



Pojistné rozpravy /37

Editorial	3
Milníky vývoje českého pojistného trhu	6
Judikatura posledních let v oblasti pojištění a povinnosti nahradit újmu	19
Pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem autonomních vozidel z pohledu právní teorie	30
Pojistný zájem v životním pojištění	34
Světové pojišťovnictví pod vlivem pandemie	41
Povinné a volitelné produkty zdravotních pojišťoven v zemích OECD	48
Regulace flotilového pojištění po novele v reflexi názorů ČNB	58
Recenze publikace: Bezpečnost informačních systémů podle ZKB	65
Recenze publikace: Kybernetická kriminalita	67

Editorial

Pandemie – nová výzva pro pojišťovnictví

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

Pandemie byla vždy řazena mezi globální rizika, která mohou významně ovlivnit společenský a hospodářský život. Nikdo však nepočítal s tím, že by se mohla stát tak tvrdou realitou a rychle se rozšířit po celém světě, jako se to stalo v roce 2020. Dopady pandemie na národní hospodářství jsou tíživé ve většině zemí světa a zatím nelze dohlédnout její konec. Na celkovou bilanci, resp. globální vyhodnocení ekonomických škod, je ještě příliš brzy. Stále se v některých zemích objevují nová ohniska pandemie, v jiných zemích lze hovořit o značném rozšiřování pandemie, a někde dokonce o její druhé vlně. Tedy je mnoho nejistot a mnoho neznámých.

To ovšem neznamená, že už nyní nelze zmínit některé zkušenosti a poznatky z pandemické krize, které se týkají pojištění a pojišťovnictví. Jedním z takových poznatků je, že pojišťovnictví bylo před pandemií solidně kapitálově vybaveno, takže by se mohlo vyrovnat i s touto katastrofou. Expertní odhady, pokud jde o odhad pojištěných přidružených škod, jež vznikly nebo mohou vzniknout na základě této pandemie, mají značný rozptyl. Střední hodnota těchto odhadů pojištěných škod se pohybuje kolem 55 mld. USD. Takový dopad by měl být zvládnut i z toho důvodu, že globální pojišťovnictví se každoročně potýká se škodami z přírodních katastrof, jež např. v roce 2019 představovaly 60 mld. USD. Situace však vyžaduje obezřetnost a finanční stabilita oboru musí zůstat v centru pozornosti.

Mezi experty panuje v zásadě shoda, že riziko pandemie je v pojistných podmínkách obvykle vyloučeno, pojistitelé by tedy neměli vyplácet pojistné plnění. Zkušenosti ukazují, že v řadě zemí se objevily určité tlaky, aby pojistitelé – zvláště u pojištění pro případ přerušování provozu – vypláceli plnění nad rámec smluvních povinností. Lze ocenit, že mnozí národní regulátoři či orgány dohledu a také Globální federace asociací pojišťoven takové požadavky, pokud v pojistných podmínkách nebyla zahrnuta povinnost plnit, jednoznačně odmítli. V některých výjimečných případech se však pojistitelé dobrovolně rozhodli plnit nad rámec svých smluvních povinností. V této souvislosti je nutno zmínit, že pandemie názorně ukázala, jaký zásadní význam má koncipování pojistných podmínek. Např. v USA prý budou probíhat soudní spory, zda se bude, či nebude z titulu pandemie plnit. Složitost této problematiky vyplývá i z příslušného stanoviska Asociace britských pojišťovatelů. Řada britských podniků se musí vyrovnávat se ztrátou příjmů a logicky se zajímají o rozsah pojištění pro případ přerušování provozu. Výrazně se zvýšil počet dotazů na jednotlivé pojistitele i na asociaci. Ta proto specifikovala,

že jen velmi malý počet firem si zakoupil pojištění, které zahrnuje pojištění pro případ přerušování provozu z titulu nemoci podléhající ohlášení nebo infekční nemoci. Obvykle mezi nemocemi podléhajícími ohlášení nefigurují v příslušném seznamu specifické nemoci, jako je COVID-19. Nejsou-li ovšem nemoci podléhající ohlášení či infekční nemoci v pojistných podmínkách specifikovány, tak to potenciálně umožňuje vznést nárok na plnění z důvodu dopadů pandemie. Taková pojištění lze ovšem využít jedině tehdy, jestliže nemoc je „přítomna“ v provozu. Krytí tedy připadá v úvahu jen tehdy, jestliže podnikatelská zařízení byla infikována nemocí a budovy musí být uzavřeny a vyčištěny.

Dalším důležitým poznatkem je, že pandemie přinutila pojistitele v zájmu zajištění kontinuity poskytovaných služeb k převodu jejich pracovníků na práci z domova. U mnoha např. německých pojišťovatelů přesáhl podíl smysluplné a funkční práce z domova 90 %. Zdařilo se to díky digitalizaci a schopnostem zaměstnanců. Někteří pojišťovatelé si zároveň vyzkoušeli nové virtuální formy práce

Jen velmi malý počet firem si zakoupil pojištění, které zahrnuje pojištění pro případ přerušování provozu z titulu nemoci podléhající ohlášení nebo infekční nemoci. Obvykle mezi nemocemi podléhajícími ohlášení nefigurují v příslušném seznamu specifické nemoci, jako je COVID-19.

a je zřejmé, že nemusí být jen řešením pro období pandemie. Předběžné údaje např. z německého trhu naznačují, že investice pojistitelů do digitalizace by se měly v budoucnu zvyšovat. Nelze nezmínit, že stoupla poptávka po telefonickém poradenství.

V době pandemie se posílil i názor, že zásadní role pojistitelů se přesouvá od poskytování „čistého“ pojistného plnění k širší poradenské roli v oblasti prevence a snižování rizik. Především mladá klientela prý očekává rychlý přístup k faktům, transparentnost a silnější personalizovanou nákupní zkušenost. Podle některých analytiků mohou pojišťovny těmto požadavkům vyhovět, neboť díky granulovaným údajům mohou klienty lépe segmentovat a vyvíjet nové produkty šité na míru a stávající produkty vhodně přizpůsobit. Tato tendence se jistě projevuje na jednotlivých národních pojistných trzích s různou intenzitou a na její ověření si bude třeba leckde ještě počkat.

Podle některých expertů pandemická krize přispěla ke zvýšení povědomí o hodnotě pojištění napříč pojistnými odvětvími a skupinami klientů. Pandemie nebude sice nikdy plně pojistitelná, ale krize COVID-19 zlepšila povědomí o přidružených finančních rizicích a podnítila inovace pojistných produktů. Je jasné, že k prohlubování tohoto trendu musí napomáhat pojistitelé. Zájemce o pojištění by se měl minimálně rámcově orientovat v rizicích, jež ho obklopují, a přemýšlet o vhodné prevenci. Jako pobídka jdoucí tímto směrem se jeví nedávno spuštěná on-line „kontrolní“ platforma Celostátního svazu německého pojišťovnictví, která umožňuje vlastníkům nemovitostí a nájemníkům, aby si vcelku jednoduše zjistili individuální živelní přírodní riziko v místě bydliště.

Současná pandemie upozornila i na riziko plynoucí z nediverzifikovaných dodavatelských řetězců. Objevují se náznaky, že by se některé důležité výroby, které byly v uplynulých desetiletích přesunuty např. do Asie, měly navrátit do Evropy. Z prohlášení vládních činitelů některých členských států EU lze vyvodit, že mezi takové produkty by měly patřit minimálně léky a ochranné pomůcky. Z potřeby funkčnosti dodavatelských řetězců však rezultuje širší záběh návratu výrobních aktivit. Pokud k tomu skutečně dojde, měly by se pro pojistitele otevřít nové příležitosti zejména v oblasti majetkových a technických pojištění a pojištění záruky.

Uplynulý vývoj pojišťovnictví prokázal účelnost součinnosti státu a pojistitelů. V řadě zemí se tato spolupráce prohloubila a nezůstala toliko u výměny informací, která je ale za dané krize samozřejmě rovněž důležitá. Např. vláda Spojeného království počátkem června 2020 oznámila, že otevře dočasný zajišťovací program krytý vládou. V rámci tohoto dočasného programu bude vláda fungovat jako zajistitel komerčního úvěrového pojištění a sdílet s pojistiteli riziko ztrát způsobených případnou insolvenčí podnikatelů. V rámci tohoto programu převezmou pojistitelé 10 % škod resultujících ze selhání podniku, zatímco vláda převezme 90 % pojistného a škod. Podobné schéma funguje v Kanadě a některých evropských zemích. Bavorská vláda vyvinula určitou iniciativu, aby byla v souvislosti s dopady

Mezi experty panuje v zásadě shoda, že riziko pandemie je v pojistných podmínkách obvykle vyloučeno, pojistitelé by tedy neměli vyplácet pojistné plnění.

koronavirové krize zajištěna rychle likvidita pro dotčené podniky v oblasti hotelnictví a provozování restauračních zařízení. Podle oficiálních propočtů se provozní náklady hotelů a restaurací díky opatřením, jako je zkrácení pracovní doby (*Kurzarbeit*) či okamžitá pomoc, v průměru již snížily o 70 %. Pojistitelé, kteří se zapojili do této iniciativy, poskytují svým klientům, kteří mají sjednáno pojištění pro případ uzavření podniku, solidních 15 % smluvně dohodnutého denního odškodného. Tímto přebírají vlastně polovinu ze zbývajících 30 % ztrát. Tak realizují rychlou a jednoduchou likviditu bez byrokratických překážek.

Systémovou a nanejvýš aktuální otázkou, jejíž řešení rovněž vyžaduje součinnost státu a pojistitelů, je, zda a za jakých podmínek by byli pojistitelé schopni nabídnout pojištění pro případ pandemie. Pojistitelé nesou obvykle riziko pandemie v životním pojištění. Ale u příslušných typů neživotního pojištění bývá riziko pandemie v pojistných podmínkách většinou vyloučeno. Na některých pojistných trzích je nabízeno pojištění pro případ uzavření podniku v důsledku smluvně dohodnuté přenosné nemoci, příp. epidemie, s tím, že uzavření individuálního podniku musí být úředně nařízeno. Ale i tak je prý málo využíváno. Pojištění pro případ pandemie naráží na řadu překážek. Podstatná je ta skutečnost, že dopady z pandemie lze obtížně kalkulovat. Pandemie představuje kumulované riziko vzniklé nahodile, jež vyvolá současně škody u mnoha pojištěných podniků v různých zemích. K tomu nestačí kapitálová kapacita pojistitelů. Např. v Německu prý uzavření výrobních podniků a jiných provozoven mohlo způsobit ztráty ve výši stovek miliard eur, přičemž celé německé pojišťovnictví ročně produkuje pojistné ve výši cca 200 mld. EUR a na pojistné z pojištění pro případ přerušení provozu připadá jen zlomek zmíněné částky. Mezi manažery mnoha evropských pojistitelů panuje shoda v tom, že bez zapojení státu pojistitelé nemohou o rozšíření nabídky o pojištění pro případ pandemie vůbec uvažovat.

Jako nadějná se jeví zpráva Celostátního svazu německého pojišťovnictví ze dne 8. června 2020, že byla ustavena pracovní skupina, jejímž cílem je vypracovat návrh na soukromo-státní krytí (pojištění) pro případ pandemie pro malé a střední podniky. V tomto projektu se prý počítá nejen s účastí pojistitelů a veřejného sektoru, ale také se zapojením kapitálových trhů, a to formou pandemických

bondů. Kromě toho prý německé pojišťovnictví bere do hry též povinné pojištění. Byly zveřejněny i jiné návrhy, jako např. zřízení fondu na evropské úrovni, do něhož by pojistitelé odváděli jisté částky a z něhož by se dle potřeby čerpalo, a to nejen pro případ pandemie, ale též závažných přírodních událostí. V médiích také zazněla zpráva, že rakouští a britští univerzitní experti pracují na konceptu parametrického pojištění pro případ epidemie. Podstata takového pojištění spočívá v tom, že pojistitel by plnil jen tehdy, pokud by nastala přesně pomocí vybraného parametru definovaná událost. Mohlo by se jednat o dosažení určitého počtu onemocnění a vyhlášení nouzového stavu v daném státě. Tyto náměty se nacházejí ve stavu rozpracovanosti, a je tedy potřeba si počkat na jejich finální podobu a zvážit možnosti realizace.

Výše uvedené poznatky a zkušenosti, které pojistitelé v dosavadním průběhu pandemie získali, nelze jistě pokládat za vyčerpávající. Bylo by možné zmínit další aktivity pojistitelů, jako je solidarita a vytváření finančních fondů na podporu nejvíce postižených osob apod. Na jejich základě je však možné učinit závěr, že podnikatelský model pojistitelů je odolný, že pojistitelé průběžně plnili své smluvní závazky a zajistili kontinuitu poskytovaných služeb, zvládli přechod na práci z domova a přicházejí zároveň s náměty, jak rozšířit svoji nabídku, jak inovovat a jak spolupracovat se státem, a to včetně pojištění pro případ pandemie se zaměřením na vybranou cílovou skupinu.

Resumé

Pandemic – New Challenge for Insurance Sector

This editorial is devoted to the relation of the current pandemic and global insurance industry. The pandemic is no doubt a challenge for the insurance industry. It is not possible today to calculate final insured losses and due to many uncertainties to summarize lessons from this pandemic. But it is possible to derive certain knowledge and experience. The author informs about expert opinions on the extent of insured losses and capital resilience of insurers, about digitalization and homeoffice work during the pandemic, etc. He explains the significance of wording of insurance conditions and terms for a payment of claims and also explains why the pandemic risk is not usually insurable. At the conclusion he presents some expert ideas on the cooperation of a state with insurers which could in the future enable the operation of the pandemic insurance, e.g. for small and medium-sized enterprises.

Použité zdroje

ABI. ABI responds to queries on business interruption and government grants. 1. července 2020. [on-line]. [citace: 12. července 2020]. Dostupné z: <<https://www.companynewshq.com/company-news/insurance-company-news/abi-responds-to-queries-on-business-interruption-and-government-grants-abi>>.

ABI. ABI welcomes Government-backed temporary reinsurance scheme so businesses can continue to access trade credit insurance. 4. června 2020. [on-line]. [citace: 10. června 2020]. Dostupné z: <<https://www.abi.org.uk/news/news-articles/2020/06/abi-welcomes-government-backed-temporary-reinsurance-scheme-so-businesses-can-continue-to-access-trade-credit-insurance>>.

GDV. Durchblick für Hausbesitzer: Unwettergefahr per Mausclick erkennen. 2. července 2020. [on-line]. [citace: 12. července 2020]. Dostupné z: <<https://www.gdv.de/de/medien/aktuell/durchblick-fuer-hausbesitzer--unwettergefahr-per-mausclick-erkennen--60504>>.

GDV. Freiwillige Zahlungen für Versicherungskunden in der Corona-Krise. 24. dubna 2020. [on-line]. [citace: 2. května 2020]. Dostupné z: <<https://www.gdv.de/de/themen/news/freiwillige-zahlungen-fuer-versicherungskunden-in-der-corona-krise-58908>>.

GDV. Magazin Positionen. Warum Seuchen selten mitversichert sind. 9. března 2020. [on-line]. [citace: 20. března 2020]. Dostupné z: <<https://www.gdv.de/de/themen/positionen-magazin/warum-seuchen-selten-mitversichert-sind-57130>>.

IE. Europe's insurers support GFIA statement on COVID-19. 6. dubna 2020. [on-line]. [citace: 18. dubna 2020]. Dostupné z: <<https://www.insuranceeurope.eu/europe-s-insurers-support-gfia-statement-covid-19>>.

Versicherungswirtschaftheute. Corona und die Folgen: Wiener Forscherin bringt parametrische Versicherungen für Pandemien ins Spiel. 7. července 2020. [on-line]. [citace: 21. července 2020]. Dostupné z: <<https://versicherungswirtschaft-heute.de/unternehmen-und-management/2020-07-07/corona-und-die-folgen-wiener-forscherin-bringt-parametrische-versicherungen-fuer-pandemien-ins-spiel>>.

Versicherungswirtschaftheute. Corona-Krise: Nachfrage nach telefonischer Rechtsberatung so hoch wie nie. 4. června 2020. [on-line]. [citace: 21. června 2020]. Dostupné z: <<https://www.gdv.de/de/medien/aktuell/corona-krise--nachfrage-nach-telefonischer-rechtsberatung-so-hoch-wie-nie-59538>>.

Versicherungswirtschaftheute. Es war einmal das Kerngeschäft Versicherung... 3. července 2020. [on-line]. [citace: 13. července 2020]. Dostupné z: <<https://versicherungswirtschaft-heute.de/schlaglicht/2020-07-03/es-war-einmal-das-kerngeschaeft-versicherung/>>.

Versicherungswirtschaftheute. Versicherer nehmen privat-staatlichen Pandemieschutz in Angriff. 8. června 2020. [on-line]. [citace: 12. června 2020]. Dostupné z: <<https://versicherungswirtschaft-heute.de/unternehmen-und-management/2020-06-08/versicherer-nehmen-privat-staatlichen-pandemieschutz-in-angriff/>>.

Milníky vývoje českého pojistného trhu

Ing. Svatopluk Nečas, Ph.D. / Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity

Doc. Ing. Eva Vávrová, Ph.D. / Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity

Pojistný trh má ve fungování každé ekonomiky nezastupitelnou roli. Dokáže absorbovat následky negativních událostí a přispívá ke stabilizaci národního hospodářství země. Přesto není možné říci, že by ve všech ekonomikách mělo pojištění stejný význam a totožnou podobu.

Značné odlišnosti lze spatřit v postavení pojištění v rámci centrálně plánované ekonomiky a tržní ekonomiky. Změna systému s sebou logicky nese též změnu přístupu k pojištění a s ohledem na význam tohoto sektoru nebývá jednoduchá. Nové ekonomické prostředí pak přináší jedinečnou zkušenost z provedené transformace a vybízí tím i k hlubší analýze, kterou je však třeba provést s dostatečným časovým odstupem. Český pojistný trh tuto podmínku splňuje, neboť od počátku jeho transformace, která byla součástí přechodu z centrálně plánované ekonomiky na tržní, již uplynula tři desetiletí.

