytně nutné“ (část A);
- některé doposud nestandardní výkony, jejichž cena a způsob poskytování jsou živelné a trpí nedokonalostmi popsanými výše, se zahrnou do systému a propojí se s úhradou z veřejného zdravotního pojištění, což vede i k regulaci jejich úhrad a ke kontrole kvality (část B).

Konkrétními příklady v kategorii nadstandardu jsou některá očkování, sádry a nitrooční čočky, jež byly zařazovány v letech 2011–2013. V následujících letech se plánovalo např. začlenění pokročilých operačních technik, jako jsou robotické operace apod. Proces se však do značné míry zastavil po roce 2014, i ve vazbě na obsáhle zdůvodněný nálezn Ústavního soudu (Ústavní soud, 2013). Péče kategorie B, jejíž ekonomické charakteristiky popíšeme níže, se tak ve výsledku dosud uplatnila v české praxi minimálně.

Ve fázi 3 vidíme také část C – to je nadstandardní péče i nadále plně hrazená přímo klientem a vzniklá jako nástupce dříve uváděných nestandardních výkonů. Je totiž zřejmé, že příslušné segmenty trhu zdravotní péče se v tomto směru časem značně rozvinuly, poskytujíce např. plastické operace, některé laserové výkony, psychoterapii nebo fyzioterapii též na bázi tržní struktury privátních klinik nebo léčebných programů pro samoplátce. Rovněž v oblasti lékové politiky se konstituoval silný segment volně prodejných léků, kde je státem garantována bezpečnost a účinnost, ale úhrada je ponechána na pacientovi. Jinak řečeno, vytvořila se tržní struktura, která poskytuje příslušné služby na komerční bázi, a je možno ji klasifikovat jako samostatný segment zdravotnických trhů, včetně toho, že některá negativa, která se objevovala ve fázi „nestandardů“, byla postupně omezena.

Část B z ekonomického hlediska reprezentuje novou kategorii úhrad zdravotní péče, která má kombinovanou úhradu z veřejných i soukromých zdrojů. Výše úhrady z veřejných zdrojů odpovídá nejméně finančně náročné metodě léčby. Tudíž spotřeba péče v části B závisí také na rozpočtovém omezení jednotlivce, neboť jednotlivé varianty léčby se budou lišit v závislosti na individuálním užtku konkrétního pacienta, který si vyhodnotí vůči svým dostupným zdrojům.

Jedním z faktorů nárůstu úhrad z veřejného systému je nárůst objemu poptávky po výkonech oproti výchozímu stavu, ve vazbě na volbu konkrétní varianty poskytování zdravotní péče, jejíž úhrada v základní variantě může poptávku po nadstandardu dynamizovat, neboť sníží cenu pro klienta o výši této úhrady. Možnost alokovat indivi-

duální zdroje na zdravotní péči formou nadstandardu, na kterém se bude podílet pojišťovna z veřejných zdrojů, může dynamizovat i nároky na veřejné zdroje ve formě absolutního nárůstu výdajů z veřejného pojištění. Současně však platí, že dominantním zdrojem dynamiky veřejných výdajů jsou výsledky dohodovacího řízení a navazující úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR.

Tento způsob kombinovaných úhrad z teoretického pohledu příliš neodpovídá běžnému způsobu získávání zdrojů na zdravotnictví formou veřejných příjmů, tj. procentům z vyměřovacího základu. Je tomu tak zejména proto, že stát, resp. veřejná zdravotní pojišťovna, už posléze nebude mít plnou kontrolu nad objemem poskytované zdravotní péče, neboť platí, že o její realizaci se bude rozhodovat ve vztahu zdravotnické zařízení – pacient a role veřejných zdrojů v tomto směru bude role dotace na transakci mezi těmito dvěma subjekty.

Fáze 4 je za současných podmínek a v evropském kontextu čistě hypotetická – zachycuje „nejúspornější stav“ z pohledu veřejných rozpočtů, kdy by standardní zdravotní péče byla redukována na „katastrofickou“, resp. život zachraňující zdravotní péči, za niž by si ponechal garanci stát, a všechny další části zdravotní péče spadají do „konkurenčního prostředí“ ve zdravotnictví, kde stát plní pouze roli sociální podpory, a staví se na předpokladu, že takové prostředí poskytne pacientům lepší služby než státem organizovaný systém. Tento předpoklad je krajně diskutabilní, neboť ani v teorii neplatí, že by konkurenční alokace soukromých prostředků na trhu zdravotní péče vedla ke zlepšení užítu pro všechny účastníky transakcí, jako je tomu na jiných trzích zboží a služeb (Goulli, 2002) (Goulli & Mertl, 2006). Proto je tato varianta pouze předmětem hypotetických úvah nebo spekulací neoliberálních ekonomů; v extrémní variantě by z pohledu věcného rozsahu solidární úhrady odpovídala tzv. „katastrofickým pojistným plánům“, jak jsou známy z amerického zdravotnictví. Kromě toho již nyní existují v české populaci sociální skupiny, kterým „pouhé“ zavádění dalších nadstandardů či neřízené zvyšování spoluúčasti může postupně omezit dostupnost zdravotní péče (Sirovátka, Horáková, Jahoda & Kofroň, 2012).

V oblasti soukromých výdajů na zdraví a souvisejících produktů pojištěn vidíme, že spotřeba zdravotní péče a služeb nemusí být nutně náhodnou škodní událostí, ale zejména v případě nadstandardní péče vychází také z rozhodnutí pacienta o tom, že chce mít konkrétní typ zdravotní péče a je schopen si ho zaplatit – jde o koncept investic do zdraví. Koncept lidského kapitálu usiluje o to, aby si lidé mohli do svého zdraví investovat, přičemž příslušná schémata financování jim to i umožní. Je částečně v protikladu k principu nákladové efektivity péče o zdraví obyvatelstva s cílem snížit incidenci nemocí, který chápe výdaje na zdravotnictví pasivně a snaží se o jejich redukcii. Uvedené změny mohou tudíž dále zvedat celkový objem výdajů na zdravotnictví, narušující striktně chápanou efektivitu ve vztahu k demografickým a zdravotním statistikám, nicméně v ČR ve srovnání se zeměmi OECD určitý prostor pro toto zvýšení existuje (ČR: 7,5 %, průměr OECD: 8,8 % HDP 2018). Je však nutno ho využít ke zvýšení kvality, rozsahu a responzivnosti péče, nikoli pouhému dolití peněz do systému.

Možnosti optimální konfigurace v budoucnu

Do budoucna je optimální zachovat a stabilizovat tyto tři hlavní ekonomické kategorie zdravotní péče: standardní, nadstandardní dotovanou a (čistě) nadstandardní. Přičemž kategorie dotované nadstandardní péče by byla omezena pro případy, kdy je žádoucí poskytnout možnost úhrady za nadstandard a současně péči z veřejných zdrojů dotovat na úrovni hrazené základní varianty – s vědomím výše nastíněných fiskálních i medicínských rizik tohoto postupu, a tudíž i vhodnosti pro poměrně úzkou skupinu zdravotních výdajů (např. kvalitnější zdravotnický materiál či léky²). Standardní péče by odpovídala nutnému a objektivně danému rozsahu péče v mezích základního balíku. Obsah tohoto balíku nesmí být statický a je nutno jej např. každoročně aktualizovat podle poznatků lékařské vědy³ a na základě socioekonomické evaluace jednotlivých léčebných metod v relaci k dostupným zdrojům; vazba na ústavní právo na zdraví je zde zřejmá. Nadstandardní péče pak odpovídá zdravotní péči a službám, které do výše zmíněných kategorií nespádají, resp. jde o odlišnou variantu poskytování zdravotní péče. Zejména se jedná o dodatečný čas zdravotníků, širší volbu termínu a ošetřujícího lékaře, vyšší komfort a dodatečné zdravotní služby poskytované klientům ve vazbě na jejich ochotu platit, v tomto případě bez přímého tlaku na veřejné zdroje. Etické námitky proti nadstandardu lze do značné míry neutralizovat právě důslednou, kvalitní a aktuální konstrukcí univerzálně dostupné a nákladově únosné zdravotní péče. Pro nepřímé úhrady nadstandardní péče pak mohou být nabízeny produkty soukromého pojištění a zejména předplacených programů zdravotní péče, ve vazbě na výše popsany charakter poptávky po nadstandardní péči (Mertl, 2017) (Mertl, 2018).

Z hlediska financování standardní a nadstandardní péče existují tři způsoby (modely), jak je ekonomicky racionálně provádět. První z nich využívá extenzivních regulačních a dotačních schémat oligopolní struktury soukromých zdravotních pojišťoven, v lepším případě neziskových, které klientům poskytují diferencovaný produkt s garantovanou základní složkou zprostředkovaně závislou na státních dotacích a programech pro chudší a nemocnější sociální skupiny. V tomto modelu stát ztrácí kontrolu nad alokací prostředků i nákladovostí péče; pomocí dotací a regulace usiluje o změnu kritériální funkce trhu a o omezení tržního selhání. To je příklad Nizozemska a v některých variantách i USA. Pro české podmínky je tento model nevhodný (Mertl, 2018).

Druhý způsob striktně odděluje veřejnou a soukromou část systému z hlediska financování a poskytování; typicky se vyznačuje řízením veřejného zdravotnictví na úrovni regionální veřejné správy a poskytuje omezený a oddělený prostor soukromým pojišťovnám a poskytovatelům pro nabídku jejich produktů. Mezi standardní a nadstandardní péčí je v tomto modelu vztah vzájemně se vylučující; je popisován příliv či odliv privátních klientů ve vazbě na rozsah a dostupnost univerzálně hrazeného standardu, délku čekacích lhůt a přístup státu k některým oborům (ortopedie, stomatologie, oftalmologie). Má vyšší kontrolu nad veřejnými výdaji a jejich efektivností. Příkladem může být Velká Británie. Tento model je použitelný typicky tam, kde veřejná volba nechce mít pluralitní strukturu pojištěn a větší podíl nestátních poskytovatelů zdravotní péče financovaných dominantně z veřejných

zdrojů. Předpokládá dlouhodobý konsenzus na financování zdravotnictví jako veřejného statku, bez zdravotních pojišťoven a s významnou rolí veřejné správy.

Třetí způsob staví na vzájemně se doplňujících efektech standardní a nadstandardní části systému, ponechávaje nadstandard plně volitelný pomocí garance státu za univerzálně dostupnou standardní péči hrazenou skrze autonomní zdravotní pojišťovny (*self-governance*) (Brand, 2007) a centrální přerozdělení veřejných zdrojů pro její úhradu. Určité prvky tohoto systému můžeme sledovat v SRN, Rakousku a částečně i ve Francii. Rozdílem oproti komerčním pojišťovnám je transparentní alokace veřejných prostředků na zákonem definovaný standard zdravotní péče a fakultativní navazující produkty sice účetně, příp. i institucionálně oddělené, ale synergicky působící a integrované při spotřebě péče pacienta/klienta. Někdy lze určité individualizované prvky nabídnout v rámci péče o klienty i těm, kteří si soukromý produkt nekoupí – např. u německých zákonných zdravotních pojišťoven (AOK Portal, 2019). Vzhledem k existenci více zdravotních pojišťoven a prakticky plné privatizaci ambulantní péče v ČR se nabízí rozvíjet tento systém i u nás, což by přineslo i větší diferenciaci mezi souhrnnou nabídkou zdravotních pojišťoven klientům.

Závěr

Existují dva základní způsoby, jak poskytovat a hradit zdravotní péči. První z nich pracuje s vazbou mezi potřebou zdravotní péče a objektivně uznaným nárokem pacienta financovaným z veřejných zdrojů. Druhý vychází z rozhodování klienta ve vztahu k poskytovateli zdravotní péče a subjektivního užítu financovaného za soukromé peníze klienta. Z hlediska úhrad může mezi pacienta a lékaře vstoupit stát, stejně jako veřejná nebo soukromá pojišťovna; tím vznikají triangulární schémata financování péče.

Český zdravotnický systém absolvoval za posledních 30 let cestu od státního zdravotnictví bez legálního zapojení soukromých zdrojů ke stávajícímu systému veřejného zdravotního pojištění s umožněním poskytování nadstandardní zdravotní péče hrazené pacientem. Po roce 2011 byl diskutován systém kombinovaně hrazené zdravotní péče jako doplněk k veřejně hrazenému standardu. Tento způsob financování se jeví jako použitelný u poměrně úzkého spektra péče, zejména u prostředků zdravotnické techniky a léků. Nadstandardní péče hrazená čistě pacientem má výrazně širší potenciál, i když její rozsah se mezi jednotlivými obory medicíny liší a k poskytování je potřeba vynaložit lékařské i manažerské úsilí.

Podstatná je také otázka sociální dostupnosti nadstandardů. Univerzalistické koncepty zdravotnictví řeší typicky dostupnost zdravotní péče ve vazbě na fiskální udržitelnost a zdravotní stav obyvatelstva, ale obsah této péče může být částečně formální. Standard může být postupně redukován, ať už explicitním omezením nároků na úhradu, nebo skrytým snížením dostupnosti a informovanosti o vhodné indikaci zdravotní péče. Postupná reakce části veřejnosti ochotné a schopné soukromých výdajů a souvisejících konzervativně-liberálních koncepcí může spočívat ve volání po nadstandardech vyúsťující v separaci zdravotnictví na část hrazenou „státem“

(kterou však sama nebude chtít příliš využívat) a část hrazenou privátně. Takový vývoj je z historie zdravotnictví známý a vede ke dvojitému, obtížně prostupnému zdravotnictví, kde jsou sociální bariéry v prostředí příjmové diferenciace výrazné jak pro občany, tak i pro poskytovatele zdravotní péče. Polarizaci inverzního vztahu ve smyslu „čím méně toho bude poskytovat stát, tím vyšší bude vynucená poptávka po nadstandardu a produktech jej financujících“, která vzniká při poklesu dostupnosti a kvality standardní péče pod sociálně akceptovatelnou úroveň, je vhodné se vyhnout.

Naopak je účelné využít jisté existující pluralizace českého systému a nabízet fakultativní péči a služby s důrazem na synergické efekty pro klienta a předvídatelné financování pro poskytovatele. Při správné konfiguraci vazeb mezi standardní a nadstandardní péčí lze docílit žádoucího efektu, že pacient bude mít jistotu kvalitního ošetření a péče, pokud si nadstandard nezvolí, a současně bude mít možnost zvolit si dodatečnou péči a služby přinášející individuální užitek. Toho, čeho v oblasti svobody volby pomocí regulovaných komerčních schémat zdravotního pojištění a výrazných státních dotací docílí (pro část populace) americký nebo holandský systém, lze v řadě ohledů dosáhnout rovněž pomocí kombinace adekvátního standardu zdravotní péče ve vazbě na ústavní právo na zdraví a volitelných nadstandardů s výraznou rolí zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny mohou z pohledu klienta propojit financování univerzálně dostupné standardní péče z veřejných zdrojů dosažitelné skrze smlouvy s poskytovateli a volitelné nadstandardní péče prostřednictvím soukromých produktů. Tím lze dosáhnout výrazných synergických efektů při zachování transparentního využití veřejných prostředků.

Resumé

Socio-economic Aspects of Standard and Above-Standard Care in Health Insurance

The article deals with changes in the concepts of health care that have occurred since 1989 in the Czech health system. It clarifies the different stages of this development and their socio-economic importance, at the same time mentioning the factors that have significantly influenced the development. It discusses the possibilities of optimal configuration in the future and the characteristics of individual models, preferring synergic effects between the universal and voluntary part of the system and mentioning the mechanisms in the area of private expenditure that can strengthen these effects. It also justifies why reducing universally available care under a socially acceptable rate or providing it through the purchase of insurance plans on the market is not an appropriate and promising solution for Czech conditions. Ethical objections to the supply and availability of above standard care can be neutralized by robust design of universally available and cost-effective healthcare. Above standard optional care has in most of the medical branches significant potential to increase quality, utility and comfort for clients, but medical and managerial efforts are required to provide it.

Klíčová slova

zdravotní péče, zdravotnictví, zdravotní pojištění, standard, veřejné výdaje, soukromé výdaje

Keywords

health care, health system, health insurance, standard, public expenditure, private expenditure

Použité zdroje

AOK Portal. (2019). Získáno 8. září 2019 z AOK Gesundheitskasse: <https://www.aok.de/pk/uni/>.

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5), stránky 941–973.

Barsanti, S. – Salmi, L.-R. – Bourgueil, Y. – Daponte, A. – Pinzal, E. – Ménival, S. (2017). Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. Získáno 7. září 2019 z: <https://ghrp.biomed-central.com/articles/10.1186/s41256-017-0038-7>.

Brand, H. (2007). Good governance for the public's health. *European Journal of Public Health*, 17(6), 541–541. Získáno 7. září 2019 z: <https://academic.oup.com/eurpub/article/17/6/541/475895>.

Cikrt, T. (2015). Poslanci ANO si našli nový cíl: legendární „paragraf“ Fischerové. Získáno 9. září 2019 z: *Zdravotnický deník*: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/05/poslanci-ano-si-nasli-novy-cil-legendarni-paragraf-fischerove/>.

Durdisová, J. – Mertl, J. (2013). Evoluce sociálně-ekonomického pojetí zdravotní péče. *Ekonomický časopis*, 61(2), stránky 155–171.

Feldstein, M. (1971). Hospital Cost Inflation: A study of non-profit price dynamics. *American Economic Review*, 61(5).

Feldstein, M. (1973). The Welfare loss of excess health insurance. *Journal of Political Economy*, 80(2).

Goulli, R. (2002). Zdravotnictví a veřejná ekonomie. Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I. (Sborník IZPE 1/2002). Kostelec nad Černými lesy: IZPE.

Goulli, R. – Mertl, J. (2006). Konkurence za veřejné peníze. Praha: Eurolex Bohemia.

Gray, C. (1996). NHS reforms reduce length of waiting lists but create widespread unease. *Canadian Medical Association Journal*, 155(10), 1487–1488. Získáno 7. září 2019 z: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8943941>.

Holčík, J. (2009). Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: MSD.

Holčík, J. (2010). Potřeba rozvoje zdravotní gramotnosti. Získáno 10. září 2019 z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/holcik_s.pdf.

Knesebeck, O. v. (2010). Health inequalities in ageing societies. *International Journal of Public Health*, 55(6), 523–524. Získáno 8. září 2019 z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-010-0150-7>.

Lyu, H. – Xu, T. – Brotman, D. J. – Mayer-Blackwell, B. – Cooper, M. A. – Daniel, M. – Makary, M. A. (2017). Over-treatment in the United States. *PLOS ONE*, 12(9). Získáno 7. září 2019 z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181970>.

Mertl, J. (2017). Prepaid Schemes in Czech Health Care System. Sborník z konference TPAVF 2017 (stránky 140 až 146). Praha: VŠE.

Mertl, J. (2018). Compulsory two-component health insurance for Czechia: a bad idea whose time will never come. *Proceedings of the 23rd International Conference Theoretical and Practical Aspects of Public Finance 2018* (stránky 81–88). Praha: VŠE.

Mertl, J. (2018). Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění. *Pojistné rozpravy* (35), stránky 64–71.

Moffett, P. – Moore, G. P. (2011). The Standard of Care: Legal History and Definitions: The Bad and Good News. *Western Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 109–112. Získáno 7. září 2019 z: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3088386>.

Scott, H. (1998). Reducing NHS waiting lists: a political ploy? *British journal of nursing*, 7(16), 938–938. Získáno 7. září 2019 z: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9830903>.

Sirovátka, T. – Horáková, M. – Jahoda, R. – Kofroň, P. (2012). Ekonomická zátěž středních příjmových skupin obyvatelstva: vývoj v letech 2008–2011. Praha: VÚPSV.

Ústavní soud. (2013). Nález ÚS ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. Získáno 9. září 2019 z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Pl_US_36-11_nadstandard-_konecne_zneni_oprav-3.pdf.

1 Příkladem výrazné neelasticity je např. poptávka po životně důležitých léčích či akutní péči; naopak cenově elastičtější může být např. poptávka po plastických operacích nebo produktech zdravého životního stylu.

2 Zde se může uplatňovat ještě regulace marží lékáren, příp. i poskytovatelů péče.
3 Zde mohou sehrát podstatnou roli jednotlivé odborné lékařské společnosti.

Povinné zdravotní pojištění cizinců při jejich pobytu na území ČR

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

V legislativě týkající se nejen pojišťovnictví platí, že příprava nové právní úpravy, na které se podílí více ministerstev, je značně složitá. Příkladem je zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, spadající částečně do gesce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a částečně do gesce Ministerstva financí ČR. Zde se již 26 let hledá způsob jeho transformace. Bohužel, ani po tolika letech není část odborné veřejnosti ochotna pochopit, že existují pouze dvě základní možnosti, a to dávkový systém v rámci systému sociálního zabezpečení, nebo náhrada újmy z pojištění odpovědnosti v systému soukromého pojištění. Jakýkoli hybrid pak naráží jak na věcné, tak i legislativní mantinely. Obdobně lze hodnotit i vývoj v soukromém zdravotním pojištění cizinců pobývajících na území ČR, jehož legislativní úprava vyžaduje spolupráci ministerstev vnitra, zdravotnictví a financí.