K modernímu pojistnému trhu patří i sdružení či asociace, které napomáhají jeho fungování a rozvoji. V českých podmínkách jich v oblasti finančních služeb existuje celá řada. Pro účely tohoto článku budou zmíněny jen dvě z nich, které však zároveň mají největší význam. První z nich je Česká asociace pojišťoven, která od roku 1994 sdružuje na dobrovolné bázi jednotlivé komerční pojišťovny a dle ukazatele předepsaného pojistného reprezentuje téměř 98 % pojistného trhu (Česká asociace pojišťoven, 2020a). Od roku 1998 je řádným členem Insurance Europe, organizace dříve známé pod názvem „Evropská pojišťovací a zajišťovací federace“ (Česká asociace pojišťoven, 2014b). Druhou je pak Česká kancelář pojistitelů, která byla založena zákonem č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů, jejímiž členy musí dle zákona být všechny pojišťovny poskytující toto pojištění na našem trhu (zákon č. 168/1999 Sb.).

Cílem tohoto článku je rekapitulovat vývoj pojistného trhu v ČR od roku 1991 a poukázat na jeho milníky a hlavní události, které tento vývoj provázely, a to na základě vybraných ukazatelů specificky používaných k analýze pojišťovnického sektoru. V článku budou použity metody deskripce, analýzy, syntézy, dedukce a částečně také komparace.

Článek je tedy koncipován jako retrospektivní pohled na vývoj českého pojistného trhu od začátku jeho transformace v roce 1991. Dělí se na dvě části: V 1. části se

rekapituluje vývoj v oblasti právních norem, které v průběhu tří desetiletí formovaly český pojistný trh. Druhá část článku se věnuje milníkům, jež byly pro vývoj pojistného trhu podstatné a (před)znamenaly jeho změnu. Veškeré milníky dokládají patřičné ukazatele, které budou v případě potřeby nejprve charakterizovány. Datovými zdroji provedené analýzy jsou zejména výroční zprávy České asociace pojišťoven a data České kanceláře pojistitelů.

1 Vývoj právního ukotvení českého pojistného trhu

Pro pojišťovnictví v bývalém Československu bylo po roce 1948 typické monopolní postavení jedné pojišťovny (Státní pojišťovna) a tento stav trval až do roku 1969. V daném roce byl tento subjekt rozdělen na Českou státní pojišťovnu a Slovenskou státní pojišťovnu, které na základě rozdělení území Československa v zásadě na příslušném území působily monopolně (Čejková, Nečas, 2006, s. 22–23). Zákonem, který zrušil monopolní postavení České státní pojišťovny, byl zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví. Jeho hlavním úkolem bylo vymezit základní pravidla pro podnikání v soukromém pojištění na území ČR a odstranit tím státní monopol v této oblasti podnikání. Byly v něm stanoveny obecné principy provozování pojišťovací činnosti: povolení k podnikání na základě schválené žádosti, vymezení povolených právních forem pojišťoven, některá pravidla kontroly jejich hospodaření a vytvoření orgánu státního dozoru v pojišťovnictví, kterým se stalo Ministerstvo financí ČR. Pojišťovnu bylo možné založit jako státní podnik, akciovou společnost, družstvo nebo družstevní podnik. Zajímavostí byla ochranná lhůta jednoho roku od účinnosti zákona, během níž se zahraniční osoby mohly podílet na majetku, kmenovém jmění či základním kapitálu jen do výše 45 %. V SR roli demonopolizace splnil zákon Slovenské národní rady č. 24/1991 Zb., o pojišťovnictví. Podmínky, které nastal, však nebyly zcela totožné s českou právní úpravou. Za zmínku stojí např. skutečnost, že podnikat v pojišťovnictví na území SR mohly jen subjekty založené jako státní podnik, akciová společnost nebo pojišťovací spolek. Také omezení podnikání osob ze zahraničí bylo nastaveno odlišným způsobem. Podíl zahraničních akcionářů v pojišťovně založené jako akciová společnost českými a slovenskými právníky nebo fyzickými osobami nesměl převýšit 25 % základního kapitálu. Dalšímu vývoji v rámci slovenského pojistného trhu se však tento článek s ohledem na svůj cíl nebude dále věnovat.

Velmi podstatnou roli sehrál v období transformace zákon č. 320/1993 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví. Jakkoli se jednalo o novelu zákona, její dopad na fungování pojišťoven byl značný. Cílem tohoto zákona bylo posílení bezpečnosti podnikání pojišťoven a zavedení finanční kontroly. Byla stanovena povinnost vykazovat solventnost a vytvářet technické rezervy. Zákonem bylo ukončeno fondové hospodaření pojišťoven a účelové pojistné fondy byly nahrazeny technickými rezervami. Na tento zákon navázala vyhláška Ministerstva financí ČR č. 52/1994 Sb., kterou se stanoví tvorba, použití a způsob umístění prostředků technických rezerv pojišťovny. Tato základní veřejnoprávní úprava trvala až do 1. dubna 2000, kdy v účinnost vstoupil zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů. Jeho příprava probíhala několik let. Jak uvádí Příkryl (2001, s. 4 a 6): *Zhruba od poloviny 90. let se stále naléhavěji projevovала především potřeba rozšířit možnosti státního dozoru ve směru účinné kontroly finančního zdraví pojišťoven. Materiální dozor, tj. zejména kontrola pojistných produktů, bylo nutné s narůstající konkurencí na pojistném trhu a s ní souvisejícími negativními projevy ve finančním zdraví pojišťoven nahradit přísnějšími pravidly v oblasti kapitálové vybavenosti a hospodaření pojišťoven. S tímto cílem byly na konci roku 1996 zahájeny práce na novele zákona č. 185/1991 Sb. Již v průběhu zpracování návrhu věcného záměru této novely se ukázvalo, že rozsah potřebných změn zasahuje do stávajícího zákona takovým způsobem, že pravděpodobně přesáhne rámec únosný pro novelu.* Potřeba nové právní úpravy byla dána nutností implementace směrnic Evropského hospodářského společenství k pojišťovnictví do českého práva. Zákon přinesl celou řadu změn do fungování českého pojišťovnictví; došlo např. k přechodu státního dozoru od tzv. „materiální kontroly“ ke kontrole solventnosti a managementu, zpřísnění požadavků na kapitálovou vybavenost pojišťoven v závislosti na rozsahu povolené činnosti nebo k zavedení institutu odpovědného pojistného matematika. Nicméně tento zákon ještě neharmonizoval české právo v oblasti pojišťovnictví s normami EU. K tomu došlo až novelou tohoto zákona, konkrétně zákonem č. 39/2004 Sb. V dalších letech byly přijaty další podstatné právní normy, jako byl zákon č. 377/2005 Sb. (zákon o finančních konglomerátech) a zákon č. 57/2006 Sb., o změně zákonů v souvislosti se sjednocením dohledu nad finančním trhem, kterým byl státní dozor nahrazen dohledem, a zejména došlo k přesunu této agendy pod Českou národní banku.

Další zásadní veřejnoprávní úpravou v oblasti pojišťovnictví byl zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví. Příkryl a Čechová (2009, s. 46) uvádějí, že „od roku 1991 je tento zákon již třetím zákonem o pojišťovnictví v řadě, který upravuje činnosti tuzemských pojišťoven a zajišťoven a také pojišťoven a zajišťoven z jiného členského státu a z třetího státu. Podstatná část zákona č. 277/2009 Sb. představuje transpozici směrnic EU o pojištění a zajištění, zejména směrnice 2005/68/ES, o zajištění. V novém zákoně o pojišťovnictví jsou tedy ustanovení zahrnující podmínky pro udělení povolení k provozování životního a neživotního zajištění, požadavky na základní kapitál a garanční fond, ustanovení o přemístěných a převe-

dených činnostech pojišťoven a zajišťoven, ustanovení o zajišťovacích účelových osobách a finitním zajištění, ustanovení obsahující požadavky týkající se systému řízení tak, aby pokrýval všechny činnosti pojišťoven a zajišťoven, včetně outsourcingu, vyrovnávací rezervy atp.“ Tento zákon o pojišťovnictví byl doplněn zákonem č. 278/2009 Sb., o změně zákonů v souvislosti s přijetím zákona o pojišťovnictví, které musely být změněny z důvodu přijetí nového zákona o pojišťovnictví, např. zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb., zákona o rezervách pro zjištění základu daně z příjmů č. 593/1992 Sb., zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí, a zákona o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla č. 168/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ad. (Příkryl, Čechová, 2009, s. 46, vlastní překlad). Na zákon navázaly dvě prováděcí vyhlášky, konkrétně vyhláška č. 433/2009 Sb., o způsobu předkládání, formě a náležitostech výkazů pojišťovny a zajišťovny, a vyhláška č. 434/2009 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pojišťovnictví.

V tomto zákoně již záměrně není používán termín „podnikání“, neboť provozování pojišťovací činnosti je možné i na neziskovém, nekomerčním principu, tj. na principu vzájemnosti (právní forma družstva nebo v zahraničí používaná forma vzájemného pojišťovacího spolku). Tato činnost pak není podnikáním, jak ji charakterizoval český právní řád v obchodním zákoníku, který byl v dané době účinný (Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, vláda ČR, 2008). Ke zpřesnění textu v této souvislosti však došlo již předchozím zákonem o pojišťovnictví, tedy zákonem č. 363/1999 Sb.

Zákon č. 277/2009 Sb. prošel mnoha novelizacemi, z nichž nejvýznamnější byl zákon č. 304/2016 Sb., kterým byl do českého právního řádu implementován regulatorní rámec Solventnost II. V návaznosti na tento krok byly vydány tři prováděcí předpisy, konkrétně vyhláška č. 305/2016 Sb., o předkládání výkazů pojišťovny a zajišťovny České národní bance, vyhláška č. 306/2016 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o pojišťovnictví, a vyhláška č. 307/2016 Sb., o žádostech podle zákona o pojišťovnictví.

Prozatím se článek věnoval jen výchozí veřejnoprávní úpravě platné obecně pro oblast pojišťovnictví. V průběhu minulých desetiletí ale nastaly v právním prostředí ČR i mnohé jiné změny, které budou shrnuty v následujícím textu.

Jednou z nich byl mnohokrát novelizovaný zákon č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů, kterým došlo k demonopolizaci pojištění odpovědnosti z provozu vozidla a jímž byla zároveň transponována právní úprava platná v rámci EU. V současnosti v Evropě tuto oblast upravuje směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/103/ES ze dne 16. září 2009, o pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel a kontrole povinnosti uzavřít pro případ takové odpovědnosti pojištění. Současná podoba českého zákona samozřejmě tuto úpravu respektuje. Do budoucna ale lze očekávat další změny v této oblasti.

Další oblastí, která je pro pojistný trh velmi podstatná a která se řídí evropskými pravidly, je problematika pojišťovacích zprostředkovatelů, resp. distribuce pojištění a zajištění. I zde museli čeští zákonodárci reagovat na vývoj v rámci EU, výsledkem čehož byl zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona. I tento zákon byl mnohokrát novelizován, přičemž za nejvýznamnější změny lze považovat rozšíření kategorií pojišťovacích zprostředkovatelů o výhradního pojišťovacího agenta, dále stanovení pravidel pro rozložení odměny za sjednání životního pojištění a na to navazující úpravu pravidel pro výpočet odkupného a také včlenění informací poskytovaných klientovi a pojistníkovi do tohoto zákona. Uvedený zákon je však již minulostí, neboť byl s účinností od 1. prosince 2018 nahrazen zákonem č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění. V tomto případě se jednalo o transpozici směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění (přepracované znění).

Důležité je také vzpomenout vývoj soukromoprávní úpravy českého pojištnictví. Problematika pojistného vztahu byla po mnoho desetiletí upravena občanským zákoníkem, tj. zákonem č. 40/1964 Sb. Ten byl pro oblast pojištnictví nahrazen zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů. Od roku 2014 je tato problematika řešena opět občanským zákoníkem, konkrétně zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Pokud srovnáme poslední dva jmenované předpisy z pohledu dopadu na pojistný vztah, je možné kromě několika méně závažných odlišností nalézt i jednu zásadní, týkající se pojistného zájmu jako „oprávněné potřeby ochrany před následky pojistné události“ (zákon č. 89/2012 Sb.). Zatímco zákon č. 37/2004 Sb. tuto potřebu pouze obdobným způsobem definoval, nový občanský zákoník již s tímto pojmem spojuje samotnou existenci pojistného vztahu. Pro vznik pojistného vztahu je nutná existence pojistného zájmu. Pokud pojistný zájem zanikne, zaniká i pojistný vztah. Nový občanský zákoník přinesl i další změny, které se však netýkají pouze oblasti pojištnictví, přesto s ní mnohdy souvisejí. Za asi nejvýznamnější změnu je možné považovat odškodňování nemajetkové újmy, které se promítlo mj. do pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. Občanský zákoník zrušil předchozí úpravu náhrady škody na zdraví, včetně

jejího výpočtu. Nově se újma na zdraví (vytrpěná bolest, překážka lepší budoucnosti, ztížení společenského uplatnění) nahrazují podle pravidel slušnosti, tedy spravedlivě, přiměřeně a se zřetelem ke všem okolnostem případu. Toto pravidlo platí i při odčinění útrap v případě usmrcení (zákon č. 89/2012 Sb.).

Jakkoli by se mohlo zdát, že transformace českého pojistného trhu je již po téměř 30 letech ukončena, není tomu tak. Existuje totiž oblast, která již více než čtvrtstoletí stále čeká na svou reformu. Jedná se o zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání. Transformace měla být provedena zákonem o úrazovém pojištění zaměstnanců, který však nikdy nenabyl účinnosti a posléze byl zrušen. V současnosti je tak tato oblast upravena § 205d zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění zákona č. 231/1992 Sb., zákona č. 74/1994 Sb. a zákona č. 220/2000 Sb., vyhláškou č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, ve znění vyhlášky č. 43/1995 Sb., vyhlášky č. 98/1996 Sb., vyhlášky č. 74/2000 Sb., vyhlášky č. 487/2001 Sb. a zákona č. 365/2011 Sb., a zákonem č. 182/2014 Sb. Tak tomu bude až do nabytí účinnosti jiné právní úpravy tohoto pojištění (zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce).

2 Milníky vývoje českého pojistného trhu

Samotný vývoj pojistného trhu je sice determinován primárně právními předpisy, avšak nejen jimi. Některé zásadní změny vyplývají z aktivity samotných tržních hráčů, kteří své působení realizují v rámci mantinelů vymezených právem. Jiné pak způsobí „vyšší moc“, s jejímiž dopady pojištnictví už ze své podstaty musí pracovat, popř. externí vlivy působící na pojistný trh. Následující text vymezí milníky českého pojistného trhu, které povětšinou spadají do výše uvedených kategorií. Bude tak hlouběji rozebrána již zmíněná transformace pojistného trhu, která byla zahájena v roce 1991, dále demonopolizace pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, která proběhla v roce 2000, a také zavedení daňového zvýhodnění životního pojištění, které začalo být uplatňováno od roku 2001. Opomenut nebude ani vstup ČR do EU

Tabulka 1: Podíl lídra českého pojistného trhu dle předepsaného pojistného

Rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Podíl lídra trhu (%)	N. A.	94,45	87,15	76,15	69,64	64,44	59,94	59,01	52,43	38,12
Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Podíl lídra trhu (%)	38,12	36,6	35,75	36,39	35,46	32,8	30,17	28,88	26,36	24,62
Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Podíl lídra trhu (%)	26,67	26,24	25,23	23,81	23,03	22,46	21,94	21,44	23,67	26,9

* Dle dat za 1. pololetí 2020.

Zdroj: autoři dle České asociace pojišťoven (1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2005, 2007, 2009, 2011, 2017, 2018a, 2019, 2020a, 2020b)

v roce 2004. Z produktového hlediska bylo za posledních 20 let nejvíce diskutovaným pojištěním investiční životní pojištění, proto bude i tomuto fenoménu věnován prostor. Všechny výše uvedené milníky budou doloženy vybranými ukazateli, pomocí nichž je možné je dokumentovat či hlouběji poznat.

2.1 Zahájení transformace pojistného trhu

Přestože k zásadním společenským změnám začalo v bývalém Československu docházet již koncem roku 1989, oblast pojištnictví zahájila proces transformace až v roce 1991, a to výše zmíněným zákonem České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojištnictví (resp. v případě slovenské části federace zákonem Slovenské národní rady č. 24/1991 Zb.). V důsledku demonopolizace mohly začít vznikat nové subjekty, čímž se postupně utvářelo konkurenční prostředí. K doložení tohoto vývoje mohou velmi dobře posloužit dva ukazatele úrovně pojistného trhu: počet komerčních pojišťoven a koncentrace pojistného trhu. Počet komerčních pojišťoven lze hodnotit podle původu kapitálu či podle zaměření. V této části se však omezíme jen na celkový počet subjektů na trhu; výše uvedené členění bude částečně uplatněno až v pasáži věnované vstupu ČR do EU. Ukazatel koncentrace pojistného trhu lze definovat v zásadě dvěma způsoby: První z nich řeší, jaký podíl na trhu má určitý počet subjektů. Typicky se jedná o lídra trhu, prvních pět či 10 pojišťoven. Druhý, sofistikovanější přístup vychází z Herfindahl-Hirschmanova indexu. V tomto článku však bude zohledněn pouze první přístup, konkrétně pak podíl největší pojišťovny.

Po demonopolizaci pojistného trhu začal původní 100% podíl České pojišťovny rapidním způsobem klesat, což souviselo se vstupem nových subjektů na trh. Tento proces dokládají tabulky 1 a 2, v nichž je znázorněn podíl největší pojišťovny, resp. počet subjektů na pojistném trhu, od počátku transformace v roce 1991 až do roku 2019 (v prvním případě až do roku 2020).

K datům v tabulce 1 je třeba učinit dvě metodické poznámky: Hodnoty tržního podílu jsou uvedeny vždy dle nejnovějších dostupných zdrojů. Je totiž běžnou praxí, že se v navazujících výročních zprávách a obdobných dokumentech, které zahrnují časové řady, dané údaje ještě v dalších letech upřesňují. Druhá poznámka se týká

změny metodiky vykazování předepsaného pojistného, k níž přistoupila Česká asociace pojišťoven od roku 2011. Změna metodiky spočívá v následujícím: *Údaje nezahrnují přeshraniční služby formou pobočky nebo v rámci svobody poskytování služeb (FOS), pokud není uvedeno jinak. Jednorázové pojistné v životním pojištění je přepočteno na bázi 10 let (zahrnuto jednou desetinou předepsané výše), a to včetně součtových položek. Celkové pojistné v neživotním pojištění je uvedeno bez pojistného postoupeného ostatním členům České asociace pojišťoven. Smluvní pojistné nezahrnuje zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.* (Česká asociace pojišťoven, 2019, s. 73) To se samozřejmě promítlo do hodnoty celkového předepsaného pojistného, které se vlivem nového metodického přístupu snížilo o několik desítek miliard korun. S ohledem na to, že úprava metodiky neměla na všechny pojišťovny stejný vliv, došlo i k určitým změnám tržních podílů, což se projevuje i v podílu největší pojišťovny. Nicméně nic to nemění na trendu postupného snižování podílu největší pojišťovny, který je z časové řady jasně viditelný. V roce 2019 byl tento trend ukončen fúzí dvou pojišťoven v rámci skupiny Vienna Insurance Group. Konkrétně došlo s účinností od 1. ledna 2019 k fúzi Kooperativa pojišťovny s Pojišťovnou České spořitelny, která v důsledku této fúze zanikla (Česká národní banka, 2019). Tato událost zároveň znamenala změnu na pozici lídra trhu, kterým se tak stala Kooperativa pojišťovna, a navýšení jeho tržního podílu. Následně se k 21. prosinci 2019 „části pojistného kmene Generali Pojišťovny a České pojišťovny ZDRAVÍ staly součástí České pojišťovny. Zároveň došlo k přejmenování České pojišťovny na „Generali Česká pojišťovna“ (Generali Česká pojišťovna, 2020). Tato skutečnost však neměla vliv na pořadí pojišťoven dle tržního podílu za rok 2019 a projev se v tomto směru mnohem výrazněji až v roce 2020, v němž se předepsané pojistné z pojistných smluv převedených pojistných kmenů bude započítávat Generali České pojišťovně. Data za 1. pololetí 2020 tuto tezi potvrzují: Generali Česká pojišťovna podle těchto údajů dosahuje tržního podílu téměř 27 % (Česká asociace pojišťoven, 2020b) a je tak (staro)novým lídrem českého pojistného trhu.

Tabulka 2 zobrazuje vývoj počtu komerčních pojišťoven (tuzemských pojišťoven a poboček z EU a třetích států)

Tabulka 2: Počet komerčních pojišťoven (tuzemských pojišťoven a poboček z EU a třetích států) působících na českém pojistném trhu

Rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Počet subjektů	3	12	20	27	35	35	40	41	42	41
Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Počet subjektů	43	42	42	40	45	49	52	53	53	53
Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Počet subjektů	54	53	52	53	55	54	49	48	47	

na českém pojistném trhu. Z dat je patrný strmý nárůst v prvních letech po zahájení transformace trhu, který se zastavil v roce 1997. Od tohoto roku až do vstupu ČR do EU (v roce 2004) bylo možné pozorovat pouze minimální změny v tomto ukazateli. O důsledcích vstupu do EU bude pojednávat jedna z dalších částí tohoto článku.

Pokud je řešen vývoj počtu subjektů působících na českém pojistném trhu, je vhodné připojit ještě jeden krátký komentář. Kromě pojišťoven jsou samozřejmě nedílnou a velmi významnou součástí pojišťovnictví i zajišťovny, které v tomto sektoru plní nezastupitelnou, zejména stabilizační, roli. Významným počinem v rámci českého pojistného trhu tak zcela jistě byl i vznik VIG Re zajišťovny, k němuž došlo v roce 2008.

2.2 Transformace pojištění odpovědnosti z provozu vozidla

Druhý zásadní milník přišel až téměř 10 let po zahájení transformace českého pojistného trhu, konkrétně v roce 2000. Byla jím dlouho očekávaná a mnoho let připravovaná přeměna zákonného pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla na smluvní povinné pojištění, což je standardní podoba tohoto pojištění ve vyspělých zemích. Až do transformace fungovalo toto pojištění jako monopol jediné pojišťovny, konkrétně lídra trhu, kterým byla Česká pojišťovna. V důsledku demonopolizace pojištění odpovědnosti z provozu vozidla tak mohly produkt začít nabízet i jiné pojišťovny, které splnily podmínky zákona a jimž bylo orgánem dozoru v pojišťovnictví uděleno povolení k provozování tohoto pojištění. Na počátku se jednalo o 12 subjektů (Česká kancelář pojistitelů, 2001, s. 4), které ke konci roku 1999 uzavřely téměř 4,5 mil. pojistných smluv (Česká asociace pojišťoven, 2000, s. 18). Postupně se v důsledku převodů pojistných kmenů a odchodů subjektů z trhu počet těchto pojišťoven snížil v letech 2004 a 2005 na osm, aby v roce 2008 vystoupal na dvojnásobek, tedy 16 subjektů, což byl dosud i historicky nejvyšší počet poskytovatelů tohoto pojištění, a posléze se ustálil na 13–14 pojišťovnách. O vývoji počtu pojišťoven v rámci tohoto pojistného produktu vypovídá tabulka 3.

V důsledku transformace tohoto pojistného produktu se s příchodem nových subjektů začal rapidně snižovat podíl nejsilnější pojišťovny na pojistném trhu, kterou byla Česká pojišťovna. Danou situaci není možné srovnávat s transformací celého pojistného trhu v roce 1991, neboť

v případě pojištění odpovědnosti z provozu vozidla se všechny pojišťovny s povolením k provozování tohoto pojištění nacházely od 1. ledna 2000 na stejné startovní čáře. Neexistovala žádná kontinuita s předchozím obdobím, neboť všechna motorová vozidla, která spadala do systému tohoto pojištění, musela být nově pojištěna. Nové subjekty již od počátku získaly značný počet klientů, v důsledku čehož byl podíl největší pojišťovny již v prvních letech po demonopolizaci menší než 50 %. Vývoj podílu největší pojišťovny na trhu pojištění odpovědnosti z provozu vozidla zobrazuje tabulka 4. Ve všech letech byla lídrem trhu Česká pojišťovna (od 21. prosince 2019 Generali Česká pojišťovna). Relativně razantní nárůst podílu v roce 2019 je dán skutečností, že pojistné smlouvy pojištění odpovědnosti z provozu vozidla byly zahrnuty do převodu pojistného kmene Generali Pojišťovny na Českou pojišťovnu (za souběžného přejmenování České pojišťovny na „Generali Českou pojišťovnu“), k němuž došlo 21. prosince 2019 (Generali Česká pojišťovna, 2020).

Zajímavý dopad měla transformace povinného ručení na bilanci počtu dlouhodobých smluv v životním a neživotním pojištění. V roce 1999, tedy těsně před transformací, byl jejich počet téměř vyrovnaný, konkrétně 6 015 836 vs. 6 008 922 ve prospěch životního pojištění (Česká asociace pojišťoven, 2002). Transformací pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, jejímž průvodním znakem byla potřeba uzavřít pojistné smlouvy pro všechna vozidla (až na zákonné výjimky), došlo k výraznému vychýlení poměru ve prospěch neživotního pojištění. V roce 2000 nabýval počet smluv hodnot 9 372 105 vs. 6 103 986 (Česká asociace pojišťoven, 2002). Pro úplnost je však třeba dodat, že v případě započítání i krátkodobých smluv, kterých bylo v neživotním pojištění např. v roce 1999 uzavřeno 1 936 585 (Česká asociace pojišťoven, 2002), by již před transformací pojištění odpovědnosti z provozu vozidla jednoznačně vedlo neživotní pojištění, což koneckonců lépe koresponduje s rozdělením pojistného trhu dle předepsaného pojistného. V roce 1999 byl příslušný poměr 68 % vs. 32 % ve prospěch neživotního pojištění (Česká asociace pojišťoven, 2000).

2.3 Daňové zvýhodnění životního pojištění

Od počátku transformace pojistného trhu byl patrný značný nepoměr mezi předepsaným pojistným v životním a neživotním pojištění. Poměr mezi těmito dvěma odvětvími se např. v roce 1994 pohyboval kolem hodnot 75 % a 25 % ve prospěch neživotního pojištění (Česká asociace

Tabulka 3: Počet komerčních pojišťoven provozujících na českém pojistném trhu pojištění odpovědnosti z provozu vozidla

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet subjektů	12	13	12	10	8	8	9	12	16	15
Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Počet subjektů	14	14	14	14	13	14	13	14	13	14

Tabulka 4: Podíl lídra trhu pojištění odpovědnosti z provozu vozidla na českém pojistném trhu dle počtu pojištěných vozidel

Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Podíl lídra trhu (%)	45,0	46,5	45,4	45,0	44,0	40,6	37,4	34,1	31,1	28,3
Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Podíl lídra trhu (%)	26,4	25,5	24,5	23,9	23,4	22,7	22,2	21,6	28,4	

Zdroj: autoři dle České kanceláře pojistitelů (2020b)

pojišťoven, 1995, s. 48). Taková situace je typická pro méně rozvinuté pojistné trhy. Obecně totiž platí, že vyšší podíl životního pojištění na národním trhu je určitým indikátorem jeho vyspělosti (Čejková, Nečas, 2005, s. 68). Změnit zavedené poměry může určitý impulz, např. navázání produktů životního pojištění na penzijní systém, nejčastěji na jeho 3. pilíř. K tomu došlo i v ČR, a to zákonem č. 492/2000 Sb., kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, s účinností od 1. ledna 2001 (kolektiv autorů z České asociace pojišťoven, 2002, s. 59). Není cílem tohoto článku řešit podmínky pro uplatnění daňového zvýhodnění životního pojištění – mnohem zajímavější je podívat se na důsledky provedeného kroku.

Z tabulky 5 a 6 je možné vydedukovat dopad daňového zvýhodnění životního pojištění. V tabulce 5 je řešen poměr životního a neživotního pojištění, který se v prvních letech po zavedení tohoto nástroje posouval kýženým směrem. Ze samotné změny poměru obou odvětví však není možné nezpochybnitelným způsobem doložit vliv daňového zvýhodnění, neboť do hry vstupuje samozřejmě i trh neživotního pojištění. Pokud by trh neživotního pojištění rostl rychlejším tempem než trh životního pojištění, poměr by se naopak vyvíjel opačným směrem, v neprospěch životního pojištění. Z tohoto důvodu je třeba podívat se na meziroční tempo růstu trhu životního pojištění, o čemž vypovídá tabulka 6. Vysoké hodnoty nárůstu na konci 90. let minulého století je možné přičíst na vrub stále se rozvíjejícímu pojistnému trhu po jeho transformaci. Z tabulky je však patrný pokles tempa růstu mezi roky 1999 a 2000 a naopak značný nárůst tempa růstu po zavedení daňového zvýhodnění životního pojištění. Tento trend vydržel až do roku 2003; v roce následujícím již tempo opadlo. Důvod této změny uvádí Česká asociace pojišťoven ve své výroční zprávě za rok 2004: *Na globální úrovni lze konstatovat, že se v roce 2004 u životního pojištění projevil zejména pokles objemu jednorázově placeného pojistného ve srovnání s rokem 2003, určité vyčerpání prostoru daného daňovými motivacemi, pokles*

technické úrokové míry a větší konkurence ze strany jiných poskytovatelů finančních služeb. (Česká asociace pojišťoven, 2005, s. 17) Na vrub technické úrokové míry je možné přičíst patrně i již zmíněný pokles tempa růstu tohoto trhu v roce 2000, neboť právě v tomto roce byla poprvé regulována její maximální výše, a to na hodnotu 4 % (vyhláška č. 75/2000 Sb., § 3).

K daňovému zvýhodnění životního pojištění je vhodné učinit ještě jednu krátkou poznámku. Systém daňového zvýhodnění, jehož původní myšlenka byla nepochybně správná, byl realizován způsobem, který s sebou přinesl i jeho zneužívání. Původní záměr návaznosti na systém

Tabulka 5: Podíl životního a neživotního pojištění na českém pojistném trhu

Rok	Předepsané pojistné – neživotní pojištění (mld. Kč)	Podíl (%)	Předepsané pojistné – životní pojištění (mld. Kč)	Podíl (%)
1998	40,123	72,8	14,965	27,2
1999	43,169	68,4	19,917	31,6
2000	47,819	67,7	22,770	32,3
2001	52,463	65,0	28,282	35,0
2002	56,730	62,4	34,208	37,6
2003	64,810	61,2	41,129	38,8
2004	68,374	60,7	44,201	39,3
2005	74,888	61,3	47,233	38,7

Zdroj: autoři dle České asociace pojišťoven (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)

Tabulka 6: Meziroční změny předepsaného pojistného životního pojištění na českém pojistném trhu

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Meziroční změna (%)	18,9	32,0	14,3	24,2	20,9	20,3	7,5	1,7

Zdroj: autoři dle České asociace pojišťoven (2018a)

důchodového pojištění byl narušen tím, že prostředky bylo možné z pojištění průběžně vybírat, a to beze ztráty nároku na daňové výhody. Toho mnozí klienti využívali, čímž byl porušován původní cíl a prostředky tak sloužily v jiné životní fázi, než bylo zamýšleno. Do hry vstupoval i další aspekt. Pokud zaměstnavatel přispívá zaměstnanci na soukromé životní pojištění, nemusí do určité výše příspěvku odvádět z dané částky ani pojistné na zdravotní pojištění a sociální zabezpečení. Tato částka se od počátku zavedení daňových výhod několikrát zvyšovala. Možnost výběru prostředků v libovolném okamžiku tak ve výsledku mohla vést k nechtěnému snižování povinných odvodů zaměstnavatelů. V případě výplaty těchto prostředků v rámci mzdy by došlo ke standardnímu odvodu, a to z důvodu zařazení mezi zdanitelné příjmy ze závislé činnosti. Tomuto bylo zamezeno až v roce 2014, a to novelou zákona o daních z příjmů (zákon č. 267/2014 Sb.), která tento přístup znemožnila. Od 1. ledna 2015 jsou tak možné pouze dvě varianty: 1) čerpání daňových výhod při současném zřeknutí se možnosti čerpat průběžně z pojištění prostředky, nebo 2) průběžné čerpání prostředků, avšak bez nároku na daňové zvýhodnění. Je na pováženou, že úprava systému od jeho spuštění trvala celých 14 let.

2.4 Vstup ČR do EU

Zásadním momentem v historii českého pojistného trhu byl vstup ČR do EU, který se uskutečnil 1. května 2004. Od tohoto data se český pojistný trh stal součástí jednotného pojistného trhu EU, a začal tedy fungovat podle principů tzv. „jediné licence“, která pojišťovně umožňuje provozovat pojišťovací činnost v jiném členském státu¹ na základě povolení uděleného v zemi jejího sídla, a to dle práva zřizovat pobočky nebo dle svobody dočasně poskytovat služby (viz zákon č. 39/2004 Sb.).

Právě těmito dvěma možnostmi působení pojišťovny v jiné členské zemi EU bude věnována pozornost v následujícím textu. Vyjděme z tabulky 2, která pojednává o počtu komerčních pojišťoven na českém pojistném trhu, a zaměříme se na původ komerčních pojišťoven. Rozlišit můžeme tuzemské pojišťovny nebo pobočky pojišťoven z jiného členského státu a ze třetích států. Výše uvedená výhoda jednotné licence se sice týká pouze poboček pojišťoven z jiného členského státu (pobočky pojišťoven

ze třetích států potřebují pro působení na českém pojistném trhu získat povolení od orgánu dohledu), nicméně níže prezentovaná data jejich rozlišení neumožňují. I tak je možné do značné míry vysledovat dopad vstupu ČR do EU. Z tabulky 7, která zahrnuje vývoj počtu tuzemských pojišťoven a poboček pojišťoven v letech 2000–2019, je patrný značný nárůst počtu poboček v prvních letech po vstupu ČR do EU, a to zhruba na dvojnásobek; po 10 letech od vstupu pak již na trojnásobek počtu poboček před vstupem. Je třeba dodat, že do roku 2004 byly pobočky vykazovány jako „organizační složky zahraničních pojišťoven“.

Další možnost provozování pojištění v jiné členské zemi nabízí svoboda dočasně poskytovat služby (ve zkratce „FOS“). Jak je patrné z tabulky 8, o tuto formu působení byl od prvopočátku ze strany zahraničních pojišťoven značný zájem a počet takto nahlášených subjektů se od roku 2005 do roku 2019 téměř ztrojnásobil. Při srovnání s rokem 2004 je nárůst dokonce pětinasobný a počet subjektů se blíží hodnotě 1000. Zároveň je však třeba poznamenat, že tato forma provozování pojišťovací činnosti povětšinou nemá v rámci pojistných trhů příliš vysoký podíl na celkovém pojistném, jakkoli je věcně považována za důležitý prvek jednotného pojistného trhu EU. Dle dat České asociace pojišťoven (2020a) předepsaly její členské pojišťovny touto cestou v roce 2019 pojistné ve výši cca 3,3 mld. Kč, což jsou 2 % jejich výkonu. V dané hodnotě je však zahrnuto i pojistné z přeshraničních služeb formou pobočky, reálný přínos FOS pro český pojistný trh je tedy ještě menší.

2.5 Fenomén investičního životního pojištění

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. Standardem pojištění je možnost kdykoli změnit poměr finančních prostředků mezi pojistnou ochranou a zhodnocením finančních prostředků v závislosti na volbě výše pojistné částky a výše pojistného. Rozložení finančních

Tabulka 7: Počet tuzemských pojišťoven a poboček pojišťoven z EU a třetích států na českém pojistném trhu

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tuzemské pojišťovny	35	35	35	34	33	33	33	34	35	36
Pobočky pojišťoven z EU a třetích států	6	8	7	8	7	12	16	18	18	17
Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tuzemské pojišťovny	36	36	35	34	33	32	30	28	28	27
Pobočky pojišťoven z EU a třetích států	17	18	18	18	20	23	24	21	20	20

Tabulka 8: Počet zahraničních pojišťoven a poboček pojišťoven poskytujících přeshraniční služby na českém pojistném trhu

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Počet subjektů	187	328	401	478	554	621	665	695
Rok	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Počet subjektů	714	743	789	824	864	890	966	976

Zdroj: autoři dle České národní banky (2003–2020), České asociace pojišťoven (2006, 2007, 2008, 2009), Úřadu státního dozoru v pojištnictví a penzijním připojištění (2005)

prostředků mezi vybrané fondy (alokační poměr) lze v průběhu doby trvání pojištění měnit. Zároveň lze převádět – realokovat – již vytvořenou hodnotu individuálního účtu mezi jednotlivými fondy. (Česká asociace pojišťoven, 2014c)

Z výše uvedeného textu České asociace pojišťoven je zřejmé, že investiční životní pojištění vnáší do pojištění velmi významným způsobem prvky spoření, což však již před jeho vznikem činily i jiné pojistné produkty, např. kapitálové životní pojištění. Specifikem investičního životního pojištění je však riziko záporného výnosu a s tím spojené možné ztráty investovaných prostředků.