Od 29. února 2012, kdy bylo přijato usnesení vlády č. 121, kterým vláda uložila mj. ministrům zdravotnictví, vnitra a financí zpracovat a do 31. prosince 2012 vládě předložit návrh nové právní úpravy povinného soukromého zdravotního pojištění cizinců, byla v dané věci přijata ještě další čtyři usnesení. Tím posledním, č. 484 ze dne 24. července 2018, vláda uložila ministru zdravotnictví vypracovat ve spolupráci s ministryní financí a ministrem vnitra a do 31. března 2019 vládě předložit návrh nové právní úpravy zdravotního pojištění cizinců při jejich pobytu na území ČR. S ohledem na dále uvedené skutečnosti byl uvedený termín usnesením vlády č. 320 ze dne 6. května 2019 prodloužen do 31. října 2019.

Potřeba právně upravit danou oblast pojištění původně vyplynula z negativních zkušeností se sjednáváním zdravotního pojištění cizinců, a to pro nedostatečnou právní úpravu obsaženou v § 180i a 180j zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tyto nedostatky byly shrnuty v tzv. „Analýze zdravotního pojištění cizinců při jejich pobytu na území ČR“, zpracované Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s výše uvedenými ministerstvy na základě usnesení vlády č. 607 ze dne 21. července 2014, kterým vláda odmítla poslanecký návrh na vydání zákona o sou-

kromém zdravotním pojištění cizinců při pobytu na území ČR. Z této analýzy vyplývá, že existují v zásadě tři způsoby zajištění úhrady nákladů za cizinci poskytnuté zdravotní služby, a to jeho účast v systému veřejného zdravotního pojištění, úhrada čerpaných zdravotních služeb jiným způsobem (mimo systém pojištění) nebo sjednání soukromého zdravotního pojištění. V zahraničí je zdravotní pojištění cizinců řešeno různě. Většinou se jedná o určitou kombinaci veřejného a soukromého systému, přičemž do veřejného zdravotního pojištění jsou obvykle zařazováni cizinci, kteří jako zaměstnanci do tohoto systému přispívají.¹

Veřejné zdravotní pojištění

Pro zařazení cizince do systému veřejného zdravotního pojištění nezáleží, zda je osoba českým občanem, či nikoli, rozhodující je pouze jeho trvalý pobyt, resp. jeho fikce, nebo zaměstnání na území ČR, popř. jiné skutečnosti. Podle některých přímo použitelných předpisů EU se na státního příslušníka členského státu EU, resp. EHP a Švýcarské konfederace, který přechodně pobývá na území ČR, hledí jako na českého pojištěnce, a to se všemi právy a povinnostmi. V takovém případě má nárok na poskytnutí zdravotních služeb v nezbytném rozsahu, a to za předpokladu, že se u smluvního poskytovatele prokáže platným nárokovým dokladem (nejčastěji Evropským průkazem zdravotního pojištění, tzv. „kartou EHIC“). Poskytnutí zdravotních služeb v určeném rozsahu může být garantováno pojištěnci smluvního státu mezinárodní smlouvou, kterou je ČR vázána, kdy platí požadavek na rovnost nakládání jako s českým pojištěncem. V případech, kdy jsou cizincům hrazeny náklady na zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění jako výpomocného systému, mají české zdravotní pojišťovny funkci výpomocné instituce, která následně náklady na čerpané zdravotní služby přeúčtuje příslušné instituci zdravotního pojištění.

Jiný způsob úhrady

Úhradu za poskytnuté zdravotní služby lze zajistit také písemným závazkem českého státního orgánu, který garantuje, že zdravotní služby budou poskytovateli zdravotních služeb uhrazeny. Tento způsob využívají vládní stipendisté,

účastníci programu podpory českého kulturního dědictví v zahraničí, tzv. „krajané“, či osoby, za něž hradí čerpané zdravotní služby Ministerstvo vnitra ČR, nebo osoby spadající do osobního rozsahu mezivládních dohod v oblasti zdravotnictví, kde tyto náklady hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR (jde o postupně zanikající způsob úhrady).

Soukromé zdravotní pojištění

Třetím způsobem hrazení nákladů za poskytnuté zdravotní služby je využití soukromého zdravotního pojištění, které musí mít sjednáno osoby, jež nejsou účastny českého systému veřejného zdravotního pojištění, popř. z něj nemohou čerpat jako z výpomocného systému, nebo osoby, které nemají zajištěnu úhradu nákladů za tyto zdravotní služby jiným způsobem. Takové pojištění by se tedy nemělo požadovat od:

- občana EU ani jiného cizince, ani od jejich rodinného příslušníka, který je oprávněn po dobu pobytu na území ČR čerpat zdravotní služby na základě přímo použitelného předpisu EU a tuto skutečnost prokáže předložením příslušného dokladu nebo jiným způsobem;
- pojištěnce podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, který tuto skutečnost doloží předložením průkazu pojištěnce české zdravotní pojišťovny;
- cizince, na kterého se vztahuje mezinárodní smlouva, podle níž jsou náklady spojené s poskytnutím zdravotních služeb po dobu pobytu na území ČR hrazeny na základě této smlouvy, a který tuto skutečnost doloží příslušným dokladem;
- cizince, který doloží, že jemu poskytnuté zdravotní služby jsou po dobu pobytu na území ČR hrazeny jiným způsobem, a to na základě písemného závazku:
- právnické osoby, je-li pobyt cizince na území ČR přínosný pro rozvoj duchovních hodnot, ochranu lidských práv nebo jiných humanitárních hodnot, ochranu přírodního prostředí, kulturních památek a tradic nebo rozvoj vědy, vzdělání, tělovýchovy a sportu;
- orgánu veřejné moci ČR nebo jiného státu;
- obsaženého v pozvání podle zákona upravujícího pobyt cizinců na území ČR ověřeném Policií ČR;
- cizince, který nemohl z důvodů na jeho vůli nezávislých sjednat toto pojištění na území státu svého pobytu, ani od cizince žádajícího podle zákona upravujícího pobyt cizinců na území ČR o vydání oprávnění k dlouhodobému pobytu za účelem společného soužití rodiny s nositelem oprávnění ke sloučení rodiny, kterému byl udělen azyl. V takovém případě by měl cizinec pojištění sjednat bez zbytečného odkladu za pobytu na území ČR, nejpozději do tří pracovních dnů ode dne vstupu na toto území;
- cizince, jestliže zastupitelský úřad od vyžádání tohoto pojištění upustil při udělení diplomatického nebo zvláštního víza;
- cizince, pokud je jeho pobyt v zájmu ČR;
- cizince pobývajícím na území ČR, kterému poskytnuté zdravotní služby hradí podle zákona upravujícího pobyt cizinců na tomto území stát.

Pro lepší představu uvádíme přehled víz a důvody, pro které se víza udělují. Krátkodobá (schengenská) víza se udělují do 90 dnů pobytu v ČR, resp. v schengenském prostoru, a to jako letištní průjezdní vízum či krátkodobé vízum za účelem turistiky, zdravotním, obchodní cesty, kulturním, sportovním, návštěvy (pozvání), oficiálním (politickým), studia, školení, stáže, vědeckého výzkumu, zaměstnání, zácviu či jiného obdobného důvodu.

Dlouhodobá víza se udělují pro pobyt v ČR nad 90 dnů a opravňují zároveň ke krátkodobému pohybu a pobytu v jiných státech schengenského prostoru (po dobu maximálně 90 dnů během jakýchkoliv 180 dnů). Udělují se jako:

- dlouhodobé vízum za účelem zdravotním, kulturním, sportovním, návštěvy (pozvání), rodinným, studia, školení, stáže, vědeckého výzkumu, podnikání či jiného obdobného důvodu;
- dlouhodobé vízum za účelem převzetí povolení k dlouhodobému pobytu, a to za účelem zaměstnání (zaměstnanecká karta a modrá karta), sloučení rodiny, studia, vědeckého výzkumu nebo pobytu rezidenta jiného členského státu EU;
- dlouhodobé vízum za účelem převzetí povolení k trvalému pobytu (blíže viz webové stránky Ministerstva zahraničních věcí a vnitra ČR).

Z výše uvedené analýzy zdravotního pojištění cizinců také vyplynulo, že případná nová právní úprava soukromého zdravotního pojištění cizinců musí zachovat rozlišení pojištění pro pobyt nepřesahující 90 dnů (cestovní zdravotní pojištění) a pro pobyt tuto dobu přesahující, která jsou v současnosti upravena v § 180i a 180j zákona č. 326/1999 Sb.

V případě cestovního zdravotního pojištění, tedy pro pobyt do 90 dnů, se požadavky na pojištění řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 810/2009, o kodexu Společenství o vízech (vízový kodex). To v čl. 15 požaduje, aby žadatelé o jednotné vízum pro jeden nebo dva vstupy prokázali, že mají dostatečné a platné cestovní pojištění pokrývající veškeré náklady, které by mohly nastat během jejich pobytu nebo pobytů na území členských států v souvislosti s repatriací ze zdravotních důvodů nebo v souvislosti s naléhavou lékařskou péčí, pohotovostní nemocniční péčí nebo úmrtím. Pojištění musí být platné na území členských států a musí se vztahovat na celou dobu předpokládaného pobytu nebo průjezdu žadatele, přičemž pojistné krytí musí činit nejméně 30 000 EUR. Je-li vystaveno vízum s omezenou územní platností týkající se území více než jednoho členského státu, musí být pojistné krytí platné alespoň v daných členských státech. Pojištění se sjednává na území státu pobytu žadatele; není-li to možné, pak v jakémkoli jiném státě. Při splnění uvedených podmínek se umožňuje sjednat pojištění jménem žadatele i jiné osobě.

Dostatečnost pojištění ověřují konzuláty při rozhodování o žádosti o vízum, včetně vymahatelnosti nároků vůči pojišťovně v příslušném členském státě. Doklad o cestovním zdravotním pojištění se nevyžaduje u držitelů diplomatických pasů nebo v případě, kdy odpovídající

pojištění žadatele vyplývá z jeho profesních poměrů, např. u námořníků.

Podle čl. 35 vízového kodexu lze ve výjimečných situacích udělit víza na hraničních přechodech na vnějších hranicích, pokud jsou splněny nařízením stanovené podmínky. Od požadavku na cestovní zdravotní pojištění lze upustit, pokud žadatel nemohl takové cestovní zdravotní pojištění sjednat na hraničním přechodu nebo z humanitárních důvodů.

Jak se ukazuje, v naprosté většině případů je existence cestovního zdravotního pojištění ověřena při udělení krátkodobého víza. Jenže to se týká pouze té části cizinců, pro jejichž krátkodobý pobyt na území ČR je nezbytné vízum, přičemž kromě států EHP se svobodou volného pohybu osob a dalších států schengenského prostoru s pohybem osob bez hraničních kontrol se bezvízový styk (většinou pro pobyt do 90 dnů) týká cca 80 států. Seznam třetích států, jejichž státní příslušníci musí mít při překračování vnějších hranic vízum, a seznam třetích států, jejichž státní příslušníci jsou od této povinnosti osvobozeni, se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2018/1806.

Vezmeme-li v úvahu, že ČR ročně navštíví, včetně jednodenních pobytů, zhruba 30 mil. cizinců, přičemž krátkodobé vízum bylo např. v roce 2017 uděleno zhruba 600 000 cizincům, pak jakákoli následná kontrola existence cestovního zdravotního pojištění, kromě výjimečných případů prodloužení krátkodobého pobytu, je zcela mimo realitu. Hospodářský přínos této většinou krátkodobé turistiky je více než 200 mld. Kč ročně, které jsou na našem území utraceny. Porovnáme-li tato data s informacemi Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, ze kterých vyplývá, že pohledávky za poskytnuté zdravotní služby cizinců z třetích států po lhůtě jejich splatnosti představovaly k 31. prosinci 2017 částku 16,6 mil. Kč, přičemž se nerozlišuje, zda se jednalo o cizince s krátkodobým nebo dlouhodobým či trvalým pobytem, nelze než konstatovat, že se nejedná o takový problém, který by vyvolával potřebu zásadní změny stávající právní úpravy.

Odlišně od cestovního zdravotního pojištění cizinců pro pobyt do 90 dnů je upraveno zdravotní pojištění pro pobyt nad 90 dnů, a to v § 180j zákona č. 326/1999 Sb. Cizinec žádající o tento druh pobytu mimo území ČR musí prokázat existenci pojištění kryjícího náklady na poskytnutou nutnou a neodkladnou zdravotní péči, včetně nákladů spojených s převozem nebo v případě jeho úmrtí spojených s převozem jeho tělesných ostatků. Pojištění musí být sjednáno s limitem pojistného plnění nejméně 60 000 EUR na jednu pojistnou událost, a to bez spoluúčasti pojištěného na výše uvedených nákladech. Toto pojištění pak může být sjednáno u pojišťovny, která je oprávněna takové pojištění provozovat na území ČR nebo v ostatních členských státech EU anebo ve státě, který je vázán *Smlouvou o Evropském hospodářském prostoru*, nebo ve státě, jehož cestovní doklad cizinec vlastní, popř. v jiném státě, ve kterém má cizinec povolen pobyt. Ministerstvo zdravotnictví ČR je z důvodu předcházení problémům s nedůvěryhodnými pojišťovnami z třetích států zmocněno stanovit vyhláškou seznam takových pojišťoven, jejichž doklady o sjednaném zdravot-

ním pojištění cizinců nelze uznávat jako doklady potvrzující požadované zdravotní pojištění cizince.

Bylo-li toto pojištění, které lze označit jako „vstupní zdravotní pojištění cizince“, sjednáno v zahraničí, musí cizinec žádající o vízum předložit současně s dokladem o pojištění úředně ověřené překlady pojistné smlouvy a všeobecných pojistných podmínek do českého jazyka. Ty musí prokazovat uzavření cestovního zdravotního pojištění v požadovaném rozsahu, s limitem pojistného plnění nejméně 60 000 EUR, a skutečnosti, že pojištění je uzavřeno bez spoluúčasti pojištěného. Na požádání také doklad o úhradě pojistného za pojištění na celou dobu požadovaného pobytu na území ČR. Pojistná smlouva nesmí vylučovat poskytnutí pojistného plnění v případě úrazu, ke kterému došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného, a to ani v důsledku požití alkoholu či omamných nebo psychotropních látek pojištěným. Tyto povinnosti se nevztahují na cizince, který je pojištěncem veřejného zdravotního pojištění, jenž prokáže krytí uvedených nákladů na základě mezinárodní smlouvy, nebo pokud prokáže, že jsou náklady na zdravotní služby hrazeny jiným způsobem, a to na základě písemného závazku právnické osoby, státního orgánu nebo závazku obsaženého v Policí ČR ověřeném pozvání.

Poněkud odlišná je situace, jestliže jde o vízum k pobytu nad 90 dnů na území ČR nebo o prodloužení doby pobytu na tomto území. Takové pojištění může být sjednáno pouze u pojišťovny oprávněné provozovat toto pojištění na území ČR, tj. v souladu se zákonem o pojišťovnictví, a musí být sjednáno v rozsahu tzv. „komplexní zdravotní péče“. Tou se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému smluvními poskytovateli zdravotních služeb pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Z tohoto pojištění nesmí být vyloučena preventivní ani dispenzární zdravotní péče, ani zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte. Toto pojištění lze pro odlišení od „vstupního“ nazvat „soukromým zdravotním pojištěním cizince“.

Ze zprávy Ministerstva vnitra ČR o migraci za 1. čtvrtletí 2019 vyplývá, že k 28. únoru 2019 bylo na území ČR registrováno celkem 566 739 cizinců, z toho 277 528 na základě oprávnění k přechodnému pobytu, a 291 211 mělo v ČR trvalý pobyt. Mezi legálně pobývajícími cizinci na území ČR převažují občané třetích států (58,8 %) nad občany členských států EU, EHP a Švýcarska (41,2 %). Co se týká nelegální migrace, pak v 1. čtvrtletí 2019 bylo na území ČR zadrženo celkem 1372 osob, přitom se na této migraci podíleli státní příslušníci 78 států, z toho nejvíce občané Ukrajiny (406), Moldavska (188), Vietnamu (101) a Ruska (63).

Z celkového počtu registrovaných cizinců tvoří podle statistiky z roku 2018 necelých 60 % osoby ze třetích států, zbytek pak občané členských států EU, EHP a Švýcarska. Zhruba 60 % pobývá na území ČR na základě oprávnění k přechodnému pobytu a zbytek má v ČR trvalý pobyt.

U cizinců, kteří mají na území ČR přechodný pobyt, je účelem jejich pobytu u 45,8 % zaměstnání, u 17,4 % sloučení rodiny, u 9,1 % studium a u 7,9 % podnikání.

V roce 2017 (v době zpracování tohoto článku nebyla k dispozici novější data) čerpalo 117 287 cizinců zdravotní služby u 191 poskytovatelů lůžkové péče v ČR, a to s celkovými náklady v hodnotě 931,4 mil. Kč. Z tohoto 53 % ošetřených cizinců pocházelo ze států EU. Ze zahraničního pojištění byla zdravotní péče hrazena u 26 % pacientů, hotově u 45 % pacientů a ze smluvního zdravotního pojištění v ČR u 23 % pacientů. Nezaplacené pohledávky činily 5 %, přičemž z toho pohledávky po lhůtě splatnosti činily na konci roku 2017 3 % z celkových nákladů za zdravotní péči o cizince (celkem 28,1 mil. Kč). U cizinců ze zemí EU nebylo ve lhůtě splatnosti uhrazeno 11,5 mil. Kč (41 %) a u cizinců ze států mimo EU představovaly pohledávky po lhůtě splatnosti celkem 16,6 mil. Kč (59 %). Zbývajících 1 % nákladů bylo za cizince uhrazeno státními orgány ČR.

Garanční schéma

Jak vyplývá i z této statistiky, bez rozlišení mezi cizinci s krátkodobým a dlouhodobým pobytem, neuhrazené náklady zdravotní péče nejsou takovým problémem, který by vyžadoval nějaké zásadní a rychlé legislativní řešení. Vezmeme-li v úvahu, že soukromé zdravotní pojištění cizinců se týká pouze dlouhodobých pobytů, pak lze výši neuhrazených pohledávek za zdravotní služby poskytnuté těmto cizincům odhadnout v rozmezí 5–10 mil. Kč ročně. Pokud bychom pro tyto případy měli vytvářet nějaké garanční schéma v podobě samostatné kanceláře sdružující pojistitele provozující na území ČR dané povinné zdravotní pojištění cizinců nebo jen samotný garanční fond spravovaný např. ČKP, převýšily by náklady na takové schéma výrazně výši pohledávek a neúměrně by tak zatěžovaly pojistné. Jen samotný vznik fondu lze odhadovat na 70 mil. Kč a jeho běžný provoz na nejméně 30–40 mil. Kč ročně. Přitom i kdybychom počítali obecnou tříletou promlčecí lhůtu pro vymáhání pohledávek, tak celková vymahatelná částka bude na spodní úrovni předpokládaných nákladů na správu fondu. Takové řešení by bylo jednoznačně neefektivní.

Navíc, takové garanční schéma by krylo pouze případy, kdy cizinec nesplnil povinnost sjednat soukromé zdravotní pojištění při svém dlouhodobém pobytku na území ČR, a to pouze do určité, omezené doby. Musíme vzít v úvahu, že samotný proces vyhoštění trvá v řádu měsíců, ale i let, a např. v případě sloučení rodiny by samotná neexistence pojištění asi nebyla postačujícím důvodem vyhoštění. Krytí nákladů z garančního systému do doby vyhoštění cizince tak nepřichází v úvahu, neboť by neúměrně narůstalo plnění za nepojištěné cizince a pojištění by pak v podstatě ztratilo svůj smysl. Z těchto důvodů se od další přípravy právní úpravy s garančním schématem upustilo.

Zvažováno bylo i krytí těch případů, kdy se pojišťovna dostane do insolvence. Podle scénáře zpracovaného ČAP by se potřebná rezerva pohybovala ve výši 14–32 mil. Kč, a to v závislosti na charakteru pojistného kmene pojišťovny.

Počítáme-li solventnostní kapitálové požadavky na hladině 99,5 % spolehlivosti, lze předpokládat, že v průběhu času je nejčastěji reálný krach jedné pojišťovny. Vzhledem k celkově vyváženému rozdělení tržních podílů ve zdravotním pojištění cizinců vychází podíl z krachu jedné pojišťovny na cca 25 % z celkových závazků trhu v daném segmentu pojištění. Držet tuto částku v garančním fondu při současných obezřetnostních požadavcích na tvorbu technických rezerv a kapitálové vybavení pojišťoven se také jeví jako neefektivní, neboť by to znamenalo náklady spojené s udržováním této rezervy vytvářené *ex ante* s nízkou pravděpodobností její potřeby. Navíc se v současné době intenzivně diskutuje o zavedení tzv. „IGS“, tedy garančních systémů na úrovni jednotlivých států EU, a to jak pro životní, tak i neživotní pojištění.

Současný vývoj

Jak vyplývá ze současného vývoje zdravotního pojištění cizinců, problémy, které původně vedly k rozhodnutí o samostatné právní úpravě daného pojištění, byly postupně vyřešeny a nehrají dnes takovou roli, která by odůvodňovala rozšiřování již tak přesyceného právního systému o další samostatný zákon. Povinnost sjednat soukromé zdravotní pojištění se týká zhruba 30 % cizinců pobývajících na našem území. Tato skupina zahrnuje především ekonomicky neaktivní cizince a OSVČ. Z údajů soukromých pojišťoven provozujících zdravotní pojištění cizinců za rok 2018 vyplývá, že z celkového počtu 84 140 pojištěných osob bylo uzavření pojištění ze strany pojišťovny odmítnuto pro nepříznivý zdravotní stav pouze u 47 žadatelů. Co se týká škodní frekvence, pak z 39 693 pojistných událostí bylo 47,17 % v rozmezí částky 0–5000 Kč pojistného plnění, 43,24 % v rozmezí 5001–10 000 Kč, 1,92 % v rozmezí 10 001 až 100 000 Kč, 0,1 % v rozmezí 100 001–500 000 Kč a pouhé 0,02 % v rozmezí 500 001 – 2 mil. Kč. V období let 2015 až 2018 se nevyskytla žádná pojistná událost s pojistným plněním přesahujícím 2 mil. Kč. V průměru pouze u jedné ze 7900 pojistných událostí je celková finanční náročnost na pojistnou událost vyšší než 1 mil. Kč, resp. pojistná událost nad 1 mil. Kč se v průměru vyskytuje u jednoho klienta z téměř 17 000. Celkový objem pojistných plnění dosáhl v roce 2018 částky 99 403 069 Kč. Pouze v průměru u 1 % faktur zdravotnických zařízení došlo ke krácení pojistného plnění (v úhrnné výši 1,6 mil. Kč).

Z těchto údajů vyplývá, že dřívější problémy s předmětným pojištěním se postupně podařilo vyřešit a některé potřebné legislativní úpravy lze řešit podstatně jednodušším způsobem, a to v rámci stávajícího zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR. Právní úprava cestovního zdravotního pojištění podle § 180i tohoto zákona se odvolává na příslušnou právní úpravu EU, a je tedy plně vyhovující a není žádný důvod ji rušit a přenášet do samostatného zákona.

Ustanovení § 180j míchá dva různé instituty, a to tzv. „vstupní zdravotní pojištění“ a komplexní zdravotní pojištění. Vstupní zdravotní pojištění se sjednává s cílem splnění podmínky při podání žádosti o vízum a může být

sjednáno i s pojišťovnou, která je oprávněna provozovat dané pojištění v jiném členském státě nebo ve státě, jehož cestovní doklad cizinec vlastní, popř. v jiném státě, ve kterém má cizinec povolen pobyt. Jeho pojistná doba nemůže překročit dobu jednoho roku ode dne vstupu cizince na území ČR. Komplexní zdravotní pojištění má svým rozsahem odpovídat veřejnému zdravotnímu pojištění a jeho cílem je poskytnutí pojištěnému zdravotní péče smluvními poskytovateli zdravotních služeb pojistitele bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěným s cílem zachovat jeho zdravotní stav z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Z tohoto pojištění nesmí být vyloučena preventivní ani dispenzární zdravotní péče, ani zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte.

Vstupní zdravotní pojištění cizince

Pokud by se měla stávající právní úprava změnit, pak by bylo třeba tyto dva instituty od sebe oddělit a zvlášť upravit základní parametry vstupního zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění, v současnosti označovaného jako „komplexní“. Vstupní zdravotní pojištění by zůstalo zachováno pro cizince žádající o vízum na zastupitelském úřadu, pokud mají povinnost předložit k této žádosti doklad o svém zdravotním pojištění. Po vstupu cizince na území ČR by pak cizinci vznikla povinnost sjednat soukromé zdravotní pojištění, a to v případě zániku vstupního zdravotního pojištění, nejpozději však do jednoho roku ode dne jeho vstupu na území ČR. Vstupní zdravotní pojištění má oproti tomu soukromému zúžený minimální rozsah, neboť se týká pouze krytí nákladů na cizinci poskytnuté akutní a neodkladné zdravotní služby, nákladů na jeho převoz ze zdravotních důvodů a nákladů na převoz jeho pozůstatků, pokud tyto náklady vznikly z události, která nastala v době trvání pojištění. Co se týká limitu pojistného plnění, pak na jednu pojistnou událost musí odpovídat nejméně částce 60 000 EUR, a to bez spoluúčasti pojištěného cizince na úhradě uvedených nákladů. Přepočtení eur na koruny české se řídí ustanovením § 129c zákona o pojišťovnictví, tj. částka se v období od 31. prosince do 30. prosince následujícího kalendářního roku přepočítává na částku v korunách českých kurzem vyhlášeným ČNB pro 31. říjen roku, v němž toto období začíná.

Zmiňujeme-li se o nákladech na převoz pojištěného ze zdravotních důvodů, má se na mysli převoz k poskytovateli zdravotních služeb nebo k jinému takovému poskytovateli, a to na území ČR nebo do státu, jehož cestovní doklad cizinec vlastní, nebo do státu, který vydal cestovní doklad cizince, ve kterém je pojištěný cizinec mladší 15 let zapsán, popř. do jiného státu, ve kterém má cizinec povolen pobyt, jsou-li pro to důvody směřující k zachování nebo zlepšení zdravotního stavu cizince. Převoz cizince ze zdravotních důvodů by měl být podmíněn jeho informovaným souhlasem podle zákona upravujícího zdravotní služby. Zmiňujeme-li se o nákladech spojených s převodem pozůstatků pojištěného, má se na mysli převoz lidských pozůstatků pojištěného cizince do státu, který mu

cestovní doklad vydal, nebo do státu, který vydal cestovní doklad cizince, v němž je pojištěný cizinec mladší 15 let zapsán, popř. do jiného státu, ve kterém měl pojištěný cizinec v době smrti povolen pobyt. Lidskými pozůstatky se podle § 2 zákona č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, rozumí tělo zemřelého a jiné lidské pozůstatky, lidskými ostatky pak lidské pozůstatky po pohřbení. Obdobně pokud používáme termín „zdravotní služba“ nebo „zdravotní péče“, máme tím na mysli jejich vymezení podle § 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

V případě vstupního zdravotního pojištění cizince by měla být zachována možnost jeho sjednání u pojišťovny oprávněné provozovat na území ČR neživotní pojištění zahrnující rizika spojená s úhradou nákladů vynaložených na zdravotní služby nebo u pojišťovny, která je oprávněna provozovat pojištění zahrnující tato rizika v jiném členském státě (EU, EHP) nebo ve státě, jehož cestovní doklad cizinec vlastní, popř. v jiném státě, ve kterém má cizinec povolen pobyt. Důvodem je obtížné sjednání soukromého zdravotního pojištění v některých třetích státech, což by výrazně ztížilo nebo znemožnilo cizinci předložit žádost o udělení dlouhodobého víza.

Je třeba zamezit vylučování z pojistného krytí takových rizik, jakými je úhrada nákladů na zdravotní péči poskytnutou v případě nemoci nebo úrazu, ke kterému došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného cizince nebo v důsledku požití alkoholu či omamných nebo psychotropních látek pojištěným cizincem anebo užití léku ovlivňujícího jeho pozornost nebo jeho rozpoznávací schopnosti. V této souvislosti musíme zdůraznit, že pojistnou událostí ve zdravotním pojištění cizinců není samotný úraz ani nemoc, ale povinnost uhradit v rozsahu stanoveném zákonem náklady na cizinci poskytnuté zdravotní služby. Proto také pojišťovna hradí náklady zdravotní péče i tomu, kdo je za pojištěného uhradil. V případě soukromého zdravotního pojištění pak jde i o náklady za zdravotní služby, jakými jsou např. posuzování zdravotního stavu, předcházení nemoci, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu, udržení a prodloužení života či zmírnění utrpení, pomoc při reprodukci a porodu, preventivní, diagnostická či rehabilitační péče nebo ošetrovatelské a jiné zdravotní výkony anebo odborná lékařská vyšetření. Ta nemusí mít přímou souvislost s úrazem ani s nemocí pojištěného cizince. Takové vymezení pojistné události odpovídá i definici závazku z pojištění léčebných výloh uvedené v čl. 1 bodu 4 nařízení Evropské komise v přenesené pravomoci (EU) 2015/35, kterým se doplňuje směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES, o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu (Solventnost II). Rozumí se jím mj. závazek z pojištění, který se vztahuje na úhradu nákladů vynaložených na lékařské ošetření či poskytnutou lékařskou péči, včetně preventivního či léčebného lékařského ošetření, nebo péči v důsledku nemoci, úrazu, postižení či zhoršení zdravotního stavu.

Soukromé zdravotní pojištění

Cizinec žádající o udělení povolení k dlouhodobému pobytu může sjednat soukromé zdravotní pojištění cizince, které je oprávněna provozovat pouze pojišťovna provozující na území ČR pojišťovací činnost v souladu se zákonem upravujícím pojišťovnictví. Cizinec, který na toto území vstoupil se vstupním zdravotním pojištěním, musí soukromé zdravotní pojištění sjednat před uplynutím doby platnosti vstupního zdravotního pojištění, nejpozději však před uplynutím jednoho roku ode dne svého vstupu na území ČR.

Autoři článku považují za vhodné, aby pojišťovně vznikala kontraktační povinnost, pokud návrh na uzavření pojistné smlouvy neodporuje zákonu ani pojistným podmínkám pojišťovny. To by neplatilo v případě, kdy má pojišťovna vůči zájemci o pojištění splatnou pohledávku. Jakákoli smluvní odchylka by pak byla možná jen tehdy, pokud by tím nedocházelo ke snížení ani omezení zákonných nároků pojištěného. Důvodem je především povinnost poskytovatele zdravotních služeb poskytnout zdravotní péči, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti či k ohrožení zdraví anebo způsobují náhlou či intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. To platí také, jde-li o porod ve stavu, kdy je již třeba zahájit poskytování zdravotní péče rodičce, či v případě zdravotní služby nezbytné pro ochranu veřejného zdraví nebo v krizové situaci při mimořádných událostech, hromadných nehodách nebo otravách, průmyslových haváriích nebo přírodních katastrofách, včetně zajištění bezprostředně navazující lůžkové péče, a v některých dalších, zákonem vymezených případech.

Se zavedením kontraktační povinnosti je však spojena otázka, zda všechny pojišťovny oprávněné provozovat soukromé zdravotní pojištění je také budou chtít nabízet. Mělo by tak záležet na každé pojišťovně, kdy a zda vůbec tuto činnost zahájí, což by měla sdělit ČNB, stejně jako den jejího ukončení. Rozhodujícím okamžikem by měl být den zahájení, resp. ukončení distribuce produktu daného pojištění.

Ze soukromého zdravotního pojištění cizince by měly být hrazeny náklady vynaložené na zdravotní služby poskytnuté pojištěnému cizinci v rozsahu, v jakém jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně nákladů vynaložených na poporodní zdravotní péči o dítě pojištěného cizince, které se narodilo na území ČR pojištěnému cizinci v době trvání jeho soukromého zdravotního pojištění. Minimální doba hrazení poporodní zdravotní péče by mohla být stanovena v délce 60 dnů ode dne porodu. Pokud se jedná o úhradu nákladů na převoz cizince ze zdravotních důvodů a nákladů na převoz jeho pozůstatků, měly by se hradit prokázané náklady, které byly vynaloženy účelně. Náklady, které jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny s předchozím souhlasem revizního lékaře, by měl schvalovat pojišťovnou pověřený smluvní lékař splňující podmínky odbornosti a nezávislosti, obdobně jako revizní lékař.

Co se týká limitů pojistného plnění, jeví se jako vhodné stanovit zvlášť minimální limit 6 mil. Kč na jednu pojistnou událost týkající se úhrady nákladů na zdravotní služby, resp. na převoz cizince ze zdravotních důvodů nebo jeho ostatků, a zvlášť minimální limit ve výši 20 000 Kč na jednu pojistnou událost týkající se úhrady nákladů ambulantní stomatologické péče. Do výše těchto limitů by nemělo být možné ujednat spoluúčast pojištěného cizince na hrazených nákladech.

Zjišťování zdravotního stavu cizince

V soukromém pojištění je výše pojistného závislá na rozsahu a charakteru pojistného rizika, tj. na míře pravděpodobnosti vzniku pojistné události. Ta je ve zdravotním pojištění ve značné míře závislá na zdravotním stavu pojištěného. Z tohoto důvodu by měl zákon oprávnit pojišťovnu zjišťovat před uzavřením pojistné smlouvy a v případě šetření pojistné události prostřednictvím jí určeného poskytovatele zdravotních služeb zdravotní stav cizince. Jde o obdobu oprávnění podle § 2828 občanského zákoníku, které se vztahuje k pojištění osob, přičemž v případě zdravotního pojištění cizinců se jedná o škodové pojištění, které má vyrovnat úbytek majetku v důsledku povinnosti pojištěného cizince uhradit náklady na jemu poskytnuté zdravotní služby nebo náklady jeho převozu ze zdravotních důvodů, popř. náklady spojené s převozem jeho ostatků.

I zde, stejně jako v pojištění pro případ nemoci, je namístě regulace případných ujednání čekací doby. Ta by neměla být delší než čekací doba podle § 2848 občanského zákoníku. Jenže zabránit by se mělo jejímu „řetězení“, jestliže soukromé zdravotní pojištění cizince navazuje na jeho vstupní zdravotní pojištění nebo na jeho předchozí soukromé zdravotní pojištění, ovšem pouze tehdy, kdy mezi zánikem předchozího a vznikem nového pojištění pobýval cizinec po dobu nepřesahující šest měsíců mimo území ČR nebo pokud předchozí zdravotní pojištění cizince trvalo déle než šest měsíců.

Mimo obvyklých důvodů zakládajících právo pojišťovny proti pojištěnému na náhradu pojistného plnění by mělo toto právo vznikat v případě úmyslného vyvolání pojistné události nebo v důsledku vlastní vinou způsobeného snížení schopnosti pojištěného cizince ovládat svoje jednání a také v případě, kdy pojištěný cizinec nedal souhlas s přezkoumáním zdravotního stavu v rámci šetření pojistné události nebo se mu nepodrobil.

Jednou ze základních podmínek úspěšného fungování soukromého zdravotního pojištění cizinců je kontrola povinností sjednat a udržovat toto pojištění po celou dobu pobytu cizince na území ČR. Přestože je tato kontrola, jak bylo již výše uvedeno, ztížena řadou faktorů, měla by být pojišťovně stanovena povinnost oznamovat Ministerstvu vnitra ČR v přiměřené lhůtě den vzniku a zániku soukromého zdravotního pojištění cizince. Tyto skutečnosti by pak měly vést k takovým opatřením, aby se maximálně snížil počet cizinců, kteří povinnost pojištění neplní.

S uvedenou změnou je spojeno i přechodné období, které by mělo umožnit jak pojišťovnám, tak i pojistníkům změnit stávající cestovní zdravotní pojištění při pobytu nad 90 dnů sjednané podle § 180j odst. 5 zákona č. 326/1999 Sb. na soukromé zdravotní pojištění cizince. Za dobu přiměřenou lze s ohledem na velikost a rozvržení pojistného kmene považovat šest měsíců ode dne zveřejnění nové právní úpravy.

Závěr

Od počátku roku 2012, kdy bylo přijato první usnesení vlády k povinnému soukromému zdravotnímu pojištění cizinců, došlo k řadě změn, které zásadně změnilly situaci v daném pojištění. Ty nejzásadnější problémy byly vyřešeny v rámci jednání mezi zástupci zainteresovaných ministerstev a zástupci pojišťoven, aniž by bylo nutné pro tento segment pojistného trhu vytvářet samostatnou právní úpravu. Opět se ukazuje, že tlakem na samoregulaci pojistného trhu lze vyřešit řadu problémů bez toho, že by bylo potřeba dále rozšiřovat již tak obsáhlý systém právních předpisů.

Potřebné úpravy lze provést v rámci zákona č. 326/1999 Sb., a to změnou § 180j a rozšířením této úpravy o zhruba čtyři paragrafy, kterými by se upravily základní parametry vstupního a soukromého zdravotního pojištění cizinců a vymezili ti cizinci, kteří nejsou povinni se prokázat v souvislosti s pobytem nad 90 dnů na území ČR tímto pojištěním. V žádném případě by se nemělo přihlížet k ustanovením pojistné smlouvy týkající se tohoto pojištění, která obsahují limity pojistného plnění nižší než zákonem stanovené spodní hranice. Stejně tak by ze zákona měly být kryty náklady na zdravotní služby poskytnuté dítěti, které se narodilo cizinci na území ČR, a to ze soukromého zdravotního pojištění cizince.

Samozřejmě by se samostatným zákonem dala řešit i řada detailů daného pojištění, avšak nemělo by být účelem zákona nahrazovat a současně sjednocovat pojistné podmínky pro určitý pojistný produkt. Přitom některé postupy, které jsou ve veřejném zájmu, lze řešit samore-

gulací. Je tak opět na politickém rozhodnutí, jaká cesta bude nakonec zvolena. Autoři článku se pouze obávají zavedení praxe přiklánějící se k plošným podrobnějším zákonným úpravám povinných pojištění, kterých je dnes kolem 60, samostatnými zákony, což považují za návrat k centralizaci.

Do doby zveřejnění tohoto článku nebyl žádný návrh zákona předložen do připomínkového řízení.

Resumé

Compulsory Health Insurance for Foreigners during their Stay in the Territory of the Czech Republic

The article describes the development in compulsory health insurance of foreigners. Based on specific data achieved results are evaluated and possible legislative solutions of the given issue are deduced. Simultaneously the article distinguishes the specifics of short-term and long-term stays of foreigners in the territory of the Czech Republic, including the solution of some problem areas, such as health insurance for newborns.

Klíčová slova

povinné zdravotní pojištění cizinců, dlouhodobý a krátkodobý pobyt cizinců na území ČR, zařazení cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění

Keywords

compulsory health insurance for foreigners, long-term and short-term stays of foreigners in the territory of the Czech Republic, inclusion of foreigners into the public health insurance system

1 Na Slovensku se pojištěncem veřejného zdravotního pojištění stává, mimo osob s trvalým pobytem, také většina cizinců pobývajících na území SR. Pojištěnec je povinen podat přihlášku do jím vybrané zdravotní pojišťovny do osmi dnů ode dne vzniku skutečnosti zakládající vznik veřejného zdravotního pojištění, s výjimkou zvláštní úpravy pro novorozence.

Německá právní úprava zdravotního pojištění cizinců vyžaduje pro nabytí titulu k pobytu rovněž doložení skutečnosti, že životní potřeby cizince jsou po dobu pobytu na území Německa zabezpečeny, a to včetně disponování adekvátním zdravotním pojištěním. Německý systém zdravotního pojištění je kombinací soukromého a veřejného zdravotního pojištění, přičemž některé osoby jsou veřejně zdravotně pojištěny ze zákona povinně, některé se mohou dobrovolně stát účastníky veřejného zdravotního pojištění. Cizinci jako osoby samostatně výdělečně činné a jejich rodinní příslušníci, jsou-li cizinci, nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění.

V Rakousku je podmínkou pro udělení víza cizinci uzavření zdravotního pojištění pokrývajícího všechna zdravotní rizika, tj. cizinec musí mít sjednáno zdravotní pojištění uplatnitelné na území Rakouska, a to se stejným rozsahem úhrad jako v případě veřejného zdravotního pojištění.

V Nizozemsku je zavedena zákonná povinnost všech rezidentů a osob podléhajících nizozemským právním předpisům z titulu výdělečné činnosti

zaregistrovat se u některé ze zdravotních pojišťoven a sjednat s ní zdravotní pojištění pro sebe, svoje děti a rodiče. Rezidentem je každá osoba pobývajíc na území Nizozemska a mající povolení k pobytu. Cizinci mají povinnost zabezpečit sobě, popř. svému dítěti, zdravotní pojištění u nizozemské pojišťovny do čtyř měsíců od svého příjezdu, bez ohledu na to, zda mají uzavřené cestovní zdravotní pojištění z jiné země. Povinnost uzavřít zdravotní pojištění vzniká rovněž udělením povolení k pobytu.

Ve Francii existují dva způsoby zdravotního pojištění. Pokud je cizinec legálně zaměstnán ve Francii nebo má-li legální trvalé bydliště ve Francii po dobu pěti let, pak přispívá do francouzského systému sociálního zabezpečení. V ostatních případech se vyžaduje soukromé zdravotní pojištění.