Z pohledu statistik českého pojistného trhu má význam analyzovat existenci investičního životního pojištění až od 2. poloviny 90. let 20. století, přesněji od roku 1998, neboť za tento rok Česká asociace pojišťoven poprvé prezentovala data pro toto pojištění odděleně. Vývoj počtu smluv a předepsaného pojistného v tomto produktu přibližuje tabulka 9.

I v tomto případě platí metodická poznámka uvedená v komentáři k tabulce 1. U produktu investičního životního pojištění je vidět dopad změny metodiky České asociace pojišťoven velmi výrazně, neboť v roce 2010 byla více než polovina pojistného ve formě jednorázového pojistného.

To se však od roku 2011 započítává pouze z jedné desetiny, z toho důvodu je mezi roky 2010 a 2011 na první pohled zřetelný masivní pokles pojistného. Reálně však k žádnému poklesu nedošlo, ač nelze hovořit ani o výrazném nárůstu, neboť trh životního pojištění v roce 2011 celkově posílil pouze o 0,3 % (Česká asociace pojišťoven, 2018a, s. 84).

Značný nárůst významu investičního životního pojištění v čase ilustruje i tabulka 10, v níž jsou zachyceny podíly investičního životního pojištění a pojištění pro případ dožití a smrti nebo dožití na trhu životního pojištění, a to na bázi předepsaného pojistného. Z tabulky je patrná změna trendu, kdy ve sledovaných letech postupně přestaly být uzavírány smlouvy s garantovaným výnosem, které můžeme zařadit mezi pojištění pro případ dožití nebo smrti a dožití, a byly nahrazovány – a to i doslova – produkty investičního životního pojištění. Nic na tom nezměnila ani finanční krize v letech 2008 a 2009, v jejímž důsledku došlo k poklesu hodnoty investic v řádu desítek procent, ani negativní zkušenosti mnoha klientů s tímto produktem, které byly často způsobeny nedostatečnou informovaností o podstatě a rizicích produktu ze strany ziskatelů.

V posledních letech je tento produkt zmiňován zejména v souvislosti s nálezy finančního arbitra o neplatnosti některých pojistných smluv. *Finanční arbitr vydal na začátku roku 2018 nález o neplatnosti smlouvy investičního*

Tabulka 9: Předepsané pojistné a počet pojistných smluv investičního životního pojištění na českém pojistném trhu

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Předepsané pojistné (tis. Kč)	316 821	659 654	1 521 980	2 452 837	3 136 672	4 877 722	6 051 612	7 550 391
Počet smluv	13 817	29 163	99 556	196 936	287 669	367 793	495 404	599 118
Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Předepsané pojistné (tis. Kč)	11 336 078	18 386 692	21 588 116	24 215 817	34 054 809	18 759 259	20 338 057	21 132 305
Počet smluv	778 149	1 100 603	1 550 945	1 932 585	2 312 946	2 823 994	3 039 845	3 039 813
Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Předepsané pojistné (tis. Kč)	22 129 083	22 185 550	22 228 988	22 336 249	22 080 574	20 552 264		
Počet smluv	3 167 523	3 123 632	3 157 008	3 149 943	3 109 679	2 970 591		

Zdroj: autoři dle České asociace pojišťoven (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014a, 2015, 2016, 2017, 2018a, 2020a)

životního pojištění. Jednalo se o smlouvu, která obsahovala nulovou pojistnou částku v případě rizikové složky pojištění. O několik týdnů později se podobný nálezný týkal nejednoznačných smluvních podmínek. Z pohledu právních zvyklostí v ČR bylo řešení těchto sporů velmi překvapivé. Soudy totiž ve většině případů rozhodují ve prospěch platnosti smluv. (Česká asociace pojišťoven, 2018b)

S investičním životním pojištěním byly spjaty i nekalé praktiky některých pojišťovacích zprostředkovatelů, za které byly Českou národní bankou uděleny sankce. Patrně nejznámější případ reprezentuje rozhodnutí České národní banky, v němž byla udělena pojišťovacímu agentovi pokuta ve výši 5 mil. Kč za porušení zákona o ochraně spotřebitele. V daném rozhodnutí Česká národní banka uvádí, že pokutovaná společnost v období od září 2010 do února 2013 jako pojišťovací agent při výkonu zprostředkovatelské činnosti v pojišťovníctví používala klamavé obchodní praktiky, když v tomto období při výkonu své zprostředkovatelské činnosti a souvisejících odborných činností prostřednictvím jí podřízených pojišťovacích zprostředkovatelů, příp. s ní spolupracujících osob nezapsaných do registru pojišťovacích zprostředkovatelů a samostatných likvidátorů pojistných událostí vedeného Českou národní bankou, a před uzavřením smluv týkajících se investičního životního pojištění opakovaně prezentovala klientům (spotřebitelům) písemně nebo ústně investiční životní pojištění jako spoření, spořicí produkty, resp. spořicí účty s tím, že se jedná o produkt, u něhož lze kdykoli vybrat vložené peněžní prostředky, produkt s garantovaným či kladným zhodnocením vložených peněžních prostředků, jež lze, a to včetně zhodnocení, vybrat po 2–5 letech jeho trvání, příp. jako produkt, u něhož lze výši vkládaných peněžních prostředků měnit a snižovat a peněžní prostředky vybírat dle potřeby, aniž by je současně upozornila zejména na to, že výše původně sjednaného pojistného, resp. jeho změna (snížení), a skutečná délka trvání smlouvy mají, a to zejména v prvních letech trvání smlouvy, významný či zásadní vliv na možnou výši výběru peněžních prostředků (Česká národní banka, 2016).

Uvedená citace rozhodnutí České národní banky komplexně demonstrovuje část problémů, s nimiž se český

pojistný trh v minulých letech potýkal. Problematické, místy až nekalé jednání některých subjektů působících na pojistném trhu, které bylo mnohdy motivováno vidinou velmi zajímavých finančních plnění ve vlastní prospěch, v kombinaci s ne vždy ideální úrovní finanční a právní gramotnosti obyvatelstva způsobilo celou řadu negativních momentů, které nepochybně do jisté míry snižovaly reputaci sektoru a které je možné označit za určitý neuralgický bod transformace českého komerčního pojišťovníctví. Zároveň tyto problémy ukázaly, že český pojistný trh má značný prostor pro další kvalitativní zlepšování, aby ještě lépe plnil svou stabilizační roli v ekonomice. Využití či naopak nevyužití tohoto potenciálu pak může být do určité míry faktorem, který v budoucnu ovlivní i celkové hodnocení investičního životního pojištění ve vazbě na rozvoj českého pojistného trhu a finančního systému jako takového.

Závěrem

Český pojistný trh urazil za 30 let od počátku své transformace velký kus cesty. V jejím průběhu se jej podařilo přeměnit na standardní odvětví ekonomiky, v němž funguje konkurenční prostředí. Od roku 1991, kdy transformace započala, začaly vznikat nové subjekty, jejichž počet se v průběhu času stabilizoval kolem hodnoty pěti desítek (měřeno počtem tuzemských pojišťoven a pojišťoven z EU a třetích států), přičemž podíl největší pojišťovny (měřeno předepsaným pojistným) neustále klesal, a to až k hodnotě 21,44 % v roce 2018. Následný nárůst byl dán změnami v rámci dvou největších pojišťovacích skupin na našem pojistném trhu. Zhruba třetina až čtvrtina z celkového počtu pojišťoven pak poskytuje jedno z nejvýznamnějších pojištění, konkrétně pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, kde je podíl tržního lídra prakticky totožný s podílem tržního lídra v rámci celého trhu.

V průběhu transformace se český pojistný trh začlenil do mezinárodních struktur, jako např. Insurance Europe. V roce 2004 se pak stal nedílnou součástí jednotného evropského pojistného trhu. S tím souvisela i potřeba harmonizace českého právního prostředí s předpisy EU.

Tabulka 10: Podíl pojištění pro případ dožití a pro případ smrti nebo dožití a investičního životního pojištění na českém pojistném trhu dle předepsaného pojistného

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pojištění pro případ dožití a pro případ smrti nebo dožití (%)	60,2	57,5	50,8	43,5	39,6	37,3	32,6	28,7
Investiční životní pojištění	13,7	16,8	24,0	34,0	37,9	40,1	47,3	50,8
Rok	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pojištění pro případ dožití a pro případ smrti nebo dožití (%)	26,1	28,8	24,8	17,7	12,8	10,7	9,9	8,8
Investiční životní pojištění	52,6	48,5	51,9	55,9	59,2	59,4	57,5	54,8

Kromě samotného vstupu do EU se tato potřeba projevila nejzřetelněji v oblastech pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, zprostředkování/distribuce pojištění a zajištění a zejména u regulatorního rámce Solventnost II. Změny v rámci pojistného trhu však nebyly vyvolány pouze potřebou harmonizace právního prostředí, jakkoli s ním také mohly souviset. Příkladem může být zavedení daňového zvýhodnění životního pojištění v roce 2001, které ve svém počátku napomohlo k oživení trhu životního pojištění, a také masivní rozvoj investičního životního pojištění, jehož působení na pojistný trh je až do současné doby předmětem mnoha diskuzí s odlišnými závěry. Patrně poslední oblastí, v níž čeká český pojistný trh poměrně zásadní změna, je zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání, kde až další roky ukážou, jakou cestou se vydá.

Resumé

The Milestones of the Development of the Czech Insurance Market

In 2019, thirty years had lapsed from the beginning of the transformation from the centrally planned to market economy in the Czech Republic. Although the transformation of the insurance industry started two years later, it seems to be appropriate after a certain period of time to consider the level of the Czech insurance market, its strengths, weaknesses, opportunities and threats. The aim of this article was to recapitulate the recent development of the insurance market in the Czech Republic (since 1991), to highlight its milestones and the main events that accompanied the development, based on selected indicators specifically used to describe the insurance industry.

Since it was not possible to mention all the important facts that affected the Czech insurance market, the article focused in more detail on the development of the legal aspect of the Czech insurance market and the process of its transformation (using indicators of the share of the market leader and the number of insurance companies). The EU accession of the Czech Republic and its impact on the number of entities providing insurance services in our territory were not omitted either. Product milestones were represented by the transformation of the motor third party liability insurance (using indicators of the share of the market leader and the number of insurance companies pursuing this insurance), the phenomenon of the unit-linked insurance and tax benefits of the life insurance.

Klíčová slova

pojistný trh, komerční pojišťovna, struktura trhu, orgán dohledu, asociace pojišťoven, investiční životní pojištění, pojištění odpovědnosti z provozu vozidla

Keywords

insurance market, commercial insurance company, market structure, supervisory authority, insurance association, unit-linked insurance, motor third party liability insurance

Použité zdroje

- Čejková, Viktória – Nečas, Svatopluk (2005). Pojistný trh. První vyd. Brno: ESF MU.
- Čejková, Viktória – Nečas, Svatopluk (2006). Pojišťovnictví. Druhé, přepracované vyd. Brno: ESF MU.
- Česká asociace pojišťoven (1995). Výroční zpráva 1994. Česká asociace pojišťoven.
- Česká asociace pojišťoven (1996). Výroční zpráva 1995. Česká asociace pojišťoven.
- Česká asociace pojišťoven (1997). Výroční zpráva 1996. Česká asociace pojišťoven.
- Česká asociace pojišťoven (1998). Výroční zpráva 1997. Česká asociace pojišťoven.
- Česká asociace pojišťoven (1999). Výroční zpráva 1998. Česká asociace pojišťoven.
- Česká asociace pojišťoven (2000). Výroční zpráva 1999. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/1999.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2001). Výroční zpráva 2000. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2000.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2002). Výroční zpráva 2001. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2001.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2003). Výroční zpráva 2002. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2002.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2004). Výroční zpráva 2003. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2003.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2005). Výroční zpráva 2004. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2004.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2006). Výroční zpráva 2005. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2005.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2007). Výroční zpráva 2006. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2006.pdf>>.

- Česká asociace pojišťoven (2008). Výroční zpráva 2007. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2007.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2009). Výroční zpráva 2008. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2008.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2010). Výroční zpráva 2009. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2009.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2011). Výroční zpráva 2010. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2010.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2012). Výroční zpráva 2011. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2011.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2013). Výroční zpráva 2012. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2012.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2014a). Výroční zpráva 2013. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2013.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2014b). Základní údaje. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <<https://www.cap.cz/o-nas/>>.
- Česká asociace pojišťoven (2014c). Investiční životní pojištění. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <<https://www.cap.cz/vse-o-pojisteni/pojisteni-osob/investicni-zivotni-pojisteni>>.
- Česká asociace pojišťoven (2015). Výroční zpráva 2014. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2014.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2016). Výroční zpráva 2015. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2015.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2017). Výroční zpráva 2016. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2016.pdf>>.
- Česká asociace pojišťoven (2018a). Výroční zpráva 2017. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2017_vyrocni.pdf>.
- Česká asociace pojišťoven (2018b). Co je za spory o neplatnost smluv. [On-line]. Sporyozivotko.cz. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <<https://sporyozivotko.cz/cs/o-co-jde-ve-sporech-o-neplatnost-smluv>>.
- Česká asociace pojišťoven (2019). Výroční zpráva 2018. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2018_vyrocni_zp.pdf>.
- Česká asociace pojišťoven (2020a). Výroční zpráva 2019. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2020-09-23]. Dostupné z: <http://www.cap.cz/images/o-nas/vyrocni-zpravy/2019_vyrocni_zp.pdf>.
- Česká asociace pojišťoven (2020b). Statistické údaje dle metodiky České asociace pojišťoven 1-6/2020. [On-line]. Cap.cz. [cit. 2020-07-31]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/statisticke-udaje/vyvoj-pojisteno-trhu/STAT-2020Q2-CAP-CZ-2020-07-28-WEB.pdf>>.
- Česká kancelář pojistitelů (2001). Výroční zpráva za rok 2000. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2000.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2002). Výroční zpráva za rok 2001. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2001.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2003). Výroční zpráva za rok 2002. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2002.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2004). Výroční zpráva za rok 2003. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2003.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2005). Výroční zpráva za rok 2004. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2004.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2006). Výroční zpráva za rok 2005. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2005.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2007). Výroční zpráva za rok 2006. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2006.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2008). Výroční zpráva za rok 2007. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2007.pdf>.
- Česká kancelář pojistitelů (2009). Výroční zpráva za rok 2008. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocni_zpravy/2008.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2010). Výroční zpráva za rok 2009. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2009.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2011). Výroční zpráva za rok 2010. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2010.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2012). Výroční zpráva za rok 2011. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2011.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2013). Výroční zpráva za rok 2012. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2012.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2014). Výroční zpráva za rok 2013. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2013.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2015). Výroční zpráva za rok 2014. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2014.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2016). Výroční zpráva za rok 2015. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2015.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2017). Výroční zpráva za rok 2016. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/2016.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2018). Výroční zpráva za rok 2017. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/CKP_VZ_2017.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2019). Výroční zpráva za rok 2018. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/ckp_annual_report_2018.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2020a). Výroční zpráva za rok 2019. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <https://www.ckp.cz/images/clanky/cz/O_nas/Vyrocnizpravy/vzckp2019.pdf>.

Česká kancelář pojistitelů (2020b). Počet pojištěných vozidel v databázi ČKP. [On-line]. Ckp.cz. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <<https://www.ckp.cz/statistiky/pocet-pojistenych-vozidel>>.

Česká národní banka (2003–2020). Seznamy a evidence. [On-line]. Cnb.cz. [cit. 2020-07-21]. Dostupné z: <<https://www.cnb.cz/cs/dohled-financni-trh/seznamy/>>.

Česká národní banka (2016). Rozhodnutí České národní banky č. j. 2015/119832/570 ze dne 2. listopadu 2015, sp. zn. Sp/2014/60/573. [On-line]. Cnb.cz. [cit. 2020-07-21]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/dohled-financni-trh/galleries/prilohy/Sp_2014_60_573.pdf>.

Česká národní banka (2019). Zpráva o výkonu dohledu nad finančním trhem 2018. [On-line]. Cnb.cz. [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/dohled-financni-trh/galleries/souhrnne_informace_fin_trhy/zpravy_o_vykonu_dohledu/download/dnft_2018_cz.pdf>.

Generali Česká pojišťovna (2020). Informace pro bývalé klienty pojišťovny Generali a České pojišťovny ZDRAVÍ. [On-line]. Generaliceska.cz. [cit. 2020-07-21]. Dostupné z: <<https://www.generaliceska.cz/gcp>>.

Kolektiv autorů z České asociace pojišťoven (2002). Životní pojištění. Praha: Grada Publishing.

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, vláda ČR (2008). Důvodová zpráva k zákonu č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Příkryl, Vladimír (2001). Introduction. In: Pojistné rozpravy, 9. Česká asociace pojišťoven.

Příkryl, Vladimír – Čechová, Jana (2009). Některé změny, které přinesl zákon o pojišťovnictví, a zákon o změně zákonů v souvislosti s přijetím zákona o pojišťovnictví. In: Pojistné rozpravy, 25. Česká asociace pojišťoven.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/103/ES ze dne 16. září 2009, o pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel a kontrole povinnosti uzavřít pro případ takové odpovědnosti pojištění. [On-line]. Eur-lex.europa.eu. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/HTML/?uri=CELEX:32009L0103&from=CS>>.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění (přepracované znění). [On-line]. Eur-lex.europa.eu. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016L0097&from=cs>>.

Úřad státního dozoru v pojišťovnictví a penzijním připojištění (2005). Výroční zpráva 2004. [On-line]. Cnb.cz. [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/dohled-financni-trh/galleries/souhrnne_informace_fin_trhy/archiv/pojistovny/download/2004_vyrocnizprava_poj.pdf>.

Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 52/1994 Sb., kterou se stanoví tvorba, použití a způsob umístění prostředků technických rezerv pojišťovny. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Vyhláška Ministerstva financí č. 75/2000 Sb., kterou se provádí zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví). [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Vyhláška č. 433/2009 Sb., o způsobu předkládání, formě a náležitostech výkazů pojišťovny a zajišťovny. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Vyhláška č. 434/2009 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Vyhláška č. 305/2016 Sb., o předkládání výkazů pojišťovnami a zajišťovnami České národní bance. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Vyhláška č. 306/2016 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Vyhláška č. 307/2016 Sb., o žádostech podle zákona o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon Slovenské národní rady č. 24/1991 Zb., o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 320/1993 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla). [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví). [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě). [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona (zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí). [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 39/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 377/2005 Sb., o doplňkovém dohledu nad bankami, spořitelními a úvěrními družstvy, pojišťovnami a obchodníky s cennými papíry ve finančních konglomerátech a o změně některých dalších zákonů (zákon o finančních konglomerátech). [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 57/2006 Sb., o změně zákonů v souvislosti se sjednocením dohledu nad finančním trhem. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

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. [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 304/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Zákon č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: ASPI.