Ve Švýcarsku je zdravotní pojištění povinné pro osoby, které mají ve Švýcarsku trvalé bydliště, a to nezávisle na jejich státní příslušnosti, ale také pro cizince s pobytem nad tři měsíce. Zdravatní pojištění má dvě formy: základní pojištění, které je povinné, a doplňkové pojištění, které je dobrovolné. Rozsah základního pojištění je stanoven zákonem jednotně pro všechny pojištěné; rozsah doplňkového pojištění je určen smluvně. Zajímavostí je, že pojištění za základní zdravotní pojištění není závislé na příjmech pojištěných a odlišuje se podle jednotlivých kantonů a věkových skupin. Děti do 18 let platí pojištění nejnížší, osoby od 19 do 25 let platí pojištění ve střední výši a nejvyšší pojištění platí osoby nad 25 let věku.

Pojistný zájem a možnosti jeho přenositelnosti

Robert Šimek / Česká národní banka

V poslední době se předmětem odborné debaty stala otázka výkladu pojmu „pojistný zájem“. Příčinou zvýšené pozornosti bylo jednak přijetí občanského zákoníku (OZ) (konkrétně § 2761–2765 OZ)¹, včetně související rozhodovací praxe,² a dále přijetí zákona o distribuci pojištění a zajištění, podle kterého se na činnost nabízení možnosti stát se pojištěným (§ 4 ZDPZ) uplatní některé požadavky týkající se distribuce pojištění.

Podle tvůrců osnovy OZ je pojistníkům pojistný zájem podmínkou vzniku a dalšího trvání pojištění a jeho přítomnost odlišuje pojištění od sázky, hry nebo loterie. Pojistný zájem ovšem není jediný možný způsob odlišení pojištění od sázky. Např. se může použít i teorie plánování rizik (*Plan-sicherungstheorie*, srov. bod 3.2.3). Podle tvůrců osnovy ZDPZ je také znakem podnikatelské činnosti regulovaného pojistníka.

Pojistný zájem má i jiné důležité role při řešení sporných právních otázek.³ Umožňuje totiž pojistit určité předměty třetími osobami, aniž by samy byly přímo dotčeny následky vzniku pojistné události. Pojistný zájem je také nástrojem precizace pojistného rizika. Bez zjištění, který a čí zájem byl pojištěn, bychom nebyli schopni určit, které osobě náleží pojistné plnění, příp. vůči kterým osobám, jež způsobily pojistnou událost, nevzniká pojistiteli právo na regres (§ 2820 OZ). Kromě toho pojistný zájem umožňuje stanovit adekvátní hodnotu pojistného plnění a její horní hranici, vymezit vícenásobné pojištění (§ 2818 OZ) a zamezit vzniku plnění z abstraktních závazků.

1 Vymezení předmětu pojištění

1.1 Teorie právního zájmu, nauka o předmětu pojistné smlouvy

1.1.1 Spojené království

Definice pojistného zájmu souvisí s nutností vymezit to, co je vlastním předmětem pojistné smlouvy,⁴ což je výsledek diskuze, která proběhla před více než 100 lety. Původní chápání právní vědy považovalo za smluvní předmět osoby a majetek, který se později rozdělil na aktiva (věci) a pasiva (odpovědnost). V současné době se s tímto přístupem lze stále setkat ve Spojeném království, které za nositele zájmu považuje osobu, jež má právní zájem

k určitému statku (*legal interest*),⁵ příp. tento zájem je na základě zákonného zmocnění možné pojistit třetí osobou (např. život třetího).⁶

Zákon může rozšířit možnost pojistit určité předměty také osobami, které podle představy zákonodárce neznamenaají hrozbu spekulace. Takto rigidní systém je však dlouhodobě předmětem kritiky⁷ a v praxi je často obcházen jinými instituty, jako jsou např. trusty či záruční smlouvy.

1.1.2 Švýcarsko

Podobně švýcarské právo vychází z tzv. „nauky o předmětu pojistné smlouvy“ (*Gegenstandlehre*), podle které není pojistný zájem předmětem pojistné smlouvy, ale zájem je pouhý motiv (*kauza*).⁸ Za předmět pojistné smlouvy považuje pouze pojištěný objekt (osoby, věci, majetek). Rozhodující je hospodářský (majetkový) zájem na tom, aby pojistná událost nenastala.⁹

Představitelem této nauky byl Willy Koenig,¹⁰ který byl velkým odpůrcem tzv. „*Interesselehre*“, která se prosadila v Německu a Rakousku (po roce 1918 také v Československu). Stephan Fuhrer však uvádí, že tato teorie je již překonaná a měla by se „z dobrých důvodů“ upřednostnit spíše *Interesselehre*.¹¹ Velkým nedostatkem je právě vázanost věřitelského oprávnění pouze na vlastníka věci a omezení jiných možností určení oprávněné osoby. Např. pojistník, který je vlastníkem věci, může sjednat pojištění ve svůj prospěch, ale již ne ve prospěch třetí osoby (to u nás umožňuje § 2768 OZ).

1.2 Factual expectancy doctrine, ryzí zájmová teorie

1.2.1 Některé státy USA

Oproti přísnému režimu *legal interest doctrine* se v *common law* vyvinula pružnější doktrína založená na testu faktického očekávání. Uplatňuje se v některých státech USA (např. v Kalifornii),¹² protože nevyžaduje existenci formálního právního vztahu mezi pojištěnou hodnotou a určitou osobou, ale zaměřuje se spíše na to, zda poškození nebo zničení této hodnoty může určitě osobě přinést ekonomickou nevýhodu. Teoretická nedořešenost tohoto konceptu však umožňuje soudům aplikovat prvky škodového pojištění v rámci pojištění obnosového (např. banky si mohou pojistit život svých zákazníků pouze do výše dlužné částky úvěru).¹³ Toto vnímání je výrazně ovlivněno pojetím pojistného zájmu v námořním pojištění.¹⁴

1.2.2 Austrálie, Nový Zéland

Krajním řešením příkrostiti *legal interest doctrine* je úplné odstranění požadavku pojistného zájmu bez náhrady (např. v Austrálii nebo na Novém Zélandu). S tímto řešením jsme se u nás mohli setkat také od roku 1951 do roku 2005. Některé funkce pojistného zájmu nebyly úplně odstraněny, ale byly nahrazeny jinými korektivy, jako je zákaz obohacení z pojištění nebo zákaz jednání k újmě socialistické společnosti.¹⁵

1.2.3 Německo, Rakousko, ČSR

Zejména v Německu a Rakousku se dodnes vychází z tzv. „zájmové teorie“ (*Interesselehre*), ve které se myšlenkově inspiroval také náš OZ a podle níž je pojem „pojistný zájem“ vnímán jako předmět pojistné smlouvy. Předmětem smlouvy nejsou věci, majetek ani osoby, ale zájmy, které jsou z těchto hodnot odvozeny.¹⁶ Předmětem ocenění tak není věc ani osoba sama o sobě, ale pojistníkův zájem, ať už jeho vlastní (*Eigeninteresse*), nebo cizí (*Fremdinteresse*).

Mezi právní úpravou německou a rakouskou jsou v současné době drobné rozdíly. Podle německé dogmatiky existuje pojistný zájem jak v pojištění obnosovém, tak škodovém. Rakouská právní věda jej považuje za nezbytný pouze ve škodovém pojištění,¹⁷ a to buď v širším smyslu (v pojištění majetku i odpovědnosti),¹⁸ nebo v užším smyslu (pouze v pojištění majetku).

1.3 Dílčí závěr

Tato názorová nejednotnost civilistiky může být příčinou současných interpretačních problémů, které nelze mechanicky z cizího právního řádu přenést do našeho prostředí, ale vyžaduje hlubší analýzu. Faktem zůstává, že český přístup nevychází ryze z jednoho z výše naznačených řešení, ale má svá vlastní specifika. V současné době se nejvíce blížíme německému systému, jenž uznává existenci pojistného zájmu v pojištění škodovém i obnosovém, který je však historicky ovlivněn některými pozůstatky socialistického práva a rakouské právní tradice, jak je praxe užívá dodnes a je na ně zvyklá.

2 Vývoj názorů

2.1 Teorie odškodnění (*Schadenersatztheorie, Indemnity Principle*)

2.1.1 Středoevropský prostor

Při definování zájmu v zemích naší právní rodiny se vycházelo především z prací klasického římskoprávního učence Medica, který se snažil nalézt odpověď na otázky související s *id quod interest* v rámci náhrady škody a dále s tzv. „diferenční teorií“¹⁹ a s tím, komu a v jaké výši má právní řád přiřadit určitou hodnotu nebo statek. To dalo vzniknout celé řadě teorií, které vycházejí z právní úpravy majetkových (věcných i obligačních) a nemajetkových práv, jež zakládají pojistný zájem. K jeho založení stačí existence jakéhokoli skutkového vztahu ke statku, jehož dotčení pojistnou událostí může přinést hospodářskou nevýhodu. Pojistné plnění by si však neměla ponechat osoba, které podle komplexního hodnocení právního řádu nenáleží,

a bylo by tak získáno „na něčí úkor“. S tím se někdy spojuje zákaz obohacení z pojištění (srov. bod 4).

Pojem „pojistný zájem“ se zpočátku nespojoval s obnosovým pojištěním, ale pouze s širším pojmem „zájem“ (*Interesse*), který zahrnuje situace, kdy vznik pojistné události může určité osobě způsobit ekonomickou nevýhodu.²⁰ Někdy se také hovořilo o pojištěné škodě (*Versicherungsschade*), která je právě negací pojmu „zájem“.²¹ Původně v občanském kodexu na našem území existovalo pouze škodové pojištění (podle § 1288 a násl. OZO), které v pojištění vlastního zájmu tvoří párovou kategorii s vlastní škodou (*Eigenschaden*), zatímco v pojištění cizího zájmu nelze tyto kategorie jednoznačně provázat s tzv. „třetí škodou“ (*Drittschaden*)²² ani reflexní škodou (*Reflexschaden*).²³ Třetí škodu lze samozřejmě také pojistit, a to buď samostatně, nebo jako doplněk k vlastní škodě.

Z této konstrukce deliktního práva se také odvíjí neochota pojišťoven pojišťovat vlastní (nepřímé, odvozené) zájmy na cizích věcech z důvodu obavy před spekulací nebo spíše snaha pojistit plnohodnotné cizí (vlastnické) zájmy, příp. jen vlastní odvozené zájmy (např. na dosahování zisku nájemce). Ty mohou tvořit také odpovědnostní zájmy vlastníka (srov. bod 6.5.3) v podobě nepřímé škody plynoucí z vlastnického práva, jako je škoda způsobená věcí (§ 2936 a násl. OZ), v důsledku provozu (§ 2924 a násl. OZ), ale i v důsledku porušení smluvní povinnosti (§ 2913 OZ).

2.1.2 Země *common law*

V zemích *common law* se doslova uvádí, že „indemnity is the controlling principle in insurance law“²⁴. Zpravidla se vyžaduje, aby měl pojistník existující majetkový zájem na pojištěném majetku,²⁵ což vylučuje pojištění budoucího zájmu, i když určitá osoba má čekatelská práva (např. ze smlouvy o budoucí kupní smlouvě). Ve Spojeném království byla původně sázková pojištění, a to i na život, povolena, což potvrdila i judikatura.²⁶ Následně byla tato pozice vyvrácena.²⁷ Sáзка byla po dlouhou dobu ve Spojeném království zakázána.²⁸ Především šlo o její hospodářský účel, který nebyl sociálně žádoucí.²⁹ Dnes sázka není zakázána ani není považována za nemravnou, pouze se v určitých případech oslabuje její vynutitelnost.

Julius Staudinger popisuje, jak tento zákaz původně vycházel ze stat. Genuens v. 1610 lib. IV cap. XVII a vztahoval se na všechna pojištění, záruky a jiné způsoby ohodnocení na život papeže, císaře, krále, kardinála, vévodu, knížete, biskupa nebo jiné vážené duchovní či sekulární osoby.³⁰ V pozdější době byl tento náhled překonán a bylo nutné se dívat na celý problém z horizontu pojištěného, který by sám měl ke vzniku takové smlouvy udělit výslovný souhlas.³¹ V německy hovořících zemích se proto v pojištění osob prosadil požadavek písemného souhlasu pojištěného. V zemích *common law* však existoval pouze požadavek materiálního zájmu³², až na určité výjimky. Požadavek materiálního zájmu je v současné německé dogmatice uznáván jako nezbytný prvek také v obnosovém pojištění vedle souhlasu pojištěného. Souhlas sám o sobě ještě neprokazuje skutečný zájem (srov. bod 6.2.2).

2.2 Teorie pojistné potřeby

2.2.1 Konkrétní majetková potřeba (*konkreter Bedarf-sdeckung*)

Teorie odškodnění se plošně uplatňovala do roku 1908 v Německu a Švýcarsku, kdy došlo k přijetí zákonů o pojistné smlouvě a tím byla nahrazena vývojově mladší teorií týkající se krytí pojistných potřeb, která se u nás uplatňovala minimálně v období od roku 1934–1951 (předtím v Rakousku). Základem se stalo krytí určité majetkové potřeby, se kterou se pojí pojistníkův pojistný zájem. K této teorii se naše definice uvedená v § 2761 OZ jednoznačně hlásí.³³ Pojištění se zaměřuje na krytí určité majetkové, resp. penězi vyjádřitelné potřeby v souvislosti s pojistnou událostí.³⁴

Původním záměrem bylo, na rozdíl od předchozí teorie, postihnout také pojištění osob a především obnosové pojištění (*Summenversicherung, Non-indemnity Insurance*), které není vázáno na vznik škody, ale určitá pojistná událost vyvolává budoucí majetkovou potřebu. Konkrétní majetkovou potřebu lze spojovat s pojištěním aktiv, ve kterém je možné určit pojistnou hodnotu určité věci (např. obecnou či novou hodnotu).³⁵ Škoda na konkrétním majetku vzniká pouze v pojištění věci nebo souboru věcí.

2.2.2 Abstraktní majetková potřeba (*abstrakter Bedarf-sdeckung*)

Naproti tomu v pojištění pasiv³⁶ a v pojištění osob se měla uplatnit teorie abstraktní majetkové potřeby, protože v době uzavírání pojistné smlouvy nebylo možné určit přesně majetkovou potřebu, ale pouze její statický odhad (např. maximální možnou výši odpovědnosti, výši a četnost důchodu apod.).³⁷ Oba přístupy se potýkají s tím, že v obnosovém pojištění často nejde o kompenzaci určité majetkové škody nebo aktuální potřeby v době uzavírání smlouvy. V mnoha případech, zejména v životním pojištění, takovou škodu ani potřebu není možné určit. Tato situace je kritizována a problém se vyřeší, pokud se obě teorie nepoužijí.³⁸

2.2.3 Plánování rizik (*Plansicherungstheorie*)

2.2.3.1 Výhody a nevýhody

Teorie pojistné potřeby dala později vzniknout tzv. „Plansicherungstheorie“, resp. „Vermögensgestaltungstheorie“³⁹ podle které je pojištění součástí bezpečnostního plánování. Kladla si za cíl odstranit nedostatky předchozích teorií, protože vnímá pojistné potřeby pojistníka spíše dynamicky (jako součást plánování rizik pojistníka), takže lze lépe obhájit existenci obnosového pojištění oproti požadavku abstraktní majetkové potřeby. V současné době lze na funkci pojištění nahlížet jako na vyrovnání poruch v hospodářských plánech pojistníka.

Za vznikem této teorie, která umožnila propojit škodové a obnosové pojištění a také umožnit sjednání škodového pojištění na novou cenu, stojí Braeß⁴⁰ a Schmidt-Rimpler⁴¹. Např. v pojištění pro případ smrti jde o zabezpečení majetkových zájmů pojistníka, které mohou být předčasnou smrtí narušeny. Také zde se vychází z pojistné potřeby, přičemž plnění pojistitele má vyplnit možnou diskrepanci mezi současným plánem a pozdější skutečností. Pojištění

tak není pouze úbytek majetku vzniklý na statických majetkových hodnotách, ale spíše součást určitého plánu na zajištění rizik, která se mohou v budoucnosti projevit.

Hypotéza o diferenci mezi potenciálním stavem majetku a jeho ohrožením pojistnou událostí se nicméně neprosazovala v právní vědě snadno. Podle této teorie má pojištění funkci kompenzace poruch v podnikatelských či jiných plánech pojištěných způsobených nejistými událostmi, zejména neúmyslnou ztrátou příjmů a neplánovanými výdaji. Smyslem pojištění je tak krýt (vyrovnat) určitý deficit v majetkové sféře určité osoby, což umožňuje spolehlivě rozlišit pojištění od loterie, hry a sázky, jež jsou orientovány na pouhý zisk nebo zábavu.

Výhoda uvedené teorie spočívá také v tom, že umožňuje vysvětlit pojištění určitých typů škod, které je obtížné zařadit podle jiných teorií, jako je pojištění na novou cenu ve škodovém pojištění. Určitou nevýhodou může být, že nedokáže dostatečně spolehlivě odlišit pojištění od garanční (záruční) smlouvy nebo samostatné záruky,⁴² příp. smlouvy o důchodu.⁴³ V zásadě to však není problém, protože jde jen o způsob, jakým je dosaženo hospodářského účelu. To potvrzuje také nedávné přijetí nařízení PEPP, které je produktovou regulací, avšak současně se neomezuje pouze na určitý smluvní typ. Jistou paralelu k teorii plánování nalezneme v nutnosti zjišťování požadavků a potřeb pojistníka podle § 77 a 78 ZDPZ.

Zástupci těchto teorií vidí funkci pojištění v zajištění finančních cílů pojistníka nebo jeho podnikatelských záměrů proti narušením způsobeným výskytem nejisté (pojistné) události. Poskytnutím pojistného plnění pojistitelem má zaručit, že individuální hospodářské cíle nebo obchodní plány pojistníka budou realizovány i přes výskyt této události, tj. jako by k nim nedošlo. Novější přístup tkví v tom, že tato teorie může vysvětlit jednotně a bezvadně pojištění škodové i obnosové, které není orientováno staticky na určitý majetek (škodu ani potřebu) v daném okamžiku, ale bere také v úvahu ekonomické cíle pojistníka související s budoucností. V obnosovém pojištění se větší pozornost klade na zaopatření pojistníka či jiného příjemce plnění (oprávněné osoby). Nezáleží tedy jen na abstraktních majetkových potřebách v době uzavírání smlouvy, ale především na projekci subjektivních cílů a objektivních potřeb pojistníka.⁴⁴

2.2.3.2 Zajištění rizik vs. převzetí rizik

V Německu se proto k odlišení pojištění od sázky spíše prosazuje teorie plánování rizik. Podle § 1 německého VVG⁴⁵ se pojistná smlouva týká zajištění specifického (určitého) rizika. Z výrazu „zajištění“ (*Absicherung*) vyplývá, že pojistitel nemusí riziko převzít. To má praktický význam v případě, že pojišťovna provozuje „pojištění“ jako čisté obchodní zastoupení při zajišťování rizik za úplatu. Německý zákon o dohledu nad pojišťovnictvím v tom spatřuje nedostatek podmínek k provozování pojišťovací činnosti (§ 1 německého VAG),⁴⁶ protože pojistitel nepřebírá žádné pojistné riziko, nýbrž čistou službu. Podle § 1 VVG naopak postačuje, aby smlouva směřovala k zajištění specifického rizika. Znaky § 1 VVG by tedy mohly být splněny i tehdy, pokud jedna strana provozuje ochranu rizik jako obchodní zastoupení.⁴⁷

Podle této teorie nemusí ke skutečnému „převzetí“ pojistného rizika pojistitelem v obnosovém pojištění dojít, což se ani v případě škodového pojištění ve skutečnosti neděje. Riziko (nebezpečí) jako takové zůstává u pojistníka a pojistná ochrana se vztahuje pouze pro případ vyrovnání nepříznivých ekonomických důsledků realizace rizika. Ekonomové chápou pojištění jako transfer nebo rozložení rizik.⁴⁸ V právním smyslu však k žádnému předání rizika nedochází.⁴⁹ Nelze nikomu předat ani postoupit riziko smrti, invalidity nebo dlouhověkosti, protože se uskutečňuje primárně u pojištěného.

Výhoda této teorie tak může posunout hranici zařazení některých byznysových modelů do sféry více regulovaných činností, jako je činnost pojišťovacího makléře, který provádí úplnou správu rizik pro své zákazníky na základě smlouvy o poskytování služeb, příp. činnosti regulovaného pojistníka (§ 4 ZDPZ) na základě komisionářské smlouvy. Makléři a pojistníci by sami se svými zákazníky museli uzavírat pojistné smlouvy, což je znakem pojišťovací činnosti také podle zákona o pojišťovnictví. Stírají se tak rozdíly mezi tím, jestli se společnost a) transparentně prezentuje jako úplný správce rizik a sama nenese riziko plnění z uzavřené smlouvy, a b) situací, kdy formálně dochází k uzavření pojistné smlouvy, jejíž riziko plnění je stoprocentně zajištěno uzavřenou zajišťovací smlouvou. V ekonomickém vnímání mezi těmito společnostmi není žádný rozdíl, protože žádná z nich nepřevzala pojistné riziko.