Judikatura posledních let v oblasti pojištění a povinnosti nahradit újmu

Lucie Jandová / Generali Česká pojišťovna

Od účinnosti zákona č. 89/2012 Sb., nového občanského zákoníku (NOZ), tedy od 1. ledna 2014, se postupně začínají judikatorně vyjasňovat některé právní otázky, které občanský zákoník a jeho ustanovení otevřely. A ačkoliv jen málo z nich lze považovat za vyřešené s definitivní platností, přece jen už „světlo na konci tunelu“ alespoň v některých oblastech vidíme.

Obecně je však třeba upozornit, že i Nejvyšším soudem vydávaná rozhodnutí jsou poměrně nová, a nelze vyloučit jejich pozdější změnu, a to jak eventuálně Ústavním soudem, tak příp. i samotným Nejvyšším soudem, pokud by jiný senát tohoto soudu došel k jinému právnímu názoru a ten by byl potvrzen velkým senátem Nejvyššího soudu. Kromě soudních rozhodnutí spojených s NOZ jsou však novými rozhodnutími Nejvyššího soudu a Ústavního soudu stále ještě řešeny otázky vztahující se k předchozí právní úpravě.

(Ne)použití občanskoprávní úpravy odškodnění na náhradu škody v pracovněprávních vztazích

Nejdříve zmiňme rozhodnutí, které se týká celých právních oblastí, nikoliv jen dílčích právních otázek. Jednou z oblastí, do nichž byl novou právní úpravou přijatou zákonem č. 89/2012 Sb. vnesen nesoulad, bylo odškodňování v režimu občanskoprávním a pracovněprávním. Zatímco právní úprava odškodnění v režimu občanského zákoníku byla zobecněna v tom směru, že „škůdce odčiní újmu poškozeného peněžitou náhradou, vyvažující plně vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy; vznikla-li poškozením zdraví překážka lepší budoucnosti poškozeného, nahradí mu škůdce i ztížení společenského uplatnění“ (viz § 2958 NOZ), právní úprava stanovená pro odškodnění pracovních úrazů a nemocí z povolání byla následně po zrušení vyhlášky č. 440/2001 Sb. nahrazena vládním nařízením č. 276/2015 Sb., které navázalo na text zákoníku práce, podle něhož „vláda stanoví nařízením výši náhrady za bolest a ztížení společenského uplatnění odpovídající vzniklé újmě, způsob určování výše náhrady v jednotlivých případech a postupy při vydávání lékařského posudku, včetně jeho náležitostí ve vztahu k posuzované činnosti“ (viz § 271c odst. 2 zákoníku práce). Z toho vyplývá, že se mohou vyskytnout případy,

kdy úraz, který nastane v režimu pracovního práva, se bude odškodněním lišit od obdobného úrazu, který se odehraje v režimu práva občanského. Obecné chápání pojetí odškodnění v režimu pracovního práva by mělo spíše nasvědčovat tomu, že odškodnění v režimu zákoníku práce by mělo být vyšší než v režimu občanskoprávním, neboť k poškození zdraví zaměstnance došlo při výkonu závislé činnosti pro zaměstnavatele. Pokud by byl konkrétní případ v rozporu s touto premisou, což obecně s ohledem na parametry odškodnění podle obou právních úprav bylo možno předpokládat, bylo jen otázkou času, kdy se poškozený v režimu práva pracovního bude domáhat navýšení odškodnění podle právní úpravy dané občanským zákoníkem, ať už argumentací nemravností rozdílu obou odškodnění, nebo doplněním nároku podle pracovněprávních předpisů nároky občanskoprávními s ohledem na subsidiaritu občanskoprávní úpravy pro pracovněprávní vztahy.

K tomu se vyjádřil Nejvyšší soud v rámci rozhodnutí sp. zn. 21 Cdo 3687/2018 ze dne 28. května 2019. Jednalo se o případ odškodnění za pracovní úraz z června 2014, kdy poškozený požadoval odškodnění podle posudku vypracovaného dle *Metodiky Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví*. Škůdce výši újmy sporoval právě tím, že není stanovena v souladu s nařízením vlády č. 276/2015 Sb. Soud 1. stupně došel k závěru, že nařízení vlády „nebude z důvodu jeho protiústavnosti aplikovat“, a o výši odškodnění rozhodl podle pravidel stanovených občanským zákoníkem. Odvolací soud se s názorem soudu 1. stupně neztotožnil, pracovněprávní úpravu shledal ústavně konformní a nepovažoval za správné při stanovení výše odškodnění postupovat podle pravidel občanskoprávních.

Proti rozsudku podal dovolání žalobce s námitkou, že „právní úprava odškodnění nároků na náhradu nemajetkové újmy podle norem individuálního pracovního práva je protiústavní a diskriminační, a to paradoxně vůči skupině poškozených, která by měla požívat zvýšené ochrany, tj. vůči zaměstnancům“. Namítal, že „aktuálně platná a účinná úprava odškodňování nemajetkové újmy na zdraví z pracovních úrazů zcela opomíjí výchozí premisu rekodifikovaného civilního práva soukromého, na níž je odškodňování újmy na zdraví v poměrech NOZ vystavěno, totiž že rozhodovací činnost soudů při stanovení konkrétních čas-

tek odčinění je třeba oprostít od vlivu moci výkonné, která není oprávněna limitovat soudy v přiznávání spravedlivé a dostatečné náhrady. Podle názoru dovolatele „není dán žádný racionální důvod“ k dvojkolejnosti odškodňování nemajetkové újmy vzešlé z pracovních úrazů a nemajetkové újmy, která vznikla „vně pracovních vztahů“; dále se domnívá, že „existující právní dichotomie způsobu odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění popírá zásadu jednotnosti a bezrozpornosti právního řádu, která zapovídá odlišný přístup k obdobným právním institutům v jednotlivých právních odvětvích a odlišný výklad náhrady škody v právu občanském a právu pracovním“. Dovolatel měl za to, že „není žádný racionální ani morálně ospravedlnitelný důvod“, aby se mu jako zaměstnanci, který utrpěl pracovní úraz, dostalo o 278 188 Kč nižšího odškodnění za ztížení společenského uplatnění, než jakého by se mu dostalo, kdyby se mu úraz s naprostou shodnými následky stal např. při dopravní nehodě. Pokud individuální pracovní právo přiznává poškozeným z pracovních úrazů nižší odškodnění než obecné právo občanské, je podle mínění dovolatele nutné považovat normy upravující odškodnění bolestného a ztížení společenského uplatnění v pracovních vztazích za diskriminační, což představuje nepřípustný zásah do zásady rovnosti lidí v právech a do práva vlastnit majetek, zakotvených v čl. 1 a čl. 11 *Listiny základních práv a svobod*.

Nejvyšší soud došel k závěru, že subsidiární použití ustanovení § 2958 občanského zákoníku a z něj vycházející *Metodiky Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví* na pracovních vztazích nepřipadá v úvahu a že rozdílnost právní úpravy odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění v zákoníku práce od úpravy obsažené v občanském zákoníku je odůvodněna odlišností pracovních vztahů od vztahů občanskoprávních, danou povahou závislé práce (tento právní názor Nejvyšší soud ostatně vyjádřil již ve svém rozsudku sp. zn. 21 Cdo 4556/2016 ze dne 26. září 2017, uveřejněném pod č. 19 v časopise *Soudní judikatura*, ročník 2019). Nejvyšší soud se tedy neztotožnil s názorem žalobce, že by jeho odškodnění mělo být přiznáno podle § 2958 NOZ a na něj navazující metodiky. Neztotožnil se ani s názorem dovolatele, že novou pracovních vztahů upravující úpravou odškodnění nedošlo k oproštění moci soudní od vlivu moci výkonné.

Úprava obsažená v nařízení vlády sama o sobě (*a priori*) nepředstavuje rozpor se zásadami spravedlnosti ani porušení ústavního principu rovnosti před zákonem. Soudu je podle názoru Nejvyššího soudu „ponechán plný prostor k tomu, aby konečná výše odškodného (s přihlédnutím ke konkrétním okolnostem případu) vždy odpovídala zásadě přiměřenosti (proporcionality), a to v ustanovení § 271s zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů (s účinností do 30. září 2015, srov. ustanovení § 388 zákoníku práce), které soudu umožňuje výši odškodnění stanovenou právním předpisem přiměřeně zvýšit“. Ačkoliv tedy v konečném výsledku Nejvyšší soud v tomto případě přiznal poškozenému ještě část požadovaného nároku na náhradu škody, když odvolací soud podle jeho názoru dostatečně nezohlednil výjimečné okolnosti případu,

ke vztahu mezi odškodněním v pracovních vztazích a právní úpravě občanskoprávní uvedl, že „pro určení výše náhrady za ztížení společenského uplatnění v pracovních vztazích nelze namísto zvláštní právní úpravy obsažené v pracovních předpisech použít právní úpravu náhrady za ztížení společenského uplatnění obsaženou v zákoně č. 89/2012 Sb., občanském zákoníku, ani doporučující *Metodiku Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví* (bolest a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 občanského zákoníku), a to ani v případě, že by poškozenému podle nařízení vlády č. 276/2015 Sb. (popř. podle vyhlášky č. 440/2001 Sb.) náleželo nižší odškodnění, než které by mu náleželo podle právní úpravy obsažené v občanském zákoníku (podle *Metodiky Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví*)“.

Zákoník práce lze tedy považovat za předpis k občanskému zákoníku zvláštní; občanský zákoník by se uplatnil jako předpis subsidiární opravdu pouze tam, kde zákoník práce příslušné otázky neupravuje, což však není v oblasti odškodnění pracovních úrazů a nemocí z povolání.

Náhrada nemajetkové újmy – zranění psa

Druhou oblastí, která byla novou právní úpravou velmi dotčena, je náhrada nemajetkové újmy. Ačkoliv náhradu nemajetkové újmy předchází právní úprava znala, byť spíše v rámci úpravy ochrany osobnosti, neboť odškodnění za bolest a ztížení společenského uplatnění bylo chápáno po právní stránce jako náhrada škody, nikoliv nemajetkové újmy, s přijetím NOZ získal tento pojem nový a velmi neurčitý rozměr. Podle § 2971 NOZ platí, že „odůvodňují-li to zvláštní okolnosti, za nichž škůdce způsobil újmu protiprávním činem, zejména porušil-li z hrubé nedbalosti důležitou právní povinnost anebo způsobil-li újmu úmyslně z touhy ničit, ublížit nebo z jiné pohnutky zvláště zavrženíhodné, nahradí škůdce též nemajetkovou újmu každému, kdo způsobenou újmu důvodně pocituje jako osobní neštěstí, které nelze jinak odčinit“.

Opět bude do jisté míry záležet na judikatuře soudů vyšších stupňů, na jaké situace a v jakém rozsahu budou tato zákonná ustanovení dopadat. Tomuto tématu se (v různých souvislostech) věnuje hned několik rozhodnutí Nejvyššího soudu z nedávné doby. Uvedme tři rozhodnutí Nejvyššího soudu, která se touto problematikou zabývala.

První rozhodnutí se týkalo náhrady nemajetkové újmy podle názoru poškozeného způsobené zraněním psa. V této souvislosti připomeňme, že v rámci koncepce NOZ je zvíře považováno za věc, ovšem se zohledněním jeho specifického charakteru, neboť podle § 494 NOZ se ustanovení o věcech použijí na živé zvíře obdobně v rozsahu, ve kterém to neodporuje jeho povaze. To se projevilo např. v odškodnění v případě zranění zvířete, kdy za určitých podmínek lze požadovat náklady na léčení psa (vzhledem k právní úpravě se vlastně jedná o náklady na uvedení věci do původního stavu před poškozením), bez ohledu na „hodnotu“ psa. Tedy i když pes může být v zásadě bez finanční hodnoty (vyjádřením jeho prodejní ceny), s ohle-

dem na jeho povahu živé věci se náklady spojené s péčí o jeho zdraví nepovažují za neúčelné, pokud by je vynaložil rozumný chovatel v postavení poškozeného. K tomu připomeňme, že ačkoliv toto ustanovení bylo proklamováno jako jedna z novinek NOZ, i předchozí právní úprava takový postup umožňovala. Podle § 442 odst. 2 zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, platilo, že se škoda hradí v penězích, ovšem pokud to bylo možné a účelné a požádal-li o to poškozený, hradila se škoda uvedením do předešlého stavu. V případě poškození zdraví zvířete by v zásadě jistě bylo možno dovodit, že postup náhrady škody uvedením do předešlého stavu, tedy vyléčení zvířete, byl možný (pokud by to bylo možné také z hlediska medicínského) a účelný.

Nyní se však budeme zabývat nikoliv náhradou škody na zvířeti, ale tvrzenou náhradou nemajetkové újmy. V případě, který řešil v závěru až Nejvyšší soud v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 972/2018 ze dne 28. března 2019, došlo ke zranění jednoho psa druhým psem. Majitel psa se domáhal nároku na náhradu nákladů za ošetření psa (1878 Kč), ušlého zisku za krytí psem (240 000 Kč) a nemajetkové újmy ve výši 500 000 Kč. Nárok na náhradu škody žalobce odůvodňoval blízkým vztahem se psem. Poškozený považoval za osobní neštěstí, že „trvalé následky poranění psa, který je dlouhodobě jeho jediným společníkem, zasáhly nepříznivě do způsobu jeho života tím, že jsou omezeny dříve obvyklé aktivity spočívající ve výcviku psa, procházkách a v účasti na závodech a výstavách“.

Soud 1. stupně poškozenému náklady na ošetření psa nepřiznal, protože ty byly hrazeny z pojištění žalované; v rámci ušlého zisku přiznal náhradu za jedno krytí, které bylo domluveno a neproběhlo s ohledem na úraz psa (ve zbytku žalobce neunesl přes poučení soudu důkazní břemeno), a pokud se jedná o náhradu nemajetkové újmy, tu zamítl. Soud došel k závěru, že žalovaná svou povinnost neporušila z hrubé nedbalosti ve smyslu § 2971 NOZ; nejednalo se ani o opakované porušení a žalovaná nepřistupovala k plnění své povinnosti lehkomyšlně. Nemožnost chovatele účastnit se se psem výstav a soutěží nemůže být podle názoru soudu chápána jako pocit osobního neštěstí, a to ani u člověka, jehož jediným společníkem je právě pes. Žalobce v tomto případě svého psího společníka neztratil, nadále s ním žil, chodil na procházky a na cvičiště.

Odvolačím soudem rozsudek soudu 1. stupně potvrzen, když podle jeho názoru absentovalo jak porušení povinnosti z hrubé nedbalosti, tak existence zvláštních okolností. Odvolačím soudem se dokonce vyjádřil poměrně jasně k nákladům řízení, když podle jeho názoru nebylo použito § 159 občanského soudního řádu na místě, protože poškozený podal žalobu s velice nereálnými požadavky.

Poškozený podal proti rozsudku odvolacího soudu dovolání s tím, že újmu svého psa důvodně pociťuje jako osobní neštěstí. Řádné nezabezpečení velkého psa před útokem, jenž pak nečekaně napadá další psy i osoby a působí jim závažná zranění, je podle jeho názoru jednáním svévolným ve smyslu § 2969 občanského zákoníku. S poukazem na

judikaturu prvorepublikového Nejvyššího správního soudu a ustanovení § 489 a 494 NOZ poškozený zdůraznil osobní vztah ke svému psovi a důvodnost přiznání ceny zvláštní obliby.

Nejvyšší soud část dovolání odmítl, když v částce nákladů na léčení nepřesáhla nároková částka minimální výši nutnou pro dovolání, a to 50 000 Kč, a ohledně nepřiznání náhrady ušlého zisku nebyly uvedeny žádné námítky. Soud se však meritorně zabýval dovoláním ohledně náhrady nemajetkové újmy, kdy však tuto část dovolání zamítl, tedy dovolání shledal v této části nedůvodným.

Podle § 2971 NOZ platí, že „odůvodňují-li to zvláštní okolnosti, za nichž škůdce způsobil újmu protiprávním činem, zejména porušil-li z hrubé nedbalosti důležitou právní povinnost anebo způsobil-li újmu úmyslně z touhy ničit, ublížit nebo z jiné pohnutky zvláště zavržením, nahradí škůdce též nemajetkovou újmu každému, kdo způsobenou újmu důvodně pociťuje jako osobní neštěstí, které nelze jinak odčinit“.

Nejvyšší soud v tomto případě dovodil, že umožnění úniku psa na veřejné prostranství lze považovat za porušení důležité povinnosti, protože při něm hrozí napadení jiného psa, ale i lidí, včetně dětí, jejichž obrana proti útoku psa je prakticky vyloučena; důsledky útoku psa a jeho nekontrolovaného pohybu na veřejně přístupných místech mohou být i tragické. V daném případě tedy byla porušena důležitá právní povinnost. Nedošlo k tomu však v důsledku hrubě nedbalého jednání žalované. Nebylo prokázáno ani to, že by k tomu docházelo opakovaně, ani to, že by zahrada nebyla proti útoku psa zajištěna vůbec nebo že by docházelo k projevům a chování psa velmi nebezpečnému pro okolí a že by žalovaná přistupovala k plnění své povinnosti lehkomyšlně.

Dalším předpokladem pro náhradu nemajetkové újmy je, že poškozený způsobenou újmu důvodně pociťuje jako osobní neštěstí, které nelze jinak odčinit. To však na danou situaci nedopadá. Chovatel psa, byť je pes jeho jediným společníkem, sice ztratil možnost účastnit se s ním závodů a výstav, avšak svého psího společníka neztratil, nadále s ním žije, chodí na procházky i na cvičiště, i když již jen pro zábavu, a nikoli z důvodu výcviku na závody. Újma žalobce nedosahuje za těchto okolností intenzity osobního neštěstí; jeho život se natolik podstatně nezměnil tím, že přišel o část vyžití spojeného s chovem psa, totiž o možnost účastnit se výstav a závodů (podle závěrů odvolacího soudu dokonce ani o tento aspekt chovu psa žalobce zcela nepřišel). K ceně zvláštní obliby pak soud doplnil, že dané ustanovení platí pro určení výše náhrady za poškození či zničení věci, tedy náhrady za majetkovou újmu způsobenou přímo na věci (příp. i na zvířeti), nikoliv pro určení náhrady za nemajetkovou újmu.

Pokud se jedná o náhradu nákladů řízení, tyto nebyly předmětem přezkumu dovolacím soudem, neboť pro to nebyly splněny podmínky, nicméně pro úplnost podotkneme, že dovolací soud přiznal žalovanému náhradu nákladů dovolacího řízení v plné výši.

Náhrada nemajetkové újmy – prohloubení újmy nutnou změnou zaměstnání

Náhrada nemajetkové újmy často souvisí s újmou na zdraví, ať už se jedná o odškodnění bolesti, nebo ztížení společenského uplatnění, které jsou nyní správně považovány za nemajetkovou újmu. Mnoho neznámých ale vyvolává tzv. „náhrada další nemajetkové újmy“. V tomto směru již Nejvyšší soud judikoval svůj názor na tzv. „bolest v širším smyslu“ (viz *Pojistné rozpravy* č. 36); nyní judikaturu týkající se náhrady nemajetkové újmy rozšířil dalším rozhodnutím, a to rozhodnutím sp. zn. 25 Cdo 4518/2018 ze dne 16. října 2019.

Předmětem sporu byla náhrada majetkové a nemajetkové újmy v souvislosti s úmrtím otce rodiny v důsledku nesprávné diagnózy stanovené lékařkou (když nebyla zahájena odpovídající léčba; pacient byl naopak propuštěn do domácího léčení a druhý den zemřel). V rámci projednávání události bylo uplatněno několik nároků, a to náhrada nemajetkové újmy spojené s úmrtím otce a manžela, náhrada za ztrátu prací konaných zemřelým, náhrada nákladů na pohřeb, náhrada škody vzniklé v souvislosti s nucenou změnou zaměstnání matky po úmrtí manžela a náhrada nákladů na výživu. Z vícero nároků řešených soudem zmiňme explicitně nárok na náhradu nemajetkové újmy manželky zemřelého uplatněný v důsledku pracovních změn, ke kterým byla žalobkyně nucena přistoupit po smrti manžela, aby zajistila výživu a péči o syna. Dovolání v této věci podávala žalovaná (a kromě ní i žalobce), s právní otázkou, zda je možné v rámci náhrady nemajetkové újmy odškodnit změnu zaměstnání pozůstalé osoby, a dále sporovala navýšení základních částek náhrad (pětinásobně vyšší než podle rozsudku sp. zn. 4 Tdo 1402/2015).

Pokud jde o požadovanou náhradu nemajetkové újmy za nucenou změnu zaměstnání, zde dovolací soud shledal rozsudek odvolacího soudu, kterým byla taková náhrada újmy přiznána ve výši 250 000 Kč, za správný, a dovolání v této části tedy zamítl. Dovolací soud konstatoval, že „při stanovení výše náhrady za usmrcení osoby blízké (§ 2959 občanského zákoníku) mohou být soudem vzaty v úvahu všechny prokázané okolnosti dokreslující vztah pozůstalé osoby a zemřelého, jakož i obtíže, útrapy a omezení, které pozůstalému úmrtí osoby blízké přineslo, aniž by se žalobce domáhal zvýšení náhrady z určitého důvodu o nějakou k němu se vztahující konkrétní částku. Skutečnost, že žalobkyně byla nucena v důsledku úmrtí manžela změnit zaměstnání, aby sama zajistila péči o nezletilého syna, je způsobilým důvodem pro navýšení náhrady nemajetkové újmy, neboť šlo o okolnost prohlubující duševní strádání, bez ohledu na to, že v daném případě nebylo vyhověno samostatně uplatněnému požadavku žalobkyně na náhradu ztráty způsobené změnou zaměstnání jako majetkové újmy, což je majetkový nárok, k jehož přiznání jsou stanoveny jiné zákonné podmínky. Navýšení náhrady nemajetkové újmy žalobkyni z důvodu nutné změny zaměstnání žalobkyně po úmrtí poškozeného tedy nepředstavuje ani nesprávný výklad ustanovení § 2959 občanského zákoníku, ani jeho nesprávnou aplikaci na daný skutkový stav“.

Pokud se jedná o navýšení základní částky odškodnění za smrt blízké osoby u žalobce, zde došel Nejvyšší soud k názoru, že odvolacím soudem přiznaná výsledná částka 2 mil. Kč (tedy čtyřnásobek základní částky) nerespektuje požadavek proporcionality. Tu splňuje částka 1,5 mil. Kč (tedy trojnásobek). Jde o zcela mimořádné zvýšení, odůvodněné jak specifickými okolnostmi na straně žalobce (věk žalobce, mimořádně intenzivní vztah s otcem, těžké vyrovnávání se se ztrátou otce), tak tím, že „k úmrtí poškozeného došlo v důsledku pochybení zdravotnického zařízení, na které se poškozený jako pacient obrátil o pomoc s důvěrou v odbornost jeho zaměstnanců. Postavení žalované jakožto garanta odbornosti a profesionality zdravotnického personálu je totiž okolností, pro kterou může být náhrada nemajetkové újmy zvýšena“. Soud také zohlednil vstřícný přístup žalované, okolnost, že své pochybení uznala, se žalobci komunikovala, snažila se újmu kompenzovat a částečně k náhradě nemajetkové újmy přistoupila i mimosoudně. V úvahu byla vzata také skutečná situace u zdravotnických zařízení obecně, tedy ekonomická limitace jejich možností přijmout efektivní organizační opatření potřebná k nápravě nežádoucího stavu či realita stavu kvalifikovaných pracovních sil ve zdravotnictví.

Náhrada nemajetkové újmy – mimořádné okolnosti

Dalším z rozhodnutí vztahujících se k náhradě nemajetkové újmy je rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2319/2018 ze dne 10. září 2019. Jednalo se o odškodnění dopravní nehody z roku 2012. Poškozená nárokovala náhradu škody a nemajetkové újmy, a to nárok na bolestné, odškodnění ztížení společenského uplatnění a náhradu za ušlý výdělek. Podle poškozené byly naplněny předpoklady pro použití NOZ dle jeho § 3079, včetně mimořádných důvodů hodných zvláštního zřetele, které spočívají v tom, že žalovaný způsobil újmu žalobkyni jako opilý řidič, ohrozil na životě ji i její dvě děti, dopustil se závažného úmyslného jednání, za něž byl odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody, po činu se zbavoval majetku a svým jednáním vážně zasáhl do života rodiny poškozené, neboť péče o děti byla přenesena na jejího manžela, jemuž bylo přiznáno odškodnění za zásah do jeho osobnostních práv. Poškozená zmínila také rozdíl mezi přiznanou náhradou ztížení společenského uplatnění a náhradou vypočtenou znalcem dle metodiky Nejvyššího soudu, podle níž by poškozené náleželo téměř třikrát tolik.

K tomu Nejvyšší soud odkázal na svůj dřívější rozsudek (sp. zn. 25 Cdo 1965/2016 ze dne 31. října 2017, uveřejněný pod č. 34/2019 *Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek*, část občanskoprávní a obchodní): [...] *jednou z podmínek pro použití pozdějšího předpisu podle přechodného ustanovení § 3079 odst. 2 občanského zákoníku je existence mimořádných důvodů hodných zvláštního zřetele, pokud setrvání na dosavadní úpravě by ve výsledku znamenalo rozpor s dobrými mravy vedoucí ke krutosti nebo bezohlednosti urážející obyčejné lidské citění. Příkladmo jde o případy, ve kterých škůdce způsobil škodu úmyslně z touhy ničit, ublížit nebo z jiné pohnutky zvlášť zavrženíhodné. Za zvlášť zavrženíhodnou pohnutku lze považovat takovou*

pohnutku, která je v příkrém rozporu s morálkou občanské společnosti a svědčí zpravidla o morální bezcitnosti, zvrhlosti, o bezohledném sobectví, o pohrdavém postoji k základním lidským hodnotám, zejména k lidskému životu. V daném případě však nebyly prokázány žádné skutečnosti hodné mimořádného zřetele, jež by odůvodňovaly postup podle přechodného ustanovení § 3079 odst. 2 NOZ.

Náhrada ztráty na výdělku

Abychom se nepohybovali pouze u náhrady nemajetkové újmy, zastavme se u rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 2319/2018 ještě jednou, tentokrát z pohledu náhrady škody spočívající v ušlém zisku. Z hlediska dokazování se ušlý zisk řadí k těm náročnějším složkám náhrady škody.

Dovolatelka v dovolání vytýkala soudu 1. stupně, že při rozhodování o ztrátě na výdělku označil jí předloženou pracovní smlouvu za nevěrohodnou. Žalobkyně v době úrazu čerpala rodičovskou dovolenou, předtím pracovala jako osoba samostatně výdělečně činná a pomáhala manželovi v jeho obchodní společnosti. Své příjmy doložila daňovými přířiznáními a za sedm let jí ušlo podle jejího názoru minimálně 384 000 Kč. Po ustálení zdravotního stavu uzavřela pracovní smlouvu s manželovou společností na pozici účetní na částečný úvazek, neboť plný úvazek jí nedovoluje zdravotní stav (2. stupeň invalidity). V rámci dovolání poškozená dovozovala, že v důsledku dopravní nehody se trvale snížila její pracovní způsobilost, čímž došlo a bude docházet k její majetkové újmě, a že nemůže jít k její tíži, že pečovala o děti, a tudíž není schopna prokázat své příjmy před nehodou. Argumentovala tím, že ve smyslu rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3768/2008 může být výše nároku určena postupem podle § 136 občanského soudního řádu (podle něhož platí, že lze-li výši nároků zjistit jen s nepoměrnými obtížemi nebo nelze-li ji zjistit vůbec, určí ji soud podle své úvahy).

K argumentaci nastíněné poškozenou soud uvedl, že „se totiž neodškodňuje samotná ztráta ani snížení pracovní způsobilosti, nýbrž až majetková újma projevující se tím, že v důsledku trvalé ztráty (snížením) pracovní způsobilosti vlivem újmy na zdraví přichází poškozený zcela či zčásti o výdělek, kterého by jinak dosáhl“. Tedy pokud neměl poškozený před úrazem žádný výdělek, nemohlo dojít zásadně ani k jeho ztrátě (byť z této zásady existují výjimky).

Ušlý zisk (a tedy ani ztrátu na výdělku) nemůže představovat jen zmaření zamýšleného výdělečného záměru či příslibu možného příjmu, není-li takový majetkový přínos podložen již existujícími či reálně dosažitelnými okolnostmi, z nichž lze usuzovat, že při jejich pravidelném běhu – nebýt škodní události – by k zamýšlenému zisku skutečně došlo – zde soud odkázal např. na rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 818/2005 ze dne 25. ledna 2006, soubor C 4027; sp. zn. 25 Cdo 2973/2005 ze dne 26. září 2007, soubor C 5499; sp. zn. 25 Cdo 237/2011 ze dne 17. září 2012, soubor C 13341, či obdobně též na rozsudek téhož soudu sp. zn. 25 Cdo 3586/2006 ze dne 28. ledna 2009.

Povinnost tvrzení a následně i povinnost důkazní se vztahuje i na konkrétní údaje o tom, v čem tvrzená ztráta spočívá a jak vznikla. Způsob zjišťování výše této ztráty v každém jednotlivém případě závisí především na skutkových tvrzeních poškozeného, jimiž je uplatněný nárok na náhradu škody zdůvodněn, tedy na tvrzeních o konkrétních skutkových okolnostech, z nichž dovozuje, že nebýt pracovní neschopnosti, v zažalovaném období by svou činností dosáhl při podnikání příjmu, o který přišel, a následně samozřejmě na tom, zda relevantní skutková tvrzení byla v řízení prokázána.

Provoz baru

K náhradě nemajetkové újmy a povinnosti nahradit újmu jako takovým se vraťme ještě v jednom rozhodnutí, a to sp. zn. 25 Cdo 2595/2019 ze dne 18. prosince 2019. Předmětem sporu byla náhrada újmy na zdraví způsobená žalobci členy ostrahy podniku. Žalovaný byl provozovatel baru s diskotékou; zajištění ostrahy podniku bylo na základě smlouvy prováděno zaměstnanci jiné společnosti. Soud 1. stupně vyloučil odpovědnost z provozní činnosti i odpovědnost za jednání osoby použité, protože útočníci byli zaměstnanci bezpečnostní agentury, ne žalovaného. Žalovaný tedy nebyl soudem shledán pasivně legitimovaným. Odvolací soud rozsudek soudu 1. stupně potvrdil, když dovodil, že se nejedná ani o provozní odpovědnost (protože poškození zdraví žalobce nemá původ v provozování baru), ani o odpovědnost za použití pomocníka, ani o ručení za činnost poddávatele, ani o odpovědnost za porušení prevenční povinnosti.

Proti rozsudku odvolacího soudu podal žalobce dovolání, kde argumentoval např. tím, že provoz baru a diskotéky je provozní činností a konzumace alkoholu zvyšuje riziko vzniku škod, proto je třeba na něj pohlížet jako na provoz se zvýšeným rizikem; na pachatele je v tomto případě třeba hledět jako na pomocníky, jelikož vykonávali pro žalovaného činnost nad rámec ostrahy podniku v podobě vybírání vstupného a označování lidí páskami. Soud se měl podle jeho názoru zabývat i možností ovlivnit jednání pachatelů. Žalovaný byl podle názoru poškozeného osobou, jež měla kontrolu nad nebezpečnou situací a měla možnost odvrátit nebezpečí vzniku újmy udělením pokynů útočníkům.

Dovolací soud však dovolání neshledal důvodným, když se s výkladem žalobce neztotožnil: *V platné právní úpravě došlo k podstatnému odlišení obou typů odpovědnosti a zmírnění podmínek pro posuzování vzniku újmy z běžné provozní činnosti. Záměrem zákonodárce bylo rozšířit možnosti škůdce zprostit se povinnosti hradit újmu. Jak vyplývá ze znění zákona i z důvodové zprávy, ne každá provozní činnost je provozem závodu či jiného výdělečného zařízení. V judikatuře bylo dovozeno, že pojem „provoz“ je třeba vykládat jako činnost související s předmětem činnosti (zpravidla podnikatelské, obchodní), kterou subjekt vyvíjí zpravidla opakovaně, za užití určitých organizačních opatření, někdy s využitím různých technologií či postupů, včetně věcí, jimiž je místo činnosti vybaveno (viz např. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo*

529/2006 ze dne 29. ledna 2008). Odpovědnost za škodu způsobenou provozní činností tak např. nebyla shledána v organizaci sportovní činnosti (srov. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2600/2007 ze dne 29. května 2008, uveřejněný v souboru rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu – dále jen „soubor“ – pod C 6089) či kulturní akce (srov. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 776/2012 ze dne 19. prosince 2012) ani v provozu banky (srov. usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1408/2005 ze dne 27. června 2007, soubor C 5248), přestože také tyto akce bývají výdělečného charakteru a při jejich provozu je obvykle přítomna ostraha. Pro posouzení, zda jde o škodu z provozní činnosti, je klíčové, jak k újmě došlo: zda v souvislosti s technickou složitostí či náročností provozní činnosti, nebo nikoli. O škodu způsobenou provozní činností nejde, jestliže škoda nemá původ v povaze činnosti žalovaného nebo věci při této činnosti použité, ale např. došlo-li ke škodě v důsledku porušení právní povinnosti (srov. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2429/2007 ze dne 25. listopadu 2009, uveřejněný pod číslem 101/2010 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek, část občansko-právní a obchodní). Z již uvedeného je zřejmé, že právní závěr odvolacího soudu, že posuzované poškození zdraví žalobce nemá původ v provozování baru, je správný, neboť k újmě nedošlo v souvislosti s provozem baru či diskotéky. Pro vznik újmy nebylo rozhodující zajištění prostor, zásob či hudební produkce související s provozem baru či diskotéky, nýbrž zcela neadekvátní reakce dvou osob ostrahy podniku.

Pokud se jedná o tvrzenou odpovědnost za zmocněnce, zaměstnance či jiného pomocníka podle § 2914 NOZ, ani tu soud v tomto případě neshledal. Žalovaný nebyl nadřízeným ani zaměstnavatelem útočníků, nepodílel se na jejich výběru, nedohlížel na jejich výkon práce ani je žádným způsobem neinstruoval, ani nevybízel k zákroku na dovolatele. Odpovědnost za své zaměstnance by tak připadala v úvahu u společnosti, se kterou měl žalovaný mandátní smlouvu na ostrahu objektu, která převzala odpovědnost za veškeré škody, jež příp. svým chováním její zaměstnanci způsobí, a která byla zodpovědná za výběr ostrahy, a tudíž i za jednání svých zaměstnanců při plnění pracovních povinností.

Ani povinnost k náhradě újmy způsobené porušením prevenční povinnosti dle § 2901 NOZ v posuzovaném případě Nejvyšší soud nedovodil, protože uvedené ustanovení ukládá povinnost preventivního zakročení na ochranu jiného pouze ve třech zákonem vymezených případech:

- vytvořil-li někdo nebezpečnou situaci nebo má-li nad ní kontrolu;
- odůvodňuje-li to povaha poměru mezi osobami, tím se má na mysli určitá jeho zvláštnost, která spočívá především ve vyšší míře důvěry vyplývající z možnosti spolehnout se na určitou kvalitu chování svéprávného člověka;
- může-li někdo podle svých možností a schopností snadno odvrátit újmu, o níž ví nebo musí vědět, že hrozící závažností zjevně převyšuje, co je třeba k zákroku vynaložit.

Podle názoru dovolacího soudu se však vždy jedná o situaci vyvolané přírodními jevy (bouře, požár apod.), neodpovědnými subjekty (malé děti, zvířata, opilci) nebo osobami, jež jsou povinny se nebezpečným situacím vystavovat (bezpečnostní sbory, hasiči, zdravotníci). O žádný takový případ se však v dané věci nejedná a žalovanému nelze podle názoru soudu klást za vinu, že se aktivně nezapořil do řešení útoku na dovolatele.