Naše právo však mezi oběma situacemi může poměrně snadno rozlišovat – jde jen o to, jak na celý problém nahlédneme. V případě bodu a) se společnost zavázala poskytovat pomoc při správě pojištění, od jejího uzavření přes provádění změn až po ukončení, do které může spadat plnění povinností pojistníka (pojištěného), ale i uplatňování jeho práv vůči pojišťovně. Jde o znaky činnosti zprostředkování pojištění (§ 2 písm. e) ZDPZ). Společnost ad bod a) nese riziko pojistného plnění ze svého závazku zajistit rizika zákazníka, ale jen odpovídá za výběr poskytovatele služeb a zákazník nenese insolvenční riziko správce, ale poskytovatele. V případě bodu b) společnost naopak nese riziko pojistného plnění, ačkoli jej stoprocentně zajistila u zajišťovny, a zákazník také nese insolvenční riziko společnosti ad bod b), nikoli insolvenční riziko zajišťovny.

Teorii plánování rizik je nutné pečlivě vážít, aby nepoškodila existující byznysové modely založené na prosté správě rizik a neaplikovaly se na ně mechanicky pravidla pojistné smlouvy. Nabízí se však otázka, zda by některé požadavky neměly být použity na základě analogie, protože smluvní konstrukce ani vnitřní organizační uspořádání by neměly umožňovat zhoršení právního postavení pojistitele nebo zákazníka. Jde zejména o plnění tzv. „vedlejších (ochranných) povinností“, jako je povinnost nezvyšovat pojistné riziko, příp. výkon některých kreačních oprávnění, jako je právo ukončit pojistnou smlouvu.

neodůvodněného majetkového prospěchu. Díky pojištění proto nelze spekulovat na zisk, protože je shora i zdola omezen hodnotou tohoto zájmu. Chybí-li zájem od počátku, pak potřeba zachování pojištěné hodnoty vůbec není. Je-li zájem dán, ale je vyšší než skutečná hodnota chráněného zájmu (např. obecné hodnoty věci), pak by osoba získala více, než potřebuje.

Ve škodovém pojištění může tento zákaz vyplývat z požadavku „vyrovnání úbytku majetku vzniklého v důsledku pojistné události“ (§ 281).⁵⁰ Výjimkou by mohlo být např. taxové pojištění⁵¹ nebo pojištění na novou cenu⁵². Obecný (obligatorní) zákaz obohacení z pojištění (*Bereicherungsverbot*) však podle BGH neexistuje, ale vyplývá pouze z ujednání rozsahu plnění pojistitele.⁵³

3.2 Některé projevy zákazu obohacení

Zákaz obohacení z pojištění má některé podobné rysy se zákazem obohacení z deliktního práva, příp. práva bezdůvodného obohacení, který získal významný vliv v právu kanonickém. Takové obohacení však musí být získáno „na úkor jiného“. Přirozené spravedlnosti odpovídá pravidlo, že se nikdo nemůže obohacovat ke škodě jiného. Otázkou však je, zda pro to existuje spravedlivý důvod.⁵⁴ Získal obohacený něco, co mu podle objektivního přiřazení právního řádu náleží? Nemravné, a tedy i protizákonné by bylo získání tohoto obohacení bezdůvodně, „na něčí úkor“ (§ 2991 OZ)⁵⁵ – především na úkor vlastníka, poškozeného nebo jiné osoby, ke které se váže nebezpečí (zájem), s nímž je povinnost poskytnutí pojistného plnění spojeno. Příjemce plnění by tak podle tohoto zákazu měl mít nejužší vztah k pojištěnému riziku (problém přiřaditelnosti určité hodnoty) a neměl by získat více, než kolik mu podle komplexního hodnocení právního řádu náleží.

Zákaz obohacení z pojištění nelze bezpečně dovodit v obnosovém pojištění, protože zájem na zachování života nebo zdraví nelze exaktně změřit, ale jen objektivně konstatovat. Sám o sobě měřitelný je pouze zásah do života nebo zdraví a související důsledky.

3.3 Důsledky odmítnutí obecného zákazu obohacení

Odmítnutí obecného zákazu obohacení z pojištění klade otázku, zda lze škodové pojištění (např. pojištění majetku) zcela odpoutat od pojistného zájmu pojistníka (skutečného majetkově hodnotového vztahu) a navrhnout ho jako pojištění obnosové.⁵⁶ To lze obecně jen v pojištění osob a zcela výjimečně v pojištění majetku.⁵⁷ Zváženo by také mohlo být např. v případě, že pojistník chce chránit svůj subjektivní zájem na určité věci (např. cenu zvláštní oblíbenosti). Konkrétně v § 2855 OZ je mnohem jednodušší použít teorii plánování rizik, která je zpřesněním teorie pojistné potřeby.⁵⁸ Pouhé zaměření na krytí pojistníkůvých rizik by však nemělo vést ke vzniku plnění z abstraktního závazku.

4 Kauza závazku

4.1 Zkoumání motivu k uzavření pojistné smlouvy

Snaha upravit pojistný zájem již v zákoně o pojistné smlouvě (č. 37/2004 Sb., § 3 písm. n)) ztroskotala na námitce, že

3 Zákaz obohacení z pojištění

3.1 Obecný zákaz obohacení z pojištění

Často se zmiňuje, že v pojištění nesmí dojít k získání

by jeho prokazování při sjednávání pojištění a za jeho trvání přinášelo nežádoucí transakční náklady.⁵⁹ Přitom ve stejné době došlo k přijetí zákona č. 38/2004 Sb., který minimálně upravil povinnost pojišťovacího zprostředkovatele zjišťovat a zaznamenat požadavky a potřeby zájemce o pojištění (§ 21 odst. 8). V současné době tato námitka není důvodná, protože se toto pravidlo rozšířilo i na přímý prodej (§ 77 a 78 ZDPZ).

Kauza určuje smluvní typ. Subjektivní kauzou právního jednání je skutečný motiv, který vede smluvní stranu k uskutečnění právního jednání. Vzhledem k tomu, že zkoumání kauzy je dnes významné především při posuzování souladu s dobrými mravy, zákonnosti právního jednání (§ 580 OZ), omylu (§ 583 OZ) či vadnosti plnění (§ 1914 OZ), je předmětem zájmu především kauza subjektivní.⁶⁰ Ta se zjišťuje právě pomocí testu požadavků a potřeb pojistníka.

Sleduje-li jedna ze stran dosažení účelu, který není vyjádřen v obsahu právního jednání (§ 1791 OZ) a o kterém druhá strana neví a vědět ani nemůže, jde obecně jen o pohnutku, která je právně bezvýznamná. Pokud o této pohnutce obě smluvní strany vědí a není dán pojistný zájem, pak byla uzavřena sázka,⁶¹ příp. jiný smluvní typ, který vyhovuje skutečné vůli stran, přestože smlouvu nazvali „pojistná smlouva“. Je-li tato pohnutka pojistiteli neznámá, pak se z preventivních důvodů stanoví neplatnost právního jednání podle § 2764 odst. 2 OZ (srov. bod 6.3.3). Před podvodnou pohnutkou má být pojistitel chráněn.

4.2 Abstraktnost závazku

4.2.1 Zajištění sázky

Podle některých názorů osoba, která může prohrát sázku, hru či loterii a v takovém případě bude povinna poskytnout plnění z ní, má oprávněnou potřebu ochrany před následky neúspěchu. Definice pojistného zájmu by u ní tedy byla naplněna.⁶² Podle jiných je klasickým příkladem pojištění, kdy je pojistný zájem sice na hranici, ale ještě v souladu se zákonem, tzv. „pojištění *hole in one*“. Jde o pojištění finanční ztráty pojistníka způsobené tím, že někdo při golfu vyhraje drahou cenu, pokud dopraví míček do jamky na jediný úder.⁶³

Tyto závěry je nutné korigovat, protože závazky ze hry nebo sázky nelze platně zajistit, ačkoli prohrávajícímu vznikla ztráta. Kromě zájmu, který je v rozporu se zákonem nebo jeho účelem, nejsou pojistitelné ani ztráty, které vzniknou ze sázky, hry nebo loterie. Výslovně tak stanoví čl. 928 bod 2 ruského OZ. Podobně OZ Quebecu volí pro pojištění v hazardní hře či sázce výslovný zákaz. Nejde ani tak o to, že zájem na dosahování zisku, příp. proti vzniku pasiv nebo ztrátě aktiv, by nebylo možné pojistit, nýbrž o to, že by se obcházel pravidla o nevymahatelnosti pohledávek ze sázky, hry nebo losu (§ 2874, 2877, 2878, 2883 OZ). Pokud by se pravidla o zákazu zajištění neaplikovala analogicky na pojištění, pak by smluvní konstrukce umožňovala riziko sázejícího rozložit mezi více osob. Smyslem a účelem zájmu zajištění však bylo spíše ponechat toto riziko pouze na bedrech sázejícího.

4.2.2 Zajištění abstraktního závazku

Od toho je nutné odlišit situaci, kdy jde o jiný typ závazku, který lze platně zajistit. To může být případ veřejného příslibu, jednostranné záruky či dvoustranné záruční smlouvy. Problémem některých těchto závazků je netransparentnost jejich kauzy, v jejímž důsledku mohou být obcházena pravidla o obsahu a formě právního jednání (např. pro rozpor s dobrými mravy či zákonem). Dlužník má však možnost i v tomto případě namítnout nedostatek kauzy, což znesnadňuje domněnky pojistného zájmu (§ 2762 OZ) v procesní rovině.

5 Majetková povaha

5.1 Peněžní nebo jiný majetkový zájem

Pojistitelný zájem musí být majetkové povahy,⁶⁴ což se projevilo již v ustanoveních pruského *landrechtu*,⁶⁵ ale i německého obchodního zákoníku.⁶⁶ Pokud někdo čerpá ze života jiného nemateriální výhodu, nelze přesvědčivě obhájit kompenzaci útrap materiální výhodou.⁶⁷ Čisté afekční zájmy (např. ze záliby, ze zábavy, ze soucitu, z milosrdenosti) není možné pojistit.⁶⁸ Proto je zájem právní vztah k určitému jmění, jehož porucha může přinést ekonomickou nevýhodu,⁶⁹ nikoli jen citovou.

5.2 Objektivní (materiální) zájem

5.2.1 Skutkový vztah

Pojistným zájmem lze rozumět především zájem na zachování hodnot (materiální zájem), který vznikem pojistné události přechází v zájem na poskytnutí náhrady (plnění). Jedná se o vztah k zachování určité hodnoty (života, zdraví nebo majetku). Pojistný zájem existuje jako vztah mezi subjektem (pojistníkem) a objektem ohroženým pojistným nebezpečím (osobou nebo věcí). Pojistník může hájit vlastní materiální zájem, ale také cizí (svým jménem, jako zmocněnec třetí osoby, příp. jako nepřikázaný jednatel; srov. bod 6.5.4). Zájem na zachování hodnot musí být vyšší než zájem na poskytnutí náhrady pojistitelem (srov. bod 6.5.2).

Zájem vždy existuje u toho, kdo by musel nést následky pojistné události, pokud by pojistná smlouva neexistovala. Pokud chybí v obnosovém pojištění požadavek materiálního zájmu (např. v Rakousku), pak nelze nedostatek pozitivního vztahu k pojištěné hodnotě zohlednit ani při zániku pojištění (§ 2765 OZ). Vyžaduje-li právo materiální zájem, pak by problém nastal s určením doby zániku pojištění, pokud by po uzavření smlouvy zájem zanikl. Mezi dotčenými hodnotami je však z dobrého důvodu nutný diferencovaný přístup, jestliže zanikne (objektivní) materiální zájem:

- pojištění aktiv – např. pokud zanikl zájem (kvalifikovaný vztah) pojistníka, ale trvá zájem nového nabyvatele, pak je nutné zkoumat, zda pojistník nemá (vlastní, budoucí) čekatelský zájem, příp. zmocnění spravovat pojistnou ochranu pro nabyvatele (jako nepřímý zástupce);
- pojištění pasiv – materiální zájem nemusí zanikat, pokud trvá ručení za dluhy (např. vyloučený akcionář ručí za splacení emisního kurzu jím upsaných akcií podle § 345 odst. 3 ZOK);



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

— pojištění obnosu – ztráta materiálního zájmu po uzavření pojištění nemusí být důvodem zániku pojištění, ledaže pro pojistníka představuje trvalou ztrátu zájmu na pojistné ochraně, takže se stane zbytečná. Tu musíme odlišit od subjektivní nebo jen dočasné ztráty pojistné potřeby z horizontu pojistníka (např. v důsledku čerpání rodičovské dovolené). Ze ztráty výhody z pokračování lidského života ještě nelze dovozovat automatický zánik pojištění, ale jen možnost ukončit pojištění (např. žádostí o odkup, výpovědí), příp. postoupit smlouvu jiné osobě.

Problémem materiálního zájmu může být jeho autonomní ocenění⁷⁰ s ohledem na fakt, že pojištěním se nerealizuje směnná funkce protiplnění, ale právě pojistná ochrana. Jde o podobný problém, na který upozorňuje Petr Tégl v rámci otázky úplatnosti zástavního práva, u něž nelze spolehlivě zajistit ekvivalenci úplatnosti s protiplněním.⁷¹

5.2.2 Souhlas pojištěného

Historicky nutnost souhlasu pojištěného (*Gefahrperson*) upravil pruský *landrecht*, aby pojištěný vůbec věděl o existenci pojištění. Pojištění vlastního života totiž mohlo být uzavřeno bez omezení (§ 1968 ALR). Naproti tomu v pojištění cizího života mohlo být uzavřeno pojištění, jen pokud byl pojistník v blízkém příbuzenském vztahu s pojištěným (§ 1971 ALR) nebo pokud pojištěný souhlasil s pojištěním prostřednictvím soudu, později svým písemným souhlasem (§ 1973 ALR).⁷² Byl-li tento příkaz porušen, připadlo pojistné plnění chudým jako pokuta (§ 1974 ALR).⁷³ Původně také pojištění cizího života mělo horní hranici pojistné sumy do výše škody, ale nikdy se jím nemělo sledovat obohacení (§ 1983 ALR).

Ještě na konci 20. století v Německu převažoval názor, že samotný pojem „pojistný zájem“ je zde zbytečný.⁷⁴ Od roku 2008 byl však uznán jako pojmový znak i pro obnosové pojištění.⁷⁵ Přestože je § 80 německého VVG, týkající se zániku pojistného zájmu, použitelný výslovně pouze na pojištění

věci, přiznává mu odborná literatura vlastnost analogie i na jiná pojištění (zejména odpovědnosti).⁷⁶

Vyžadování souhlasu má chránit dobrověrného pojistitele i pojištěného. Udělením souhlasu je vyjádřena důvěra, že pojištěný spoléhá na to, že pojistník ani obmyšlený nebudou usilovat o jeho život.⁷⁷ Souhlas je podmínkou platnosti pojistné smlouvy, protože chrání před potenciálně škodlivými právními dispozicemi, avšak není kauzou (srov. bod 5). Stejně tak i jiná právní jednání týkající se pojištění podléhajícího souhlasu pojištěného. Význam souhlasu podle § 2826 OZ je ovšem jiný než v § 2767 odst. 1 OZ. V prvním případě jde totiž o bezpečnostní opatření, zatímco v druhém případě pojištěný vlastní majetková práva z pojistné smlouvy a vzdává se jich ve prospěch pojistníka, příp. třetí osoby (§ 2768 odst. 2 OZ).

Souhlas však materiální zájem nezakládá ani nemusí být sám o sobě spolehlivý, je však nutné připustit důkaz opaku v konkrétním případě. Význam domněnky (§ 2763 odst. 3 OZ) může být v otázce důkazního břemene, protože neexistenci skutečného zájmu přes výslovný souhlas by musela prokazovat strana, která se neexistence dovolává. Pouhý souhlas nestačí, pokud není ani skutečný zájem.⁷⁸ Ani ze samotného faktu příbuzenství nemusí vyplývat skutečný zájem (např. bratřenci a sestřenice, kteří se nikdy nepotkali a nevytvořili si vazby, z nichž by vznikla majetková potřeba krytí).

Potřeba zvláštního souhlasu v pojištění cizího života je dána tím, že postiženými osobami jsou pojistník i pojištěný. Potřebou je zde postižen pojistník. Naproti tomu nebezpečí (*Gefahr*) se týká pojištěného. Objektem pojištění je zde osoba, na jejíž život se pojištění vztahuje – pojištěný (*Gefahrperson*). Toto rozdělení nás vede k tomu, kdo je oprávněn k pojistnému plnění, neboť mu vzniká majetková potřeba, a koho postihuje přímo nebezpečí, resp. nehoda (*Zufall*).

5.3 Subjektivní zájem

5.3.1 Přání, aby pojistná událost nenastala

Pojistný zájem není jen to, co je ohroženo pojistným nebezpečím, ale odráží i určitou majetkovou (hospodářskou) potřebu, která je přizpůsobena subjektivnímu požadavku. Důležité je také zaměření subjektivní stránky pojistníka. Jelikož licence pojišťovací činnosti je omezena jen na uzavírání pojistných smluv a činností přímo vyplývajících, mají všichni v úvahu přicházející pojištníci legitimní očekávání, že licencované pojišťovny budou s nimi uzavírat pouze pojistné smlouvy. Také pojišťovny mohou oprávněně očekávat, že jejich zákazníci budou vstupovat do závazků v rámci poctivého jednání.

Subjektivní zájem (požadavky, přání) vyjadřuje skutečnou vnitřní pohnutku (motiv) k uzavření pojistné smlouvy a je okolností, která formuje materiální zájem. Subjektivní zájem proto může spočívat v krytí vyšší hodnoty, než je obecná hodnota věci, a to na její novou hodnotu. Naopak může být materiální zájem subjektivně omezen sjednáním vyšší spoluúčasti apod. Pouhý subjektivní zájem (přání být pojištěn) však pojistný zájem nezakládá.

S otázkou subjektivního zájmu souvisí také tzv. „subjektivní vyloučení krytí rizik“. Např. součástí vlastnické svobody je možnost zničit pojištěnou věc, součástí osobní svobody udělit oprávnění k zásahu do osobní integrity apod. Předpoklad materiálního zájmu proto selhává, pokud posuzujeme skutkový vztah čistě formalisticky z hlediska nositele zájmu, který ve skutečnosti nemá subjektivní zájem na zachování hodnoty věci ani jiného statku. Zkoumání zaměření vůle je nutné i proto, že úmyslné (vědomé) způsobení pojistné události by nezakládalo právo na pojistné plnění. Podobně by neměla vzniknout ani pojistná smlouva.

Hodnocení úmyslu pojistníka se nám tudíž v rámci právního jednání projevuje při zkoumání skutečné vůle jednajícího, který mohl mít spíše zájem na získání náhrady od pojistitele namísto zachování pojištěné hodnoty. Jestliže se objevují názory, že pojistný zájem existuje objektivně a je objektivní kategorií, pak lze připustit, že jeho ověřování se děje spíše podle objektivních hledisek,⁷⁹ ale nelze přehlížet, jaké je zaměření subjektivní stránky.

5.3.2 Spekulace

Přání, aby pojistná událost nenastala, musí být vyšší než zájem na poskytnutí náhrady od pojistitele. V opačném případě by převážil zájem na dosažení zisku z pojistného plnění namísto zachování pojištěného statku. Se ziskuchtivostí se spojuje spekulativní úmysl, který je příčinou morálního hazardu a pojistného podvodu, jestliže jednající vstupuje do jednání s licencovaným pojistitelem, který tuto pohnutku jednajícího nezná.

Riziko spekulace se právní úprava pojištění snaží zmírňovat řadou opatření. Např. v pojištění odpovědnosti se plnění hradí poškozenému, aby nebylo zneužito pojištěným na jiný účel (§ 2861 odst. 1 OZ). Pokud je možnost spekulace vyloučena, pak nemusí být jasné, proč se požadavek pojistného zájmu i nadále vyžaduje. Je to např. pro určení správné-

ho okamžiku zániku pojištění (srov. bod 6.4). Nikoli každá sázková pojistka musí být nutně v rozporu s veřejným pořádkem. O naprosté bezpečnosti pojištění na cizí dožití se zmiňuje Josef Horn.⁸⁰ Dožití se určitého věku nelze úmyslně způsobit na rozdíl od smrti.

5.3.3 Podvodný úmysl pojistníka

V případě podvodného úmyslu pojistníka je zde určitá paralela s porušením vedlejších (ochranných) povinností pojistníka před uzavřením pojistné smlouvy (§ 2788 OZ). Poruší-li pojistník vědomě svoji povinnost zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy pojistitele, má pojistitel možnost před vznikem pojistné události od pojištění odstoupit (§ 2808 odst. 1 OZ) či po vzniku pojistné události snížit (§ 2800 OZ) nebo odmítnout pojistné plnění (§ 2809 OZ).