V rámci tohoto rozhodnutí ještě zmiňme poznámku soudu směrem k povinnosti nahradit újmu způsobenou provozní činností, kde soud uvádí, že „vymezení pojmu ‚provozní činnost‘ je v podstatě stejné jako v dosavadním § 420a občanského zákoníku z roku 1964 (a v tomto směru je proto použitelná i dosavadní judikatura k tomuto ustanovení), odlišně je upravena pouze možnost zproštění povinnosti provozovatele k náhradě, pokud prokáže, že vynaložil veškerou péči, kterou lze rozumně požadovat, aby ke škodě nedošlo. Výrazem ‚rozumně požadovat‘ je vyjádřeno, že se nemají na mysli jen povinnosti ujednané ve smlouvě nebo stanovené právními předpisy, ale vše, co se v daném ohledu jeví s ohledem na povahu provozu jako racionální. Je tím také vyjádřeno, že na provozovatele nemohou být kladeny přepjaté požadavky – byť jsou formulovány jako objektivní –, neboť musí odpovídat tomu, co se od jednatelce v daném oboru očekává jako opatrné jednání podle dosažené úrovně poznání i obecné zkušenosti“.

Odpovědnost za věci vnesené v rámci ubytování

Jedním z dílčích témat, které NOZ nebylo zcela jasně vyřešeno, byla odpovědnost za věci vnesené (v rámci poskytování ubytovacích služeb) dle § 2948 NOZ, podle jehož odst. 1 se škoda hradí do výše odpovídající stonásobku ceny ubytování za jeden den. K této otázce se vyjádřil Nejvyšší soud v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 3580/2018 ze dne 30. května 2019. Předmětem sporu bylo odškodnění za odcizení jízdního kola v hodnotě 60 000 Kč umístěného a uzamčeného ve stojanu na kola v ubytovacím zařízení žalovaného. Soud 1. stupně nárok poškozenému přiznal (zamítl pouze část úroku z prodlení). Odvolací soud rozsudek soudu 1. stupně potvrdil a dále vyložil § 2948 odst. 1 NOZ (limitace výše náhrady škody na vnesených věcech stonásobkem ceny ubytování za jeden den) tak, že jde o cenu za ubytování v pokoji ubytovacího zařízení bez ohledu na počet ubytovaných osob (žalobce zaplatil za ubytování v období 4.–6. září 2015 částku 4000 Kč, cena ubytování za jeden den činí 1333 Kč a stonásobek 133 300 Kč, žalobcem požadovaná náhrada škody 60 000 Kč tento limit tedy nepřekračuje).

Ve věci bylo podáno dovolání, když žalovaná argumentovala tím, že zákon nespecifikuje, co se rozumí „cenou ubytování za jeden den“, a ona má za to, že je nutno zohlednit i počet ubytovaných osob v pokoji. Dovolací soud shledal dovolání důvodným.

Podle názoru Nejvyššího soudu „je opodstatněné, aby se limit vztahoval na celkovou škodu na všech věcech ubytovaného, nikoliv na škodu na každé jednotlivé poškozené

věci. Je-li v jednom ubytovacím prostoru (pokoji, apartmá) ubytováno více osob, je základem pro výpočet limitu náhrady škody na věcech každé z těchto osob cena za tento ubytovací prostor a den dělená počtem v něm ubytovaných osob, nelze-li dovodit jiný způsob určení ceny pro poškozeného (např. při odlišné ceně pro děti apod.). Limit se musí odvíjet od ceny odpovídající ceně za ubytování pro osobu poškozeného, nikoli ceně za celý pokoj či apartmá, jsou-li v něm ubytovány další osoby". Inspirační zdroj ustanovení § 2948 NOZ Nejvyšší soud nalezl v německém občanském zákoníku (BGB) v § 702, který je v komentářové literatuře vykládán shodně, tj. tak, že „obsazuje-li více osob vícelůžkový pokoj, ubytovatel obdrží cenu ubytování za každou jednotlivou osobu (každé lůžko), nikoli za pokoj. Odpovídá proto každé osobě až do stonásobku denní ceny za ubytování. Nezáleží na tom, zda se přijetí uskutečnilo jednotně nebo odděleně a zda každý host nebo pouze jeden – např. manžel – uzavřel smlouvu o ubytování. Totéž platí i pro uzavřený pobyt skupiny osob (zájezd, sportovní mužstvo) za celkovou částku, přičemž cena ubytování za jednotlivce vyplývá z rozdělení celkové ceny na počet částí“.

V dané kauze to znamená, že limitem náhrady škody bude stonásobek ceny ubytování, kterou zaplatil poškozený za svou osobu za jeden den. Pokud zaplatil ubytování i pro další osoby, tato částka se do limitu podle § 2948 odst. 1 NOZ nepromítne. Za nesprávný považoval dovolací soud také závěr, že pobyt trval tři dny (4.–6. září), ačkoliv podle zvyklostí den nástupu a odjezdu nezahrnuje celý den. Pokud by tedy nebylo prokázáno jiné ujednání, půjde v takovém případě o ubytování na dva dny (dvě noci).

Pojištění odpovědnosti a promlčení práva na pojistné plnění

Další otázkou, která ohledně pojištění odpovědnosti v souvislosti s novou civilní právní úpravou vyvstala, je promlčení práva na pojistné plnění z tohoto pojištění. NOZ totiž v této oblasti přinesl změnu, když v § 635 odst. 2 stanovuje, že právo na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti se promlčí nejpozději promlčením práva na náhradu škody nebo újmy, na kterou se pojištění vztahuje. Ačkoliv se znění textu zákona zdá poměrně jednoznačné, výklad tohoto ustanovení soudy nebyl jednotný. Podstatou tohoto omezení je, aby bylo zabráněno obcházení promlčecích lhůt práva na náhradu škody uplatněním práva na pojistné plnění, tedy aby se poškozený v případech, kdy již marně uplynula promlčecí lhůta práva na náhradu škody, nedomohl náhrady škody prostřednictvím pojistného plnění (kdy promlčecí lhůta práva na pojistné plnění činí u tohoto pojištění tři roky, ovšem počíná běžet až za jeden rok po pojistné události, může být tedy delší než promlčecí lhůta práva na náhradu škody – pro úplnost uvedme, že počátek běhu těchto lhůt také není stejný).

Argumentace k neuplatnění této promlčecí lhůty práva na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti byla různá a právní názor v některých případech nebyl jednotný ani v rámci téhož soudu (např. u Městského soudu v Praze, kdy rozdílné senáty soudu k této problematice zaujímaly

různé názory). V rámci soudních sporů bylo možno setkat se s argumentací např. tím, že právo na náhradu škody a právo na pojistné plnění jsou odlišnými právy (což je závěr správný) a poškozený v tzv. „povinném ručení“ může uplatnit náhradu škody proti škůdci jen tehdy, pokud se na danou událost nevztahuje pojištění odpovědnosti za škodu, a tedy bezdůvodné obohacení nemůže v takovém případě nastat a dané omezení se na tento případ nevztahuje (což už je závěr nesprávný); dále že NOZ v této oblasti žádnou změnu nepřinesl; jiným argumentem bylo vztažení omezení pouze k objektivní promlčecí lhůtě práva na náhradu škody (nikoliv subjektivní). Z rozhodnutí odvolacích soudů, které námitce promlčení s odkazem na § 635 odst. 2 NOZ nevyhověly z důvodu jiného výkladu daného ustanovení, uveďme např. rozsudek Krajského soudu v Plzni sp. zn. 10 Co 24/2018 nebo Městského soudu v Praze sp. zn. 35 Co 236/2018 či sp. zn. 55 Co 277/2019. Jako opačná pak uveďme rozhodnutí jiných senátů Městského soudu v Praze, např. sp. zn. 30 Co 188/2019, sp. zn. 58 Co 139/2019, sp. zn. 18 Co 290/2018, sp. zn. 23 Co 229/2019 či sp. zn. 51 Co 264/2019.

S konečnou platností tuto otázku vyřešil Nejvyšší soud, a to v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1976/2019 ze dne 18. listopadu 2019. Jednalo se o spor o plnění z garančního fondu za poškozená svodidla. Soud 1. stupně žalobu zamítl a odvolací soud toto rozhodnutí potvrdil. Česká kancelář pojistitelů totiž vznesla námitku promlčení, když právo na plnění se podle jejího názoru promlčelo za tři roky od doby, kdy se poškozený o škodě dozvěděl (podle § 635 odst. 2 NOZ). Žalobce podal dovolání, přičemž Nejvyšší soud se k uvedené otázce vyjádřil následujícím způsobem: Právo na pojistné plnění má počátek promlčecí lhůty stanoven na okamžik uplynutí jednoho roku od pojistné události (zde se jedná o lhůtu objektivní, která začíná běžet bez ohledu na vědomost oprávněné osoby) – viz § 626 NOZ. U práva na náhradu škody se počátek subjektivní promlčecí lhůty váže k vědomosti o škodě a o osobě povinné k její náhradě – viz § 620 odst. 1 NOZ. Objektivní promlčecí lhůta práva na náhradu škody činí 10 let ode dne, kdy škoda nebo újma vznikla – viz § 636 odst. 1 NOZ. Subjektivní i objektivní promlčecí lhůta práva na náhradu škody tedy počínají běžet a končí nezávisle na sobě, přičemž platí, že právo na náhradu škody je třeba uplatnit v době, kdy běží obě tyto lhůty (tedy marným uplynutím i jen jedné z nich je právo na náhradu škody promlčeno, i kdyby ještě druhá z nich běžela).

Účelem ustanovení § 635 odst. 2 občanského zákoníku je sjednocení konce promlčecí lhůty u práva na náhradu škody a práva na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti. Má zamezit situacím, kdy může poškozený vymáhat pojistné plnění po pojišťovně, i když je nárok vůči poškozenému promlčen. Z toho vyplývá, že závazek z pojištění odpovědnosti má akcesorickou povahu k povinnosti pojištěného nahradit vzniklou újmu, která je tudíž předpokladem vzniku práva na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti. Opačná situace by zjevně odporovala zásadě zákazu obohacení z pojištění a koncepci pojistného zájmu zakotvené v ustanovení § 2761 občanského zákoníku.

[...] Slovo „nejpozději“ v ustanovení § 635 odst. 2 občanského zákoníku znamená, že právo na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti by nemělo být žalovatelné déle než právo na náhradu škody nebo újmy, na kterou se pojištění vztahuje. Z toho vyplývá, že právo na pojistné plnění se může promlčet dříve, než uplyne promlčecí lhůta stanovená v ustanovení § 626 občanského zákoníku, a to uplynutím subjektivní promlčecí lhůty k uplatnění práva na náhradu škody.

Nejvyšší soud neshledal důvodnou argumentaci žalobce, že ustanovení § 635 odst. 2 NOZ se vztahuje pouze k objektivní, tedy 10leté promlčecí lhůtě práva na náhradu škody či újmy. Takový výklad z uvedeného ustanovení nevyplývá a byl by v rozporu se smyslem a účelem daného ustanovení. Není tedy rozhodné, zda se právo na náhradu škody nebo újmy promlčí v subjektivní nebo objektivní promlčecí lhůtě. Stejně tak soud neshledal důvodnou argumentaci žalobce, že uvedené ustanovení neplatí pro pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, ale má se aplikovat pouze v případech, že škůdce poškozeného sám odškodní a pak toto plnění následně uplatňuje vůči pojistiteli, neboť ani takový výklad ze zákona nevyplývá. Zákon hovoří o právu na pojistné plnění a nerozlišuje mezi tím, kdy je pojistné plnění vypláceno pojistitelem poškozenému, a tím, kdy poškozeného odškodní pojištěný a následně žádá vyplacení pojistného plnění vůči pojistiteli ve svůj prospěch.

V roce následujícím po vydání tohoto rozhodnutí vyšla celá řada dalších rozhodnutí, která závěry tohoto rozhodnutí potvrzují. Na výše uvedené rozhodnutí Nejvyššího soudu navazuje např. rozhodnutí sp. zn. 32 Cdo 582/2020 ze dne 20. dubna 2020. Předmětem sporu zde byl nárok na náhradu škody, který přešel z poškozeného na jeho „havarijního“ pojistitele zákonnou cestí podle § 2820 zákona č. 89/2012 Sb., vyplacením pojistného plnění z havarijního pojištění. Tento pojistitel se domáhal náhrady škody proti odpovědnostnímu pojistiteli. Odpovědnostní pojistitel vznesl s odkazem na § 635 odst. 2 NOZ námitku promlčení, které bylo vyhověno jak soudem 1., tak 2. stupně. Dovolání bylo Nejvyšším soudem odmítnuto.

Nedlouho poté následovalo rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1510/2019 ze dne 18. května 2020, kde byl předmětem sporu opět nárok havarijního pojistitele, na kterého zákonnou cestí přešel nárok jeho klienta na náhradu škody proti škůdci. Nárok přešlý na pojistitele byl v tomto případě uplatňován vůči České kanceláři pojistitelů, neboť vozidlo škůdce nebylo pojištěno. Kromě otázky promlčení práva na pojistné plnění (nejpozději promlčením práva na náhradu škody), kde Nejvyšší soud opět odkázal na svoje první rozhodnutí v této věci, se soud nově vyjádřil také k počátku běhu subjektivní promlčecí lhůty poškozenému (do jehož práv, včetně běhu promlčecích lhůt, pojišťovna vyplacením pojistného plnění vstoupila).

Pokud jde o námitky žalobkyně, že odvolacím soudem učiněný výklad běhu promlčecí lhůty u nároku z pojištění odpovědnosti „vede k nerovnému postavení účastníků, porušení práva na spravedlivý proces, porušení práv spotřebitele a ve svém důsledku i porušení práv garantovaných Listinou základních práv a svobod a je v rozporu

Mohou se vyskytnout případy, kdy úraz, který nastane v režimu pracovního práva, se bude odškodněním lišit od obdobného úrazu, který se odehraje v režimu práva občanského.

s motorovou směrnicí“, těm soud nevyhověl. Podle názoru Nejvyššího soudu „uvedený výklad práva na odškodnění poškozených nebo subjektů, jež do práva poškozených vstoupí (žalobkyně), nijak nepřiměřeně neomezuje. Pouze v souladu s legitimním požadavkem zamezit možnosti domáhat se pojistného plnění po pojišťovně v případě, že je nárok poškozeného vůči škůdci promlčen, sjednotil ukončení běhu promlčecí lhůty, jež je dostatečně dlouhá na to, aby nárok mohl být uplatněn včas“.

Podle § 619 odst. 2 NOZ platí, že právo může být uplatněno poprvé, *pokud* se oprávněná osoba dozvěděla o okolnostech rozhodných pro počátek běhu promlčecí lhůty anebo *kdy* se o nich dozvědět měla a mohla. Podle § 620 odst. 1 NOZ okolnosti rozhodné pro počátek běhu promlčecí lhůty u práva na náhradu škody zahrnují vědomost o škodě a osobě povinné k její náhradě. Podle názoru Nejvyššího soudu „ustanovení § 619 občanského zákoníku upravuje obecně počátek běhu subjektivní promlčecí lhůty nároků vymahatelných u orgánu veřejné moci. Lhůta počne běžet tehdy, kdy se oprávněná osoba dozvěděla nebo se měla a mohla dozvědět o všech okolnostech relevantních z pohledu promlčení. Běh subjektivní lhůty není proto nezbytně spojen s vědomostí o rozhodných skutečnostech, ale i se stavem, kdy se o nich oprávněný subjekt dozvědět mohl a měl (zaviněná nevědomost), což vyjadřuje zásadu, že práva patří bdělým (*vigilantibus iura scripta sunt*)“.

Ustanovení § 620 odst. 1 NOZ, které upravuje počátek subjektivní promlčecí lhůty u nároku na náhradu škody nebo újmy, navazuje na ustanovení § 619 NOZ, tedy dikce „měl a mohl“ se uplatní i při jeho výkladu. *Okamžik znalosti o okolnostech rozhodných pro počátek běhu promlčecí lhůty je určován jak subjektivně (skutečná znalost), tak i objektivně a běh promlčecí lhůty může začít bez skutečné znalosti oprávněného o uvedených okolnostech v případě, že se oprávněný o nich objektivně dozvědět měl a mohl. Předpokládaná vědomost může nastat zároveň s vědomostí skutečnou nebo ji může předcházet – a v takovém případě je rozhodný pro počátek běhu promlčecí lhůty ten okamžik, který nastane dříve. Určení, kdy se oprávněný o okolnostech rozhodných pro počátek běhu promlčecí*

lhůty objektivně dozvědět měl a mohl, závisí na okolnostech případu, přičemž je u něj předpokládáno vynaložení obvyklé míry pozornosti, pečlivosti i opatrnosti.

Pro počátek běhu subjektivní promlčecí lhůty podle § 620 odst. 1 NOZ je rozhodnou okolností vědomost o vzniku škody a o totožnosti odpovědné osoby. K tomu je podle názoru Nejvyššího soudu přiměřeně použitelná dosavadní judikatura k výkladu toho, kdy se poškozený o relevantních skutečnostech opravdu dozvěděl. [...] *poškozený se dozví o škodě tehdy, když zjistí skutkové okolnosti, z nichž lze dovodit vznik škody a orientačně (přibližně) i její rozsah (tak, aby bylo možné určit přibližně výši škody v penězích), a není třeba, aby znal rozsah (výši) škody přesně. Znalost poškozeného o osobě škůdce se váže k okamžiku, kdy obdržel informaci, na jejímž základě si může učinit úsudek, která konkrétní osoba je za škodu odpovědná (srov. např. rozsudky Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Odo 477/2001 ze dne 30. dubna 2002 a sp. zn. 25 Cdo 61/2003 ze dne 28. ledna 2004, publikované v souboru civilních rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu pod „C 1168“ a „C 2445“, dále jen „soubor“, nebo rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1440/2010 ze dne 27. června 2012). Vědomost poškozeného o osobě odpovědné za škodu, s níž zákon spojuje počátek běhu subjektivní promlčecí doby, nepředpokládá nezpochybnitelnou jistotu v určení osoby odpovědné za vznik škody. Najisto lze odpovědnost určité osoby postavit až na základě dokazování v soudním řízení, které je teprve podáním žaloby, tedy uplatněním nároku u soudu, zahájeno. Zákon proto vychází z předpokladu, že po osobě, která ví o vzniku škody, lze požadovat, aby nárok u soudu uplatnila, jakmile má k dispozici takové informace o okolnostech vzniku škody, v jejichž světle se jeví odpovědnost určité konkrétní osoby dostatečně pravděpodobnou (např. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 359/2005 ze dne 25. dubna 2006, soubor C 4273, nebo usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 4311/2010 ze dne 26. dubna 2012).*

V daném případě byly informace o účastnících nehody i o okolnostech jejího vzniku uvedeny v zápisu o nehodě ze dne 6. ledna 2014. K tomuto dni tak poškozená zjistila (nebo měla a mohla zjistit), která osoba by mohla nést odpovědnost za vzniklou škodu. *Okolnost, že probíhalo přestupkové řízení, jež skončilo z procesních důvodů, aniž byl určen konkrétní viník přestupku, není pro posouzení počátku běhu promlčecí lhůty rozhodná, neboť nebrání tomu, aby v případném soudním řízení byla otázka zavinění nehody předmětem dokazování. Zde soud odkázal na závěry dosavadní judikatury, podle níž automaticky neplatí, že teprve dnem právní moci rozsudku, v němž je konstatována protiprávnost jednání škůdce, se poškozený dozvídá o tom, že mu vznikla škoda a kdo za ni odpovídá (srov. např. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 519/2002 ze dne 13. listopadu 2003, soubor C 2145). Totéž obdobně platí pro rozhodnutí o přestupku. Rozhodující je okamžik, kdy poškozený zjistí skutkové okolnosti podstatné pro vymezení odpovědného subjektu (srov. rozsudky Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 871/2002 ze dne 30. září 2003, sp. zn. 21 Cdo 2958/2007 ze dne 13. listopadu 2008, sp. zn. 25 Cdo 4725/2010 ze dne 30. října 2012 nebo sp. zn. 25 Cdo 2272/2011 ze dne 27. února 2013). Ostatně při přijetí argu-*

mentace žalobkyně, že bylo-li přestupkové řízení odloženo, nelze odpovědnou osobu určit, nastala by absurdní situace, kdy by subjektivní promlčecí lhůta nezačala běžet nikdy.