Chybí-li od počátku pojistný zájem, pak by se z dobrých důvodů mělo rozlišovat, zda chybí materiální, nebo jen subjektivní zájem pro účely posouzení povahy neplatnosti pojistné smlouvy (§ 2764 OZ). Pouhý podvodný úmysl pojistníka by měl mít za následek pouze relativní neplatnost, obdobně jako u omylu (§ 583 OZ). Stanovení absolutní neplatnosti by nedávalo smysl, pokud pojistník po uzavření smlouvy nezačal realizovat svůj podvodný úmysl. Musí však mít materiální zájem.⁸¹ V takovém případě je dostačující možnost dovolání se relativní neplatnosti, příp. subjektivní výluky z pojištění po uzavření smlouvy (§ 2799 OZ). Podvodný úmysl mohl navíc po uzavření pojistné smlouvy zaniknout.

Podobné pravidlo obsahuje § 80 odst. 3 německého VVG, podle kterého „je pojistná smlouva neplatná pouze tehdy, pokud pojistník chtěl sjednáním smlouvy získat protiprávní majetkový prospěch“. Účelem tohoto ustanovení je chránit dobrověrného pojistitele před zlomyslným pojistníkem. Podle důvodové zprávy⁸² je třeba z preventivních důvodů poskytnout sankci pro pojištění neexistujícího zájmu,⁸³ které je uzavřeno s podvodným úmyslem.

Pravidlo bylo znovu zavedeno reformou VVG v roce 2008. Je založeno na pravidlech pro případ podvodného přepojištění (§ 74 odst. 2 VVG) a vícenásobného pojištění (§ 78 odst. 3 VVG). Pravidlo o neplatnosti právního jednání v případě přepojištění nebo vícenásobného pojištění a podvodného úmyslu pojistníka obsahuje také § 51 odst. 4 a § 59 odst. 3 rakouského VVG.⁸⁴

Taková smlouva je podle německého práva nicotná⁸⁵ a podle § 334 BGB ji může namítat také pojištěný.⁸⁶ V případě podvodu pojistníka se jedná o celkovou nicotnost podle § 123 odst. 1, § 142 BGB ve spojení s § 334 BGB. Na podvod pojištěného se použije § 123 BGB a § 22 VVG, jde-li o úmyslně nesprávně sdělené odpovědi na dotazy pojistitele.⁸⁷

Toto bezpečnostní opatření má podle motivů⁸⁸ sankční charakter, díky němuž pojistiteli náleží pojistné až do doby, kdy se o podvodném úmyslu pojistníka dověděl. Účelem soukromého práva nicméně nemá být sankce, ale vyvážení újmy, což je dostačující. Dovolá-li se pojistitel relativní neplatnosti, pak mu může vzniknout také nárok na náhradu škody podle § 579 odst. 2 OZ. Trestání je spíše doménou práva veřejného (např. stanovením skutkové podstaty

pojistného podvodu). Původní pojetí mělo zřejmě stanovením sankce odradit pojistníky od úplného zničení pojištěné hodnoty. V současné době jde spíše o náhradu pozitivní interesse do doby, ve které byl pojistitel v dobré víře (tj. kdy ještě trval jeho zájem na zachování smlouvy).

O absolutní neplatnosti můžeme hovořit teprve tehdy, pokud pojistník nemá materiální zájem. Chybějící zájem nemá vlastně pro smluvní stranu žádnou hospodářskou hodnotu, a proto je taková smlouva zbytečná.⁸⁹ Daná osoba se buď mýlí, nebo jedná s podvodným úmyslem. Následek absolutní neplatnosti je pak koherentním řešením s právní úpravou zániku zájmu (§ 2765 OZ).

5.4 Zájem na pojištění

V Německu se dnes analogicky na zánik pojištění odpovědnosti aplikují pravidla pojistného zájmu podle úpravy pojištění věci. V Rakousku byl vytvořen pojem „zájem na pojištění“ (*Interesse an der Versicherung*), který byl odlišován od pojistného zájmu.⁹⁰ Zájem na pojištění byl chápán jako objektivní vztah k předmětu pojištění, resp. obava z možnosti vzniku pojistné události. Označuje se také jako „stav trvajících pojistného nebezpečí“.

Pojem „zájem na pojištění“ vznikl, neboť rakouská i německá teorie vycházely z toho, že pojistný zájem je osobním pojištění cizí – přesto se uplatňovalo jeho analogické užití na zánik pojistného nebezpečí,⁹¹ což působilo určitý rozpor v obou pojmech. Albert Ehrenzweig (jako vládní referent při projednávání ZPS 1917)⁹² se pokusil tyto nesrovnalosti odstranit spojením znaků pojistného zájmu a pojistného nebezpečí novým pojmem: „zájem na pojištění“, který byl v § 63 použit místo pojmu „pojistný zájem“ (později též v § 63 ZPS 1934). Zánik zájmu byl uveden jen v pojištění proti škodě. Pouze § 162 ZPS 1917 připouštěl jeho analogické použití v pojištění úrazu.

Potřebnost nového pojmu spatřoval Ehrenzweig v tom, že kdyby se pojem „nebezpečí“ vyskytoval vedle pojistného zájmu, byl by tento výraz na svém obsahu zúžen a podléhal by pochybnostem. K tomuto byl Ehrenzweig doveden svojí teorií o objektivním a subjektivním nebezpečí.⁹³

Z této koncepce částečně vychází i německý VVG. Např. Wandt⁹⁴ uvádí, že tato abstrakce je potřebná a používá se obecnější pojem „zájem“ (*das versicherten Interesse*), o kterém Wandt tvrdí, že je to právní vztah k určitému jmění, jehož porucha může přinést ekonomickou nevýhodu.⁹⁵ Jestliže pro zánik pojištění použijeme obecnější pojem „zájem na pojištění“, pak odpadají problémy s použitím analogie, pomine-li výhoda pro pojistníka a nebudeme-li se soustředit pouze na zánik hodnotového vztahu. To má význam zejména pro § 2765 a § 2810.

Ehrenzweig nicméně tento pojem použil pouze pro pojištění škodová, protože neuznal existenci zájmu na pojištění v obnosovém pojištění. Vzhledem k tomu, že OZ uznává existenci materiálního zájmu (v širším smyslu) i v obnosovém pojištění, je nutné právní důsledky rozšířit i na tyto případy. Nejedná se jen o hříčku pojmů, ale jde o zjištění, zda udržování pojistné ochrany má pro pojistníka i nadále určitou hodnotu.

5.5 Pojištění vlastního a cizího zájmu

5.5.1 Pojištění uzavřené třetí osobou

Mimořádný význam pojistného zájmu spočívá v možnosti uzavření pojištění osobou, jejíž zájem je kryt přímo pojištěním vlastního zájmu (*eigene Interesse*) nebo nepřímo pojištěním cizího zájmu (*fremde Interesse*) tím, že prospěch z pojistného plnění obdrží osoba, jejíž zájem byl pojištěn. Jedná se tak o zvláštní smlouvu ve prospěch třetí osoby (§ 1767 a násl. OZ).

V pojištění věci se za primární bral zájem vlastnický (*Eigentuminteresse*),⁹⁶ neboť jen tento zájem bylo možné prakticky ohodnotit na „plnou cenu“ věci. Vzhledem k nutnosti uzavírat pojistné hromadným způsobem není praktické zkoumat hodnotu uživatelského zájmu nájemce, zástavního věřitele či jiné osoby, která má k věci obligační nebo věcné právo.

Dále panovala obava, že jiný zájem než vlastnický by mohl vést ke spekulacím spojeným s úmyslným způsobením pojistné události, a proto existovala nechuť pojišťovat vlastní zájmy na cizí věci. Tyto obavy nejsou vždy případné a není důvod, aby si např. nájemce nepojistil svůj zájem na dosahování zisku, dojde-li k poškození nebo zničení pronajaté věci určené k dosahování zisku. Náhradou ovšem nebude obecná hodnota věci, ale hodnota ušlého zisku. Vedle zájmu užitného, spotřebního může být zájem výrobní, těžební, výdělkový na získání plodů nebo užitků věci proti ušlému zisku či vzniku odpovědnosti.

5.5.2 Zájem na zachování věci

K určité věci (aktivu) může existovat několik zájmů na její zachování, tj. zájem před ztrátou aktiv. Ochrana tak směřuje proti jejímu poškození nebo zničení, resp. zabránění schopnosti rozmnožení majetku v důsledku plodů nebo užitků. Vzniká tak otázka, který a čí zájem byl pojištěn a kdo je oprávněnou osobou.

Pojištěný zájem zpravidla vyplývá z výkladu obsahu pojistné smlouvy. Pravidelně se pojišťuje plnohodnotný zájem vlastnický,⁹⁷ přičemž třetí osoby mají možnost uzavřít tzv. „pojištění cizího zájmu ve prospěch vlastníka“ (*Versicherung für fremde Rechnung*).⁹⁸ Třetí osoby mohou plnění rovněž nabýt, je-li tak vlastníku po vůli.

Zájem vlastníka je oproti zájmu držitele, uživatele nebo zástavního věřitele nejsilnější, protože mu náleží veškerá vlastnická oprávnění, ačkoliv právo poskytuje v určitých situacích srovnatelnou ochranu také jiným osobám než vlastníku. U vlastníka však existuje domněnka, že má vyšší zájem na zachování hodnoty věci než pouhý zájem na její náhradě. Naproti tomu zájem zástavního věřitele může spočívat jen v peněžní hodnotě zástavy, zájem nájemce jen v hodnotě užívání apod.

Vznik škody na věci je primárně zásah do vlastnického práva. To může být určitý záchytný bod. Proto není pro pojistitele nutné, aby při uzavírání smlouvy věděl, zda je pojistník vlastníkem věci, protože její existence je sama o sobě důvodem existence objektivního zájmu na zachování její určité podstaty. Pojišťuje se hodnota věci ve prospěch vlast-

níka, nevyplyvá-li z okolností něco jiného.⁹⁹ Jak v pojištění vlastního zájmu, tak v pojištění cizího zájmu se pravidelně pojišťuje zájem vlastnický (*Eigentuminteresse*),¹⁰⁰ nikoli zájem vlastníka.¹⁰¹ Objektivní kritérium má význam pro otázku přenositelnosti pojištění na třetí osoby (srov. bod 7).

5.5.3 Odpovědnostní zájem

Zájem může v majetkovém pojištění směřovat také proti vzniku pasiv. Na situaci je tedy nutné nahlížet z hlediska jak toho, komu vznikla povinnost nahradit újmu (škodce), tak i poškozeného. Pokud jde o první případ, označuje německá doktrína zájem osoby proti vzniku rizika odpovědnosti jako „*Sachersatzinteresse*“ (nebo jen „*Haftpflichtrisiko*“).¹⁰² Ten může zahrnovat zájem vlastníka,¹⁰³ zájem osob společně odpovědných apod.

5.5.4 Pojištění cizího zájmu

5.5.4.1 Bez formálního příkazu

Pojištěný je v pojištění cizího pojistného nebezpečí osobou, za kterou uzavírá smlouvu osoba jiná, avšak výše uvedený vztah není právním vztahem nepřímého zastoupení, jelikož pojištění není činěno cizím jménem, ale jménem vlastním, a není ze zákona ani zastoupením přímým, neboť na právní jednání činěné pojistníkem nemají vliv projevy vůle činěné pojištěným.¹⁰⁴

Podle dosavadní teorie může pojistník buď jednat jen ve vlastním zájmu, nebo v zájmu pojištěného. Jestliže jedná jen ve vlastním zájmu, pak musí mít materiální pojistný zájem. Má-li jen odvozený zájem z materiálního zájmu, pak bylo uzavřeno pojištění cizího zájmu. Tak uzavírá např. nájemce bytu do výše jeho obecné hodnoty pojištění cizího vlastnického zájmu ve prospěch vlastníka. K tomu nepotřebuje žádné svolení vlastníka, který např. nemůže, nechce nebo není ochoten pojištění uzavřít.

5.5.4.2 S formálním příkazem

Pojistník sám ani nemusí mít odvozený materiální zájem, pokud je jen zástupcem pojištěného a hají pojistníkův zájem (materiálně cizí). K tomu je nutné pověření nositele zájmu. Určitá smlouva může stanovit, aby pojistník uzavřel a udržoval pojištění ve prospěch pojištěného. Stane se tak správcem jeho rizik. Ztrátou pověření dochází také ke ztrátě pojistníkovu zájmu. Pojistník nemůže být přímým zástupcem pojištěného, protože jinak by se pojištěný stal smluvní stranou.

U nepřímého zastoupení rozlišujeme situace, kdy je pojistník oprávněn např. ze zákona uzavřít pojistnou smlouvu na účet pojištěného (*ohne Auftrag*)¹⁰⁵ a kdy je k tomu povinen (*mit Auftrag*).¹⁰⁶ V prvním případě jedná pojistník ze své iniciativy, zatímco v druhém případě má povinnost uzavřít pojištění buď ze zákona, nebo ze smlouvy.

Zásadní problém nevzniká, pokud má pojistník příkaz uzavřít pojištění. Po dobu trvání tohoto příkazu má pojistný zájem, třeba i cizí. Určitá osoba může nakládat s pojistným poměrem vlastním jménem, pokud s tím oprávněný (pojištěný) souhlasí.¹⁰⁷ Cizí zájem může být také založen při věrně ruce spočívající ve zmocnění, kdy je někomu uděleno právo uzavřít pojistnou smlouvu na základě souhlasu, aby s tímto právem disponoval.

Mohlo by se však jednat také o případ nepřikázaného jednatelství, pokud pověření chybí. Mimořádně sporné by bylo užitečné jednatelství (§ 3009 OZ), u kterého se souhlas nepresumuje. V tomto případě by nepřikázaný jednatel vůbec neměl materiální pojistný zájem – vlastní ani cizí – a smlouva by nevznikla.

Pouhý úmysl jednat pro jiného bez materiálního zájmu by nestačil. Nejde ani tak o to, že by pojistnou ochranu nebylo možné pojištěnému darovat, ale spíše o to, že by z vnitřního vztahu mezi jednatelem a nositelem zájmu nemusela vzniknout povinnost nepřikázané jednání schválit. Jednání nepřikázané se udělením souhlasu mění na přikázané a aplikují se na něj ustanovení o příkazu (§ 2430 a násl. OZ), ovšem jen s účinky *ex nunc*.¹⁰⁸ Schválení má ten účinek, že jednání jednatele vede k převážnému užtku principála podle § 3009 OZ.

6 Přenositelnost zájmu

Prakticky neřešenou otázkou je přenositelnost pojistného zájmu z pojistníka na třetí osobu. Nejde o zcizení zájmu ve smyslu translace, protože zájem není věcí, ale o přechod pojistné ochrany z jedné osoby na jinou. Vzniká tak otázka, zda by pojištění mělo trvat i nadále, nebo zda by mělo dojít k jeho zániku, přestože materiální zájem trvá u jiné osoby. Např. zcizením věci nevzniká automaticky pojištění cizího zájmu, ale nabyvatel se spíše stává novým nositelem zájmu.¹⁰⁹ Zcizitel v případě uzavření kupní smlouvy nemá po vyjití z držby nebo po přechodu nebezpečí na věci zájem na zachování její hodnoty, ale spíše jen zájem na zaplacení kupní ceny. Konkrétně u výhrady vlastnictví je převod vlastnického práva vázaný na úplné zaplacení kupní ceny. Pokud kupující uzavře pojištění na majetek pořízený na základě výhrady vlastnictví, tvoří hodnotu jeho zájmu výše kupní ceny, kterou pojistník jako nabyvatel dluží zciziteli.

V Německu a Rakousku dochází v určitých případech k cesi pojistné smlouvy na nabyvatele, který vstupuje do práv a povinností pojistníka, který byl zcizitelem (§ 95 německého VVG, § 69 rakouského VVG).¹¹⁰ K cesi tak dochází z pojištění vlastního zájmu opět na pojištění vlastního zájmu, který se přechodem vlastnického práva dostává opět do souladu. Tvůrci osnovy nechtěli, aby se pojištění vlastního zájmu měnilo na pojištění cizího zájmu a naopak,¹¹¹ ale spíše zachovat pojistnou ochranu i při změně vlastnického práva.¹¹²

České právo takové zvláštní pravidlo neobsahuje; při změně vlastnictví vyvstává otázka, zda dochází k zániku zájmu a tím i pojištění. Primárně si musíme položit otázku, zda zcizením věci dochází na straně pojistníka k úplné a trvalé ztrátě zájmu, přestože je dovoleno další trvání pojištění i po změně vlastnictví (§ 2812, § 2867 OZ). K úplné a trvalé ztrátě by např. nedocházelo, pokud by zciziteli zůstal zachován alespoň odvozený zájem (např. stal by se nájemcem zcizené věci), příp. by byl nabyvatelem pověřen udržovat pojistnou ochranu. K zániku zájmu nedochází ani tehdy, pokud by se pojistné riziko pouze snížilo.

Na druhou stranu ani změna vlastnictví nemusí mít vliv na další trvání pojištění, pokud byl pojištěn cizí zájem. Konkrétně neexistuje dobrý důvod, proč by pojištění podle § 2812 OZ mělo zaniknout, uzavřel-li pojistnou smlouvu nájemce věci. Ten totiž pojišťoval objektivizovaný vlastnický zájem ve prospěch všech v úvahu připadajících vlastníků věci. V tomto případě by pojistný zájem měl být bez problému přenositelný. Podobně dříve také česká judikatura.¹¹³

7 Závěr

Současné spory mezi teorií a praxí narážejí na velmi podobné problémy jako v minulosti. Objektivní pojetí pojistného zájmu má své výhody v případě uzavírání více pojistných smluv stejného druhu. Pro provoz pojišťoven je mnohem jednodušší ocenit objektivní hodnotu určité věci bez ohledu na aktuální situaci pojistníka. Ten totiž může svou věc pronajmout, takže užitnou hodnotu z ní má třetí osoba. Vlastník také všechna svá vlastnická oprávnění nemusí chtít využívat. Vzniká tak otázka, zda má v případě zásahu třetí osoby nárok na ztrátu výhody užívání věci,¹¹⁴ přestože mu žádná škoda nevznikla. Hodnota osobního zájmu je v různých situacích jiná, a proto pro pojistníka může pojištění plné hodnoty věci znamenat vytáhnout z kapsy více peněz, než je pro její ochranu nutné. Nájemce má zpravidla pouze zájem na užívání věci, a nikoli na její plné hodnotě. Rozdíl mezi hodnotou užívání a hodnotou věci může být přitom značný.¹¹⁵ Prověření osobní situace čili skutečného zájmu pojistníka má filtrovat test požadavků a potřeb (§ 77 a § 78 ZDPZ).

Tento fakt je do jisté míry dán tím, že pojistné produkty jsou předem připraveny pojišťovnou a následně distribuovány pojistníkům. Pokud by však nejdříve byly zjišťovány pojistníkové požadavky a potřeby a teprve následně tvořen pojistný produkt, pak bychom oceňovali skutečný (materiální) zájem pojistníka. Ostatně na tomto principu sjednávání pojištění stojí syndikát Lloyd's of London.¹¹⁶

Je nutné si přiznat, že úpis rizik v každém jednotlivém případě je iluzorní z hlediska vynaložených nákladů. Na tomto příkladu se však ukazují všechny nedostatky příliš rigidního chápání některých institutů. Typicky u vícenásobného pojištění (§ 2818 OZ) existuje důvod pro uplatnění zákazu obohacení pouze v případě téhož zájmu jednoho pojistníka, příp. podvodného úmyslu více osob. Pokud bychom však připustili současné pojištění věci vlastníka na skutečnou hodnotu jeho zájmu a pojištění nájemce v rozsahu hodnoty užívání věci, pak by zde nevznikl žádný problém. Ve skutečnosti tento problém nevzniká, ani když si oba pojišťují stejnou věc na její plnou hodnotu, pokud jejich úmyslem nebylo jen obohacení. Platili totiž tak vysoké pojistné, jaké odpovídalo plné hodnotě věci. Proč by tedy vadilo, že se jim dostane více, než je skutečný úbytek jejich majetku, nebylo-li jednáno protiprávně? Objektivní pojetí někdy také naráží na otázku vydání bezdůvodného obohacení a dobrou víru pojišťovny v situaci, kdy bylo plnění kráceno, ačkoli pojistníkovi nelze protiprávní jednání (zlou víru) vytknout.

Také je nutné zabývat se více otázkou pojištění cizího zájmu. Objektivní pojetí skutečně umožňuje pojišťovat plnohodnotný

cizí zájem třetí osobou, a to i bez jejího souhlasu. Nejde jen o určitou paralelu k možnosti nakládání s cizí věcí na základě souhlasu (např. pronájem cizí věci), ale o skutečnou možnost právně jednat bez ohledu na existenci pověření ze strany pojištěného. K tomu je nutné mít určitý vlastní zájem na předmětu pojištění bez ohledu na vznik přímého nebo nepřímého zastoupení.

Od toho je nutné odlišovat situace, kdy pojistník vlastní zájem nemá, ale přesto uzavírá pojistnou smlouvu. Tato osoba totiž zastupuje pouze zájmy pojištěného a je mezi nimi nutné pověření, které vznikne nejčastěji na základě komisionářské smlouvy (§ 2455 a násl. OZ). Pojistník ve skutečnosti jedná jako správce rizik pojištěného a *de facto* je jeho poradce.¹¹⁷ Mezi pojistníkem a pojištěným je vztah nepřímého zastoupení, jinak by se pojistník stal makléřem v případě zastoupení přímého. Právo nezná pojem „přistoupení k pojistné smlouvě“, nýbrž spíše „pověření“ nebo „udělení souhlasu“. Strany tak mezi sebou vytvářejí podobný vztah jako v případě správy majetku (§ 1400 a násl. OZ). Také obchodník s cennými papíry (§ 527 a § 528 OZ) zákazníci svěřují spravování určité záležitosti na jejich účet. Prostá správa cizího majetkového zájmu se tak podstatně liší od pouhé možnosti uzavřít pojištění cizího zájmu. Tyto situace bychom proto měli rozlišovat. Klíčové tedy není jen určit, zda pojistník má pojistný zájem, ale také, zda objektivně jedná ve vlastní, nebo cizí záležitosti.

Resumé

Insurable Interest and the Options for its Transferability

According to the theme authors of the Civil Code, policyholder's insurable interest is a prerequisite of formation and continuation of insurance and his presence distinguishes insurance from betting, gambling, or lottery. However, insurable interest is not the only possible way to differentiate insurance from bet. The insurable interest also has other important roles in resolving hard legal cases. It makes possible to insure certain subjects by third parties that are not directly affected by the consequences of the insured event. In addition, the insurable interest enables to determine the adequate value of the insurance benefits and its limits, to demarcate double insurance, to precise the insurance risk, to determine the extent of the insurer's subrogation right and to prevent a performance from abstract obligations. Its portability can then be a tool for maintaining insurance coverage, even if the holder of the interest is changed.

Klíčová slova

pojistný zájem, pojistná smlouva, skupinové pojištění, výklad smlouvy, pojistný produkt, správa rizik

Keywords

insurable interest, insurance contract, group insurance, contract interpretation, insurance product, risk management

- 1 Např. Kubáň, Drahomír. Pojistný zájem jako základní kámen principu pojištění. Pojistný obzor 2/2015, s. 25 a násl.
- 2 Např. podle nálezu finančního arbitra ze dne 4. ledna 2016, sp. zn. FA/SR-/2P/211/2014, ev. č. FA/15/2016, a souvisejícího rozhodnutí o námitkách ze dne 24. ledna 2018, event. č. FA/1156/2016.
- 3 Lorenz, Egon. § 1 m. č. 127. In: Beckmann, Roland – Matusche-Beckmann, Annemarie, a kol. Versicherungsrecht – Handbuch. 3. Auf. München: C. H. Beck, 2015, s. 28.
- 4 Ten odlišujeme od předmětu závazku, kterým se rozumí soubor jednotlivých práv a jeho povinností, které jsou jeho prvky. Srov. Švestka, Jiří – Dvořák, Jan, a kol. Občanské právo hmotné 2. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2009, s. 76. Jde o konkrétní plnění – chování subjektů. Předmětem pojištění je poskytnutí pojistného plnění v případě vzniku pojistné události výměnou za pojistné. Předmětem smlouvy mohou být v omezené míře pouze některá osobnostní práva v rozsahu, které právní předpisy umožňují s nimi nakládat (§ 81 a násl. OZ). Život ani zdraví člověka takovými statky nejsou. Přesto zásah do těchto statků může znamenat vznik ekonomické nevýhody také pro třetí osoby.
- 5 Teorie legální se vyvinula díky tomu, že lodě byly často zabaveny piráty a jejich převody později prohlášeny za neplatné, takže i pojistné smlouvy založené na vlastnictví, které nevzniklo, byly rovněž neplatné. Zloději neměli těžit ze svého protiprávního činu, a tedy ani z pojištění.
- 6 Např. the Married Women's Property Act 1882, the Civil Partnership Act 2004 aj.
- 7 Srov. projekt Scottish Law Commission v oblasti reformy pojistného práva dostupný na: www.scotlaw.com.gov.uk.
- 8 Také v ruském právu jsou předmětem pojistné smlouvy pouze věci, majetek nebo osoby. Srov. Weyer, Markus J. Der Begriff des Versicherungsvertrags im russischen Recht: Grundzüge des Privatversicherungsrechts der Russischen Föderation. Berlin: VVW, 2011, s. 192. Pojistit lze všechny předměty, které mají peněžní hodnotu. To naráží na problém ocenitelnosti lidského života a zdraví. Přestože ruský OZ z roku 1922 hovořil na mnoha místech o pojistném zájmu (např. čl. 368 odst. I), v OZ z roku 1964 zcela vymizel. I tak v sovětském právu považovala doktrína za hospodářský předmět pojistné smlouvy pojistný zájem (tamtéž, s. 194). Současný ruský OZ upravuje požadavek pojistného zájmu výslovně v čl. 928.
- 9 Paragraf 48 švýcarského VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 [221.229.1]).
- 10 Koenig, Willy. Schweizerisches Privatversicherungsrecht, System des Versicherungsvertrages und der einzelnen Versicherungsarten. 3. Auf. Bern, 1967, s. 175–186.
- 11 Fuhrer, Stephan. Schweizerisches Privatversicherungsrecht. Zürich, Basel, Genf: Schulthess, 2011, s. 81.
- 12 Příčinou mírnějšího přístupu snad může být vliv rakouského právníka Alberta Armina Ehrenzweiga, který působil na univerzitě v Berkeley od roku 1948, po své emigraci z Rakouska.
- 13 Např. rozhodnutí Dalby v. I. & L. L. Ass. Co., 15 C. B. 365 (1854); Goldbaum v. Blum, 79 Tex. 638; 15 S. W. Rep. 564 (1891).
- 14 Srov. Lowry, John – Rawlings, Philip. Insurance Law: Doctrines and Principles. Second Edition. University College of London, Hart Publishing, 2005, s. 151.
- 15 Podle § 1 odst. 2 zákona č. 189/1950 Sb.: *Vzájemné vztahy účastníků pojistného poměru se upravují tak, aby pojištění chránilo především socialistické hospodářství a pracující lid před ztrátami a podporovalo jejich úsilí o zajištění a rozvoj výroby a o zvýšení životní úrovně, aby však nevedlo k obohacení a nebylo ho zneužíváno ke škodě socialistické společnosti.* (Tučně zvýrazněno autorem.)
- 16 Schweitzerová, Ursula. Das versicherte Interesse (im Binnenversicherungsrecht). Karlsruhe: VVW, 1990, s. 1.
- 17 Z této základní linie vycházel také československý zákon o pojistné smlouvě č. 145 z roku 1934 (ZPS 1934).
- 18 Zejména Albert Ehrenzweig prosadil aplikaci některých principů pojištění aktiv také na pojištění pasiv (zejména odpovědnosti), příp. na pojištění osob (zejména pojištění úrazu), které se u nás promítly přímo v ZPS 1934. Srov. bod 6.4.
- 19 Srov. Möller, Hans. Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Einschluss des Versicherungsvermittlerrechtes: Paragraphen 49–80 VVG. Walter de Gruyter, 1980, s. 57.
- 20 Nauka o pojistném zájmu historicky vychází z: Casaregis, Josephi Laurentii Mariae. Discursus legales de commercio. Florenz, 1719.
- 21 Wandt, Manfred. Versicherungsrecht. 5. Auflage. Carl Heymanns Verlag, 2010, s. 258.
- 22 Delikt ní právo může jen zcela výjimečně přiznat přímý nárok z reflexní škody, protože se nahrazuje primárnímu poškození. Např. poškození společník společnosti se může žalobou domáhat u soudu náhrady škody na znehodnocení účasti ve prospěch korporace (§ 213 OZ). Podobně nastává nepřímé zastoupení při vymáhání nároku u postoupení pohledávky postupitelem na účet postupníka podle § 1886 OZ. Také pojistník může být pověřen vymáháním pojistného plnění u soudu ve prospěch oprávněné osoby (*gewillkürte Prozessstandschaft*).
- 23 V této souvislosti dnes můžeme hovořit také o reflexním obohacení (*Reflexbereicherung*), podle kterého lze dovodit, že účelem škodového pojištění není jen náhrada újmy podle deliktního práva, ale může jím být i náhrada ochuzení ve smyslu bezdůvodného obohacení. Pojištění tak může krýt oba konkurující si nároky (z deliktu i bezdůvodného obohacení), přičemž regresní nárok pojistitele zakládá § 2820 OZ v podobě tzv. „jiného obdobného práva“.
- 24 Merkin, Robert. Insurance Law – An Introduction. London, New York: Routledge, 2013, s. 3.
- 25 Rozhodnutí Lucena vs. Craufurd (1806) 2 Bos & Pul (NR) 269: *It may be admitted that a mere hope or expectation cannot be insured.*
- 26 Známa je kauza pojištění pro případ smrti krále Karla Stuarta v rozhodnutí Andrews vs. Herne, 1 Lev. 33, 1 Keb. 65 (1662).
- 27 Pojištění na život císaře Napoleona bylo v rozporu s veřejným pořádkem, neboť mohlo nabádat k vraždě. Srov. rozhodnutí Gilbert vs. Sykes, 16 East 150 (1812).
- 28 Podle the Gaming Act 1845, section 18.
- 29 Tzv. „dead pool“, ve kterém se sází na smrt celebrit, provozuje např. sázková společnost pomocí webových stránek www.stiffs.com. Jedná se o druh zábavy a možný zdroj příjmu, který je morálně pochybný, ačkoli se tím ve skutečnosti nikomu neškodí, pokud sázkaři nezpůsobí smrt dotyčných. Může to však vést k degradaci vnímání hodnoty a významu lidského života.
- 30 Staudinger, Julius. Die Rechtslehre vom Lebensversicherungsvertrag. Erlangen: Enke, 1858 – VIII, s. 94.
- 31 Tamtéž, s. 96.
- 32 Např. the Life Assurance Act 1774.
- 33 Srov. také § 345 zákona č. 40/1964 Sb.: *Pojištěním se zabezpečuje občanům právo na výplatu peněžních prostředků k úhradě potřeb, které vznikají z nahodilých událostí.* (Tučně zvýrazněno autorem.)
- 34 Např. Manes, Alfred. Versicherungswörterbuch. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), 1909, s. 290.
- 35 Pojem „Sachwertinteresse“ těsně souvisí s pojmem „Versicherungswert“.
- 36 Bruns, Alexander. VVG: Rechtsschutzversicherung § 125–129: ARB 2010/2012 (Großkommentare der Praxis, Band 5). 9. Auf. Walter de Gruyter, 2018, s. 11–12.
- 37 Právní věda mimoto připouští, že výpočet náhrady škody nemusí být pouze konkrétní, ale také abstraktní (např. abstraktní ušlý zisk). Srov. Wandt, Manfred. Gesetzliche Schuldverhältnisse. 9. Auflage. Verlag Franz Vahlen, 2019, s. 511.
- 38 Srov. rozhodnutí BGH VersR 1974, 184; VersR 1979, 1120; VersR 2001, 1100; OLG Frankfurt a. M. VersR 1989, 1290.
- 39 Dreher, Meinrad. Die Versicherung als Rechtsprodukt: die Privatversicherung und ihre rechtliche Gestaltung. Mohr Siebeck, 1991, s. 45; Bruck, Ernst – Möller, Hans, a kol. VVG § 150–171 (Lebensversicherung). 9. Auf. Berlin: De Gruyter, 2013, s. 54.
- 40 Braeß, Paul. Elemente einer dynamischen Versicherungs-konzeption aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht. ZVerWiss, 1970, s. 1 a násl.
- 41 Schmidt-Rimpler, Walter. VersR 1963, 493 (496, Fn. 29). A dříve také in: Festschrift für Heymann, Bd. 2, s. 12 a násl., Versicherungswirtschaft und Versicherungswettbewerb, 1939, s. 67 a násl., nebo VersR 1934, s. 792 a násl.
- 42 Srov. rozhodnutí německého BGHZ 33, 97, 98; BGH VersR 1962, 974, 975; BVerwG VersR 1987, 273, 274, 297, 298; BGH VersR 1970, 1115, 1116; a také rakouského OGH SZ 53 (1980), Nr. 27.
- 43 Srov. rozhodnutí KG VersR 1952, 162, 163.
- 44 Looschelders, Dirk. § 1 m. č. 10–12. In: Langheid, Theo – Wandt, Manfred, a kol. Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz: VVG. § 1–99. Band I. 2. Auf. München: C. H. Beck, 2016.
- 45 BGBI. I 2006, s. 3232.
- 46 BGBI. I 2015, s. 434.
- 47 BT-Drucks. 16/3945, s. 56.
- 48 Pohlmannová, Petra. § 1 m. č. 8. In: Looschelders, Dirk – Pohlmannová, Petra. Versicherungsvertragsgesetz. Kommentar. 3. Auf. Köln: Carl Heymanns Verlag, 2016, s. 157.
- 49 VVG-Kommission Abschlussbericht 2004 (VersR Schriftenreihe Heft 25), s. 8.
- 50 Obdobně také § 1 německého VVG: *Ersatz des durch den Eintritt des Versicherungsfalles verursachten Vermögensschadens.*
- 51 Např. 57 a násl. německého VVG.
- 52 Srov. rozhodnutí BGHZ 9, 195, 203 ff. = NJW 1953, 939.
- 53 Srov. rozhodnutí BGHZ 137, 318, 323 ff. VersR 1998, 305; BGHZ 147, 212, 214 ff. = VersR 2001, 749.
- 54 Připouští se sjednat pojištění na tzv. „novou hodnotu“, cenu zvláštní obliby, sběratelskou hodnotu nebo jinou hodnotu převyšující obecnou (obvyklou) hodnotu určité věci. Srov. Wandt, op. cit. sub 21, s. 259.
- 55 Socialistické soudnictví je dokonce spojovalo se škodou socialistické společnosti vyjádřené v zákoně č. 189/1950 Sb., o pojistné smlouvě. Srov. též rozhodnutí Nejvyššího soudu ČSR ze dne 9. dubna 1960, sp. zn. Cz 632/58 (R 17/1960).
- 56 Pojistná hodnota a přepojištění se totiž stanoví podle objektivní hodnoty věci (§ 2849 OZ), i kdyby pojistníku zůstalo jen tzv. „holé vlastnictví“ (*nuda proprietas*). Na pojistném tak platí více, než skutečně potřebuje.
- 57 Dříve bylo možné pouze v pojištění osob. Srov. Hruška, Otakar. Zájem na pojištění v teorii a praxi. Rozpravy Jednoty pro vědy pojistné, 1941, č. 22, s. 49.
- 58 Srov. Šimek, Robert – Ondruš, Miroslav. Pojištění lidského těla po jeho smrti nebo jeho oddělených částí. In: Čamrdžicová, Sabina (ed.). Právo v globalizované společnosti. Olomoucké debaty mladých právníků 2017. Olomouc: Iuricicum Olomoucense, 2018, s. 205–212.
- 59 Wawerková, Magdalena. § 2761 m. č. 4. In: Hulmák, M., a kol. Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055–3014). Praha: C. H. Beck, 2014, s. 1304.
- 60 Hulmák, Milan. § 1722 m. č. 14. In: Hulmák, Milan – Petrov, Jan, a kol. Občanský zákoník V. Závazkové právo. Obecná část (§ 1721–2054). Praha: C. H. Beck, 2014, s. 7.

- 61 Ritter, Carl. Das Recht der Seeversicherung: Band 1, Ausgabe 2. Walter de Gruyter, 1967, s. 170–171.
- 62 Jandová, Lucie. § 2761. In: Jandová, Lucie – Svejkovský, Jaroslav – Šlauf, Petr. Pojištění v novém občanském zákoníku: komentář. Praha: C. H. Beck, 2014, s. 23.
- 63 Wawerková, Magdalena. § 2761 m. č. 8., op. cit. sub 59, s. 1304.
- 64 K této otázce např. Lewis, William. Lehrbuch des Versicherungsrechts. Stuttgart: Enke, 1889 – XV, s. 35.
- 65 Podle § 1953 ALR: *Jede künftige Gefahr, die nicht mit verbotenen Handlungen verknüpft ist, kann der Versicherer übernehmen.*
- 66 Paragraf 778 HGB (dříve § 782): *Jedes in Geld schätzbare Interesse, welches jemand daran hat, daß Schiff oder Ladung der Gefahren der Seeschiffahrt bestehe, kann Gegenstand der Versicherung sein.* V současné době nahrazují ustanovení HGB smluvní ujednání Allgemeine Deutsche Seeversicherungsbedingungen.
- 67 Podobně uvažuje i Nejvyšší soud ČR v rozhodnutí z 15. října 1927, sp. zn. Rv I 661/27, Vážný č. 7.790. Srov. také Wandt, op. cit. sub 21, s. 242.
- 68 Opačně Haas, Karel. § 2762 m. č. 4. In: Švestka, J. – Dvořák, J., a kol. Občanský zákoník: komentář. Svazek VI. Praha: Wolters Kluwer, 2014.
- 69 Wandt, op. cit. sub 21, s. 240; Schauer, Martin. Vorbem. § 49–68a, m. č. 43. In: Honsell, Heinrich (Hrsg.). Berliner Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz. Kommentar zum deutschen und österreichischen VVG. Zürich: Springer, 1999, s. 795–844.
- 70 Autonomní ocenění je někdy potřebné v právní úpravě bezdůvodného obohacení. Srov. Melzer, Csach. § 2999. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek IX, § 2894–3081. Praha: Leges, 2018, s. 1488 a násl.
- 71 Tégl, Petr. Úplatnost nabytí věcného práva jako podmínka fungování materiální publicity veřejných seznamů v novém občanském zákoníku. Právní rozhledy, 2013, č. 1, s. 28 a násl.
- 72 Řešení této situace byla v minulosti různá. Kromě státního souhlasu mohla být vyžadována zvláštní přísaha upřímnosti složená pojistníkem. Na takové smlouvy mohly být uvaleny vyšší daně, prohlášeny za trestný čin, úplně zakázány z pohledu soukromého práva apod. Srov. Bruck, Möller, op. cit. sub 39, s. 118.
- 73 ... *jeder, sowohl, der Versicherer als auch der Versicherte die gezeichnete Summe zum Besten der Armen als Strafe erlegen.*
- 74 Bruck, Möller, op. cit. sub 39, s. 58.
- 75 BGH přiznal existenci pojistného zájmu v pojištění cizího zájmu pro případ úrazu již v rozhodnutí ze dne 8. února 1960 BGHZ 32, 44, 49 = VersR 1960, 339, 340.
- 76 Bruck, Möller, op. cit. sub 39, s. 63.
- 77 Existuje také pádný argument, že pokud např. zaměstnavatel vytváří podmínky, ve kterých mají zaměstnanci větší hodnotu mrtví než živí, pak dochází k jejich redukci na pouhé objekty a vyžadování takového souhlasu je nemorální. In: Sandel, Michael J. Co si za peníze (ne)koupíte. Společnost vstupuje do nové éry, vše je na prodej. Brno: BizBooks, 2013, s. 119.
- 78 Bruck, Möller, op. cit. sub 39, s. 61.
- 79 Příkryl, Vladimír – Čechová, Jana. Pojistná smlouva a její základní znaky. Právní rozhledy, 2018, č. 10, s. 364 a násl.
- 80 Horn, Josef. Pojistné právo: zákon ze dne 3. července 1934 čís. 145 Sb. z. a n., o pojistné smlouvě, pojistné regulativy, zákon ze dne 11. července 1934 čís. 147, Sb. z. a n., o zabezpečení nároků pojistníků v pojištění soukromém a o státním dozoru na soukromé pojišťovny, a ostatní ustanovení souvislá s právem pojistným s vysvětlivkami, srovnávacími statěmi a rozhodnutími nejvyšších stolic. Praha: V. Linhart, 1934, s. 573.
- 81 Podobně také rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 4. ledna 2010, sp. zn. 28 Cdo 3784/2009.
- 82 BT-Drucks. 16/3945, s. 79.
- 83 Vedle sankce za úmyslné přepojištění a vícenásobné pojištění (§ 74 odst. 2 a § 78 odst. 3 německého VVG).
- 84 Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag (BGBl. Nr. 2/1959).
- 85 Srov. Honsell, Heinrich. Berliner Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz: Kommentar zum deutschen und österreichischen VVG. Springer-Verlag, 2013, s. 872.
- 86 Rozhodnutí BGH VersR 2011, 1563.
- 87 Klimke, Dominik. In: Pröls, Erich, a kol. Versicherungsvertragsgesetz: VVG mit Nebengesetzen, Vermittlerrecht und Allgemeinen Versicherungsbedingungen. 29. überarbeitete Auflage. C. H. Beck, 2015, s. 398.
- 88 Motive und amtliche Begr. zum Gesetz über den Versicherungsvertrag v. 30. 5. 1905, Neudruck Berlin 1963, s. 124.
- 89 Ehrenberg, Victor. Versicherungsrecht. Systematisches Handbuch der deutschen Rechtswissenschaft. Abt. 3. T. 4. Leipzig, 1893, s. 293–294.
- 90 Srov. např. Hruška, op. cit. sub 57, s. 50–53; Ehrenberg, Victor. Das „Interesse“ im Versicherungsrecht. Duncker & Humblot, 1915, s. 67.
- 91 V Německu se dodnes místo zániku pojistného zájmu používá v určitých druzích pojištění pojem „Wagniswegfall“.
- 92 Zákon ze dne 23. prosince 1917, z. ř. č. 501, o smlouvě pojišťovací.
- 93 Hruška, op. cit. sub 57, s. 51–52.
- 94 Wandt, op. cit. sub 21, s. 240.
- 95 Srov. Schauer, op. cit. sub 69, s. 795–844.
- 96 Ten je nutné rozlišovat od zájmu konkrétního vlastníka (*Eigentümerinteresse*), který je více omezující, protože se pojí s konkrétní osobou, a nikoli s vlastnictvím jako takovým. To má právní důsledky např. v tom, že změna vlastnictví nemusí mít nutně za následek zánik pojištění, je-li uzavřeno pojištění cizího zájmu (srov. bod 7).
- 97 Srov. § 49 odst. 2 švýcarského VVG: *Besteht das versicherte Interesse darin, dass eine Sache nicht beschädigt oder vernichtet wird, so gilt im Zweifel dasjenige Interesse als versichert, das ein Eigentümer der Sache an deren Erhaltung hat.*
- 98 Ehrenzweig, Albert. Deutsches (Österreichisches) Versicherungsvertragsrecht. Wien: Springer Verlag, 1952, s. 211. Podobně rozhodnutí BGH ze dne 15. listopadu 1978, VersR 1979, 176 (178), rozhodnutí OLG Düsseldorf ze dne 9. srpna 1995, VersR 1996, 1267 (1268).
- 99 Ehrenzweig, Albert. Versicherungsvertragsrecht (Reichsrecht und österreichisches Recht, mit den tschechoslowakischen Besonderheiten). II. Band. Wien und Leipzig: Manzsche Verlags- und Universitäts-Buchhandlung, 1935, s. 392.
- 100 Rozhodnutí BGH ze dne 5. března 2008, sp. zn. IV ZR 89/07 (VersR 2008, 634).
- 101 Jinak tomu je např. podle teorie legální uplatňované ve Spojeném království.
- 102 Wandt, op. cit. sub 21, s. 247.
- 103 K tomu srov. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 19. září 1931, sp. zn. Rv I 1232/30, Vážný č. 11.010: *Ač jest obvyklým, že odpovědnostní pojištění uzavírá zpravidla vlastník věci, k níž se pojištění vztahuje, není přece vlastnictvím podmíněna platnost smlouvy; pojištění si může uzavřít každý, kdo má na tom zájem.*
- 104 Srov. rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 31. července 2012, sp. zn. 32 Cdo 4115/2010: *V případech, na které míří ustanovení § 10 zákona o pojistné smlouvě, tedy tam, kde je pojištěný osobou odlišnou od pojistníka, není pojistník v postavení zástupce pojištěného (ani přímého, ani nepřímého), nýbrž je, vedle pojištěného a pojistitele, účastníkem (subjektem) závazkového vztahu soukromého pojištění a je též, na rozdíl od pojištěného, smluvní stranou pojistné smlouvy; je to tedy on, nikoliv pojištěný, kdo svým jménem a na svůj účet uzavírá s pojistitelem pojistnou smlouvu. Nárok na pojistné plnění je vždy – tedy i tam, kde pojištěným je osoba odlišná od pojistníka – nárokem z pojistné smlouvy, již je jen smlouva odpovídající ustanovení § 2 zákona o pojistné smlouvě, tj. smlouva uzavřená mezi pojistitelem a pojistníkem a obsahující náležitosti tam stanovené, mj. příslušný závazek pojistitele. Pro pojistitele z případné smlouvy mezi pojistníkem a pojištěným, již není smluvní stranou, žádný závazek nevyplyvá.*
- 105 Např. podle § 1427 odst. 1 OZ je správce oprávněn pojištit spravovaný majetek na náklady beneficianta proti běžným rizikům.
- 106 Např. uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti je povinen vlastník tuzemského vozidla, ačkoli odpovědnost z provozu vozidla nese jeho provozovatel a všichni v úvahu připadající řidiči.
- 107 Srov. úvodní výklad k § 436 an. in: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek III, § 419–654 a související společná a přechodná ustanovení. Praha: Leges, 2014, s. 42–43.
- 108 Melzer, op. cit. sub 70, s. 1570.
- 109 Armbrüster, Christian, op. cit. sub 3, s. 417.
- 110 Dříve také v ČR podle § 64 ZPS 1934 pouze pro nemovitě věci. Pro pojištění odpovědnosti srov. § 118 odst. 3 ZPS 1934, resp. § 122 německého VVG, § 158h rakouského VVG.
- 111 Srov. Rixecker, Roland. In: Römer, Wolfgang, a kol. Versicherungsvertragsgesetz VVG mit Informationspflichtenverordnung. 3. Auflage. München: C. H. Beck, 2012, s. 402.
- 112 Langheid, Theo, op. cit. sub 110, s. 690–691.
- 113 Srov. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 17. února 1931, sp. zn. Rv I 350/30, Vážný č. 10.547: *Ustanovení § 67 zák. o sml. poj. jest výjimkou z předpisu § 63 téhož zákona potud, pokud podle § 67 nepřipisuje zrušovací účinek již ke zcizení věci co takovému, nýbrž teprve ke změně v úschově. Ke zcizení ve smyslu pojistné právními dochází jen tehdy, změní-li se formálně právním postupem podstatně hospodářská situace. Zcizení samo o sobě nezakládá zrušení pojistné smlouvy, nýbrž jen znamená-li pro pojistníka uhasnutí zájmu...* Převzal-li jeden ze společníků veřejné obchodní společnosti pojištěný závod této společnosti, nezanikl tím jeho zájem na pojištění, **nýbrž se zvětšil**; nejde v tomto případě o zcizení podle § 67 zák. o sml. poj., a proto bývalý společník, nyní jediný majitel pojištěného závodu, nemůže žádati o zrušení pojištění z důvodu zániku zájmu. (Tučně zvýrazněno autorem.)
- 114 Problematikou tzv. „squattingu“ se zabývá např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 16. ledna 2018, sp. zn. 22 Cdo 5166/2017.
- 115 Na trhu se prozatím neobjevily produkty, které by kryly zájem na užívání pokoje ve spolubydlení. Přitom tento způsob užívání se v praxi velmi často vyskytuje.
- 116 V podr. Rybková, Jana. Seznamte se... Pojistný trh Lloyd's of London. Pojistný obzor 3/2015, s. 36 a násl.
- 117 Např. čl. 4 Act respecting the distribution of financial products and services státu Québec: *A group insurance representative is a natural person who offers insurance products in group insurance of persons or group annuities from one or more insurers.* Podle čl. 13 téhož zákona musí tyto osoby obdržet povolení.

Recenze publikace: Etické aspekty v pojišťovnictví

Autor publikace: Zbyněk Marjanko

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

Odbornou literaturu k pojišťovnictví obohatila v roce 2019 publikace Zbyňka Marjanka pod názvem „Etické aspekty v pojišťovnictví“. Jde o již 2., rozšířené vydání. Publikace má 85 stran a samozřejmě je opatřena úvodem a závěrečným shrnutím. Její jádro tvoří následující tři kapitoly:

- „Kořeny pojišťovnictví: charitativně podpůrná činnost, nebo podnikání?“;
- „Postup při nabízení pojistné ochrany, při správě a obsluze klienta“;
- „Smysl povolání u Martina Luthera“.

Ten, kdo si chce udělat bližší představu o obsahu této publikace, by si měl ještě velmi pozorně přečíst úvod. Autor v něm upozorňuje, že se bude snažit najít odpověď např. na otázku, zda je pojišťovnictví férový obchod, zda je pojišťovnictví vhodným oborem pro evangelického křesťana či zda je pojišťovnictví oborem založeným na solidaritě a pomoci bližnímu v nesnázích. Tyto otázky zde nejsou citovány doslovně; jde skutečně jen o příklady, neboť autor si podobných otázek či zadání položil mnohem více. Stejně význam mají v úvodu vymezené následující dvě teze:

- Současná praxe v pojišťovnictví se významně odlišuje od teorie, od předkládaných prohlášení, cílů a vizí pojišťoven.
- Pojišťovnictví jako obor směřuje skrze neustálé nedodržování etického chování k ohrožení budoucnosti celého oboru.

Cílem autora je zjistit, zda se tyto teze potvrdí, či nikoli. Byl veskrze konzistentní a na základě patřičného zkoumání dospěl např. k závěru, že se nepotvrdila teze o ohrožení celého oboru, ale že existuje nesoulad mezi předkládanou teorií v pojistných podmínkách pojišťoven a reálnou praxí při likvidaci škod.

Charakter této knihy vystihuje slovo úvodem, od doc. Jindřicha Halamy, Dr., který vidí její přínos v tom, že se autor pokouší danou problematiku otevřít, naznačit její rozsah a kontexty, předložit celou paletu etických úskalí a problémů a zamyslet se nad možnostmi řešení. Odborný recenzent – prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc. – v předmluvě konstatuje, že její čtení textu v některých směrech obohatilo o jiný možný úhel pohledu na danou problematiku. Publikaci pokládá za relevantní příspěvek k diskuzi o úloze etiky v moderní společnosti.

V každém případě lze souhlasit s tím, že publikace Zbyňka Marjanka je podnětná a stojí za přečtení. Určitě rozšíří čtenářův obzor a přinutí ho, aby si některé závěry konfrontoval se svými znalostmi a zkušenostmi.

Ve formátu recenze nelze provádět hlubší analýzu díla či přístupů autora ani je vystavovat hodnocení. Je nutno ovšem předpokládat, že určité závěry díla se mohou setkat s nesouhlasem subjektů, které jsou v něm konkrétně zmíněny v souvislosti s porušením etiky. Současně je však vhodné uvést, že přes kritický přístup se autorovi jistě jednalo o dobro pojišťovnictví a že k němu jako teolog a pojišťovací zprostředkovatel získal přece jenom úzký vztah.

Pokud jde o pozitiva publikace, patří mezi ně dobře zpracovaná historie pojišťovnictví, vymezení relevantního islámského práva i islámského pojišťovacího konceptu takaful, a to mimořádně přehledným a srozumitelným způsobem, výborná prezentace, jak hledí na problematiku nahodilosti a náhody Bible, atd. Silnou stránkou je rozsah a význam použitých tuzemských i zahraničních pramenů, počínaje Biblí, Koránem či Výborem z díla Martina Luthera a konče např. pojistnými podmínkami příslušných pojišťoven. Ku prospěchu je také upřímnost autora, která číší z celého textu.

Na druhé straně je třeba přiznat, že zkoumání etických aspektů v pojišťovnictví je velmi náročný a komplexní úkol. Jistá opatrnost v závěrech by byla žádoucí, mj. vzhledem ke značné regulaci tohoto oboru. Z širšího pohledu a též vzhledem k předpokladu, že autor se bude etice nadále teoreticky věnovat, lze aspoň stručně formulovat některá doporučení:

- Publikaci by prospělo používání přesných pojmů. Na s. 73 jde o „povinná pojištění“, nikoli „zákonná“. Termín „zákonné pojištění“ se týká v ČR už jen pojištění zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. Stejně tak je třeba se legislativně správně vypořádat s „povinným pojištěním zdravotním“ apod.
- Pokud se zkoumají etické aspekty jednání konkrétních pojišťoven, je zapotřebí aplikovat *Kodex etiky v pojišťovnictví ČAP*. Byl přijat v roce 1995, byl několikrát novelizován a jeho naplňování nesporně přispělo ke kultivaci českého pojistného trhu.
- Ve výše uvedeném kodexu je upravena i reklama. Pokud některá pojišťovna údajně porušuje etická pravidla v reklamě či propagaci, musí být doloženo, že porušila kodex,

nemluvě o tom, že existuje právní úprava reklamy, a to i srovnávací reklamy. Jestliže pojišťovna použije v reklamě sdělení, že má např. největší pojistný kmen na trhu, tak to musí být pravdivé a doložitelné. Je-li to pravdivé tvrzení, etický problém neexistuje. Stejně tak by bylo vhodné v právu a kodexech prozkoumat, zda slogan „Pojištění se vyplatí“ má v sobě opravdu spekulativní úmysl a která jejich ustanovení jsou porušena. Je účelné vzít rovněž v úvahu, že se tím míní nikoli navádění k finančnímu prospěchu, ale fakt, že je lépe být pojištěn a tak se vyhnout ztrátám. Na osobní názor má autor pochopitelně právo. Toto doporučení se týká nutnosti posouzení věci ze všech stran před formulací finálního názoru.

- Konkrétních doporučení by bylo možno uvést více, ale to by bylo pro účel recenze nadbytečné. Obecně lze doplnit, že by bylo jistě přínosné, kdyby se autor v budoucnu více věnoval vztahu etiky a práva např. v pojišťovnictví. Některé kodexy podniků či asociací stanovují, že

porušení (jakékoli) právní povinnosti je porušením etiky. Je tomu tak vždy? Je o několik dní opožděné dodání nějakého výkazu pojišťovacím zprostředkovatelem ČNB porušením etiky? Jde v tomto případě o etický aspekt? Existuje nějaké vodítko pro rozlišování? V pojišťovnictví platí, že regulace je rozsáhlá a stále se rozšiřuje. Při studiu např. zákona o distribuci pojištění a zajištění lze najít některé právní povinnosti, které byly dříve ošetřeny etickými normami nebo stále v kodexech existují. Proto je výzvou zkoumat zmíněný vztah a dát příp. jistou orientaci pro úpravu kodexů etiky. Autor Zbyněk Marjanko by k tomuto hledání mohl v budoucnu přispět.

Závěrem je třeba podtrhnout, že koupě a prostudování *Etických aspektů v pojišťovnictví* se zainteresovaným osobám vyplatí.

Vydavatel: autor vlastním nákladem, Podsedice 2019



Hodnota pojistní		Účet.		Prémie a náležitosti	
zl.	kr.			Jednotlivě	Ouhranem
				zl.	kr.
875	-	Za obilí stéblové a luskové plodiny	20		
		„ olejové plodiny a průběžné rostliny	3	26	25
		„ semení jetele, semení repy a čono	„		
		„ ovoce a chmel	„		
875		Příspěvek na vedení správy	10		88
		Zápočet, holky a pošlové		2	
				úhrnem	29 13

Recenze publikace: Pojištění podnikatelů ve vztazích s mezinárodním prvkem

Autor publikace: JUDr. Petr Dobiáš, Ph.D., MBA, MCI Arb

Doc. JUDr. Monika Forejtová, Ph.D. / Fakulta právnická Západočeské univerzity v Plzni

Problematika právních vztahů s mezinárodním prvkem je v dnešním světě, mnohými zvaným „světem postmoderním“, aktuální otázkou nejen díky podporované mobilitě obyvatelstva, zejména v regionu Evropy, ale především pro svůj dnes již globalizovaný charakter. Složitý organismus právních vztahů mezi subjekty práva je tak mnohdy víceúrovňový, přičemž jeden ze stupňů tvoří zpravidla právní vztahy z různých druhů pojištění variabilních typů rizik. Jinými slovy, ani závazkové vztahy plynoucí z pojištění se nevyhnou mezinárodnímu prvku, což je zřejmé z publikace JUDr. Petra Dobiáše, Ph.D., MBA, MCI Arb, s výstižným názvem „Pojištění podnikatelů ve vztazích s mezinárodním prvkem“, kterou vydalo Nakladatelství Leges v roce 2019. Publikace, kterou recenzovaly renomované odbornice z oblasti bankovníctví a pojišťovnictví (prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc.) a z oblasti práva (doc. JUDr. Alena Macková, Ph.D.), je výstupem vědecké činnosti člena Katedry soukromého práva na Vysoké škole CEVRO Institut, jenž se dané problematice dlouhodobě věnuje.

Již při prvním seznámení se s publikací zaujme její logické a velmi přehledné obsahové členění do osmi kapitol. Úvodní kapitola se zaměřuje na evropskou kolizní úpravu pojistných smluv. Autor se nejprve věnuje výkladu ustanovení *Římské úmluvy*, která jsou relevantní pro kolizní úpravu pojistných smluv, dále pak rozebírá kolizní úpravu pojistných smluv ve 27 státech EU a 11 státech, které členy EU nejsou. Kapitulu uzavírá tématem práva rozhodného pro pojistné smlouvy podle nařízení Řím I. Komparativní materiál vytvořený autorem je tak velice přínosný pro nezbytnou základní orientaci v otázkách pojištění.

Druhá, velmi rozsáhlá kapitola se věnuje evropské právní úpravě a významné judikatuře Soudního dvora EU relevantní pro pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. V 1. části se autor zaměřil na jednotlivá rozhodnutí Soudního dvora EU, krátkou část věnoval interním pravidlům kanceláří a kapitulu uzavírá tématem určování rozhodného práva pro dopravní nehody podle nařízení Řím II a *Haagské úmluvy o právu použitelném na dopravní nehody* z roku 1971. Tato kapitola je pak díky způsobu svého zpracování poučná nejen pro odbornou veřejnost, ale pro každého řidiče či provozovatele vozidla. Ve 3. kapitole je čtenáři přiblížena problematika právní úpravy určování pravomocí soudů

v pojistných věcech podle nařízení Brusel Ia. V úvodu autor dochází k vymezení relevantních pramenů právní úpravy i k věcnému a personálnímu rozsahu aplikace. Následně se autor zabývá příslušností soudů pro jednotlivé typy žalob (např. žaloby intervenční).

Autor se následně věnuje rozsáhlé judikatuře Soudního dvora EU ve věcech evropského pojistného práva, které věnuje 4. kapitolu. Navazující, 5. kapitola pak obsahuje detailnější pohled na *Zásady evropského pojišťovacího smluvního práva roku 2016*, přičemž autor tuto část vhodně doplnil samotným dokumentem v české verzi, který nalezneme na konci knihy jako přílohu. Pozornost autor věnoval i problematice rozhodčích řízení v pojistných věcech (konkrétně se zaměřuje na arbitrabilitu sporů v pojistných věcech a institucionální rozhodčí řízení v pojistných věcech) a pravidlům v dodacích doložkách INCOTERMS 2010 (2020) či doložkách Institute Cargo Clauses 2009. Zdánlivě cizorodě působí závěrečná část, jež se věnuje problematice pojištění kybernetické bezpečnosti, je však třeba uvést, že celkový koncept kybernetické bezpečnosti se zdá být stále v plenkách, a proto koncept jeho pojištění ani nemůže být tak detailní jako např. část věnovaná pojištění dopravy.

Uvedená publikace představuje velice specifické dílo, které se zaměřuje na vybrané, dosti praktické otázky pojištění podnikatelských subjektů v mezinárodních souvislostech. S ohledem na bezbariérový transfer osob, zboží, kapitálu a služeb uvnitř integrované Evropy je pojištění nejen podnikatelů vskutku každodenní záležitostí, o které je možno se dozvědět více právě díky této publikaci. Za bezpochyby přínosnou a dosud takto komplexně nezpracovanou oceňuji 2. kapitulu, kde se autor zaměřuje na pojištění odpovědnosti z provozu vozidel, a to ve světle relevantních rozhodnutí Soudního dvora EU, který ve svých závazných odpovědích na předběžné otázky položené soudy členských zemí interpretuje a mnohdy významně doplňuje sekundární legislativu. Otázky a odpovědi spojené s různými typy nehod, od srážky zemědělských či dopravních vozidel až po výklad a uplatňování pojistných smluv, včetně plnění z garančních fondů, jsou systematicky uspořádány a autor díky nesporně hluboké, komparativní znalosti celé problematiky nabízí čtenářům už v podstatě ryzí výběr toho, co je v praxi opravdu podstatné. Pro odbornou veřejnost je pak

v publikaci velmi přehledně rozpracována otázka poměru mezinárodního práva a práva EU, která se již v naší současnosti v mnohém prolínají. Celá publikace je pak vhodně ohraničena zásadami, na nichž pojišťovnictví stojí. To nás vede k úvaze, zda je trvalá redukce výuky matematiky na středních školách ve světle nezbytné znalosti práva cestou skutečně správnou. Závěrem nelze opomenout ani to, že autor se detailně věnuje rozhodčímu řízení, jehož průběh mnohdy závisí na vůli sporných stran a které navzdory dočasnému zpochybňování jeho regulérnosti v jiných (spotřebitelských) otázkách zůstává vhodnou alternativou řešení sporů právě v tak specifické oblasti, jakou je pojišťovnictví.

Recenzovaná publikace naplňuje nejen veškeré požadavky kladené na vědecká díla, ale umožňuje bazální orientaci pro laickou veřejnost, která se v rámci své podnikatelské činnosti do kontaktu s pojišťovnictvím nevyhnutelně dostane. I proto lze publikaci Petra Dobiáše doporučit nejen vědecké, ale i širší laické pozornosti.

Vydavatel: Nakladatelství Leges, Praha 2019.





Pojistné rozpravy

36/2019

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 Křivohlávek, CSc.; RNDr. Lucie
Mazurová, Ph.D.; Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA (před-
seda); 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.