V neposlední řadě lze k tématu promlčení práva na pojistné plnění v důsledku promlčení práva na náhradu škody uvést rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 4303/2019 ze dne 28. května 2020. Zde naopak musel Nejvyšší soud rozsudek odvolacího soudu, kterým bylo potvrzeno prvostupňové rozhodnutí příznávající (z převážné části) nárok na pojistné plnění, zrušit a věc vrátit zpět, neboť soudy nalézací neakceptovaly námitku promlčení vznesenou žalovaným a zcela pominuly ustanovení § 635 odst. 2 NOZ. Podstatou sporu byly nároky spojené s újmou na zdraví.

Nejvyšší soud opět uvedl, že „účelem ustanovení § 635 odst. 2 občanského zákoníku je sjednocení konce promlčecí lhůty u práva na náhradu škody a práva na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti. Má zamezit situacím, kdy může poškozený vymáhat pojistné plnění po pojistiteli odpovědnosti, i když je nárok vůči škůdci promlčen. Z toho vyplývá, že závazek z pojištění odpovědnosti má akcesorickou povahu k povinnosti pojištěného nahradit vzniklou újmu, která je tudíž předpokladem vzniku práva na pojistné plnění z pojištění odpovědnosti. Opačná situace by zjevně odporovala zásadě zákazu obohacení z pojištění a koncepci pojistného zájmu zakotvené v ustanovení § 2761 občanského zákoníku“, a odkázal na svoje první rozhodnutí s tímto závěrem, včetně zdůraznění, že promlčení práva na pojistné plnění nastane i s promlčením subjektivní promlčecí lhůty práva na náhradu škody (nejen objektivní). Nalézací soud byl tedy zavázán zabývat se při posouzení námitky promlčení všemi okolnostmi rozhodnými pro její posouzení, tj. nejen z hlediska promlčecí lhůty podle § 626 NOZ, ale i z hlediska počátku a běhu subjektivní promlčecí lhůty podle § 620 NOZ (příp. nejde-li o nároky podle § 636 odst. 3 NOZ, i objektivní promlčecí lhůty podle § 636 NOZ), jež běží poškozenému vůči škůdci.

Názor Nejvyššího soudu na otázku ustanovení § 635 odst. 2 NOZ lze v tomto směru zřejmě považovat za konstantní. Změnu do této problematiky by výhledově mohl vnést eventuálně Ústavní soud, nicméně např. v právní věci sp. zn. II. ÚS 219/20 ze dne 24. ledna 2020, kdy předmětem ústavní stížnosti byl právě tento výklad, Ústavní soud návrh shledal zjevně neopodstatněným, když stěžovatel nedokázal přesvědčivě vysvětlit, v čem spočívá ústavní rozměr jeho nesouhlasu s výkladem podústavního práva soudem. Ani Ústavní soud neshledal nic, co by tento nesouhlas s výkladem promlčení posouvalo do ústavní roviny. Ústavní stížnost tedy postrádala ústavněprávní dimenzi, a proto byla odmítnuta.

Promlčení nároku na odškodnění za smrt osoby blízké

K problematice promlčení zmiňme ještě jedno rozhodnutí, které se sice týká předchozí právní úpravy, závěry dovozené tentokrát Ústavním soudem však mají mnohem širší dopad. Je třeba vést v patrnosti, že ani názor vyjádřený Nejvyšším soudem nemusí být názorem definitivním,

resp. nemusí být úplným řešením právní situace. Některá z rozhodnutí Nejvyššího soudu jsou následně přezkoumána Ústavním soudem, přičemž ten může dojít k závěru jinému, který poté do výkladu sporných otázek zasáhne (příp., jako v níže uvedené věci, sice samotný právní názor Nejvyššího soudu dotčen není, nicméně Ústavní soud může nadnést nutnost dořešit nějakou souvislost daného tématu, která může závěr případu změnit). Taková situace nastala u rozhodnutí ohledně promlčení nároku na odškodnění za smrt blízké osoby podle předchozí právní úpravy (§ 11 a 13 zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku). Jednalo se o spor proti nemocnici o náhradu nemajetkové újmy z titulu ochrany osobnosti za smrt matky žalobců v důsledku nedbalostního pochybení nemocnice. Ke smrti pacientky došlo v roce 2003, žaloba byla podána až v roce 2010. Soud 1. stupně žalobcům nárok přiznal a námitku promlčení vznesenou nemocnicí hodnotil jako rozpornou s dobrými mravy s ohledem na chování žalované. Odvolací soud žalobu zamítl s tím, že žaloba byla podána až po změně judikatury Nejvyššího soudu ve vztahu k promlčení práva na náhradu nemajetkové újmy v penězích (viz rozsudek velkého senátu občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu sp. zn. 31 Cdo 3161/2008 ze dne 12. listopadu 2008), podle níž se toto právo promlčuje v obecné objektivní tříleté lhůtě.

Nejvyšší soud v rozhodnutí sp. zn. 30 Cdo 4545/2017 ze dne 24. července 2018 potvrdil rozhodnutí odvolacího soudu, když nárok byl promlčen a námitku promlčení soud nepovažoval za rozpornou s dobrými mravy. Soud upozornil, že žalobci právo na peněžní satisfakci uplatnili po více než dvou letech od doby, kdy došlo ke změně judikatury k promlčitelnosti, resp. nepromlčitelnosti nároku na náhradu nemajetkové újmy v penězích podle ustanovení § 13 odst. 2 zákona č. 40/1964 Sb. Závěr odvolacího soudu o tom, že uplatněním námitky promlčení žalovaná nezneužila svého práva na úkor žalobců, a proto uplatnění námitky promlčení není v rozporu s dobrými mravy, dovolací soud považoval za přesvědčivě zdůvodněný. Rozhodnutí odvolacího soudu tedy dovolací soud nepovažoval za rozhodnutí v rozporu s ustálenou rozhodovací praxí dovolacího soudu.

Proti rozhodnutí dovolacího soudu byla podána ústavní stížnost. Ústavní soud nálezem IV. ÚS 3500/18 ze dne 10. prosince 2019 usnesení Nejvyššího soudu a rozsudek odvolacího soudu zrušil s níže uvedenou argumentací. Ústavní soud v nálezu sp. zn. II. ÚS 635/09 ze dne 31. srpna 2010 (N 176/58 SbNU 539) uvedl, že nemíní zpochybňovat právní závěr učiněný Nejvyšším soudem, že se v případě náhrady nemajetkové újmy právo promlčuje. Současně však uvedl nutnost posuzovat promlčení práva na náhradu nemajetkové újmy podle § 13 zákona č. 40/1964 Sb. v řízeních zahájených před tímto přelomovým rozsudkem (resp. před publikací rozsudku sp. zn. R 4/2008 ve *Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek*) případ od případu a věnovat pozornost posouzení námitky promlčení z hlediska dobrých mravů – obdobně viz nálezy sp. zn. II. ÚS 3168/09 ze dne 5. srpna 2010 (N 158/58 SbNU 345). Ke svému postupu při posuzování rozporu námitky promlčení s dobrými mravy, dobré víry a právní jistoty a předvídatelnosti soudního

rozhodování u žalob podaných před vydáním přelomového rozhodnutí Nejvyššího soudu Ústavní soud odkázal např. na rozhodnutí sp. zn. IV. ÚS 2842/10 ze dne 25. května 2011 (N 101/61 SbNU 527), sp. zn. III. ÚS 1976/09 (N 208/63 SbNU 419) a sp. zn. IV. ÚS 334/11.

V tomto případě Ústavní soud dovodil, že Nejvyšší soud a odvolací soud ústavně nekonformním způsobem posoudily temporální účinky rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 12. listopadu 2008. Tato otázka je primární, od samotného posuzování souladu námitky promlčení s dobrými mravy oddělená. Velký senát občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu „se k temporálním účinkům změny rozhodovací praxe v rozsudku ze dne 12. listopadu 2008 nevyjádřil; nepostavil jako sjednocovatel judikatury najisto, jak by se měl jeho ‚nový‘ názor aplikovat na v té době již probíhající kauzy i na řízení, která budou v budoucnu teprve zahájena, jejichž předmětem však budou právní skutečnosti, které nastaly ještě před vydáním ‚přelomového‘ rozhodnutí. Je nicméně zřejmé, že svůj názor aplikoval na tehdy rozhodovaný případ, ve kterém potvrdil, že tříletá promlčecí lhůta začala běžet dnem ‚vzniku‘ nemajetkové újmy; změna judikatury se v souzené věci přímo vztahovala na právní skutečnost, která nastala ještě před vydáním předmětného rozhodnutí. Z toho lze usuzovat, že změna rozhodovací praxe působila retrospektivně i v případě, ve kterém interpretační posun nastal“.

Pokud by byl tedy názor Nejvyššího soudu o promlčitelnosti práva na náhradu nemajetkové újmy aplikován přímo, znamenalo by to, že počátek běhu promlčecí doby i její uplynutí nastaly v tomto případě v době, kdy judikatura dovozovala, že promlčení takového nároku neběží. Podle názoru Ústavního soudu „obecné soudy v napadaných rozhodnutích při posuzování počátku běhu promlčecí lhůty ohledně práva stěžovatelů na náhradu imateriální újmy řádně nezohlednily nepředvídatelnost jejich použití, a v důsledku toho neaplikovaly ‚nový‘ právní názor Nejvyššího soudu na případ stěžovatelů ústavně konformním způsobem“.

Nebyla-li promlčecí lhůta jasně určena (definována) zákonem ani ustálenou rozhodovací praxí soudů v okamžiku vzniku události, která je pro její běh rozhodná, nemůže promlčecí lhůta z podstaty věci začít bez dalšího běžet. Vrchní soud klade stěžovatelům k tíži, že neuplatnili své právo na náhradu imateriální újmy u soudu do tří let od rozhodné události (smrti jejich matky), čímž na ně přenáší povinnost předvídat v rozhodné době od 24. prosince 2003 do 24. prosince 2006 budoucí vývoj judikatury, který se definitivně ustálil až 12. listopadu 2008. Uvedeným postupem bylo popřeno legitimní očekávání stěžovatelů založené na dosavadní (letité) ustálené rozhodovací praxi obecných soudů, které mohlo trvat nejdéle do okamžiku publikace rozhodnutí velkého senátu Nejvyššího soudu ze dne 12. listopadu 2008; teprve od tohoto okamžiku bylo postaveno najisto, že se právo na finanční odčinění imateriální újmy promlčuje.

Zásah do práva na přístup k soudu je tedy spatřován v tom, že soudy nedaly stěžovatelům šanci, aby přizpůsobili svoje

chování nově publikovanému názoru. Legitimní očekávání žalobců ohledně ustálené rozhodovací praxe, která do značné míry ospravedlňovala jejich nečinnost (podání žaloby u soudu), v daném případě převažuje nad legitimním očekáváním žalované ohledně promlčitelnosti práva.

Nejvyšší soud se k temporálním účinkům změny rozhodovací praxe v rozsudku ze dne 12. listopadu 2008 blíže nevyjádřil, tedy se měly těmito účinky podle názoru Ústavního soudu zabývat obecné soudy. Vrchní soud i Nejvyšší soud počítaly tříletou promlčecí lhůtu od rozhodné události (úmrtí matky stěžovatelů), aniž by vzaly v úvahu předvídatelnost svého postupu a citlivě konkrétní okolnosti souzené věci posoudily. Aplikace čistě retrospektivního přístupu by v daném případě, vzhledem k legitimnímu očekávání stěžovatelů v ustálenou judikaturu, byla nepřiměřeně tvrdá. Podle názoru Ústavního soudu „v souvislosti s „přelomovým“ rozhodnutím Nejvyššího soudu ze dne 11. prosince 2008 [správně se zřejmě jedná o datum 12. listopadu 2008] totiž mohla promlčecí lhůta ohledně práva stěžovatelů začít běžet nejdříve po jeho publikaci; teprve od té doby se stěžovatelé mohli dozvědět o existenci promlčecí lhůty jako takové“.

V dalším řízení by se soudy měly k temporálním účinkům předmětné změny judikatury jasně vyjádřit, a to nejen pro tento případ, ale i z důvodů systémových. Pokud se tříletá promlčecí lhůta u práva na náhradu nemajetkové újmy uplatní rovněž u událostí, které vznikly před publikací „přelomového“ rozhodnutí Nejvyššího soudu, může podle názoru Ústavního soudu promlčecí lhůta v těchto kauzách začít běžet nejdříve od okamžiku publikace předmětné změny v judikatuře. Pokud jde o samotnou námitku promlčení, k té se Ústavní soud blíže nevyjádřil, jelikož zhodnotil, že to není třeba, když soudy nekonformně posoudily počátek běhu promlčecí doby.

Ačkoliv se toto rozhodnutí týká poměrně specifické situace, navíc časově omezené, neboť počet těchto případů se bude s ohledem na běh času snižovat (nově by byl takový nárok odškodňován v režimu § 2959 NOZ), je třeba si uvědomit možnosti dopadu tohoto rozhodnutí na jiné situace, kdy dojde ke změně judikatury Nejvyššího soudu. V tomto případě Ústavní soud dovodil, že ačkoliv se nárok na náhradu nemajetkové újmy promlčuje, promlčecí doba (nově „lhůta“) nepočala v daném případě běžet od okamžiku stanoveného pro její běh v zákoně, ale soud váže její počátek nejdříve na okamžik vydání, resp. zveřejnění rozhodnutí soudu ve sporu vedeném mezi jinými účastníky.

Z tohoto soudního rozhodnutí je také patrné, jaká může být časová prodleva mezi nastalým problémem a jeho právním vyřešením. Příklad smrti pacientky v roce 2003 je řešen ještě v roce 2019, přičemž ani toto soudní rozhodnutí není konečným rozhodnutím, neboť případ byl vrácen zpět k dalšímu řešení. Přitom připomeňme, že se zde jednalo o „starou“ právní úpravu, která je (ve srovnání s NOZ) judikatorně již několik desítek let řešena.

Z výše uvedených soudních rozhodnutí je zřejmé, že ačkoliv bylo v posledních měsících fungování téměř

všeho zcela zásadně ovlivněno koronavirem, život se nezastavil, a již v době přípravy tohoto příspěvku vycházejí další soudní rozhodnutí s dopady do pojištění, na která v tomto článku prostor nezbývá. Jako „ochutnávku“ můžeme uvést např. rozhodnutí velkého senátu občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu sp. zn. 31 Cdo 1621/2020 ze dne 9. prosince 2020, týkající se „chodníkových škod“. Možná se nad nimi setkáme někdy příště...

Resumé

Recent Case Law Related to Insurance and Obligation to Compensate

The paper deals with the development of case law in the field of compensation for damage and non-material damage, especially in relation to the new Civil Code. Among the more general issues, it deals with the issue of subsidiary application of the Civil Code in the field of employment relationships and issues of limitation of the right to indemnity from liability insurance and the right to compensation for the death of a close person. Regarding individual legal topics, it refers to court decisions concerning compensation for damage and compensation for non-material damage. In the field of compensation for damage, it is a question of defining the concept of operational activity, the limit of compensation for damage to property brought in within the accommodation and proving the loss of earnings. In the field of compensation for non-material damage, following judgments are mentioned: compensation for non-material damage for animal injuries, extraordinary circumstances for the application of the new Civil Code for legal relationships of compensation for damage incurred under previous legislation and compensation for non-material damage caused by a forced change of occupation due to the death of a close person.

Klíčová slova

náhrada nemajetkové újmy, odpovědnost za škodu, pojištění, zranění zvířete, provozní činnost, mimořádné okolnosti, věci vnesené, promlčení, smrt osoby blízké

Keywords

compensation for non-material damage, liability for damage, insurance, animal injuries, operational activity, extraordinary circumstances, property brought in, limitation, death of a close person

Použité zdroje

<<http://www.nsoud.cz>>

<<http://www.usoud.cz>>

Pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem autonomních vozidel 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

Předmětem tohoto článku je pojednání o budoucnosti pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla tak, jak jej známe dnes, a to při zavedení vozidel s vyššími úrovněmi automatizace (tj. s úrovněmi 3-5) do běžného provozu. Autoři se nejen pokusí vymezit hlavní faktory, které budou o vývoji uvedeného pojistného produktu rozhodovat, ale současně nastíní klíčové roviny, v nichž podle jejich názoru dojde k nevyhnutelným změnám oproti současnému stavu.

Autoři se konkrétně zaměří na otázky budoucího postavení poškozených osob, souběhu provozu vozidel více úrovní automatizace, nahodilosti coby základního předpokladu soukromého pojištění, vývoje pojistných rizik, limitů pojistného plnění, vlivu občanskoprávní odpovědnosti za způsobenou újmu, budoucnosti tradičních cenotvorných faktorů pojištění, likvidace pojistných událostí, povinného pojištění v oblasti dopravy jako takového a další související témata.

Cílem tohoto příspěvku není představit konkrétní legislativní návrhy v oblasti pojištění odpovědnosti za újmu vzniklou v důsledku provozu autonomních vozidel.² Hlavním cílem autorů je představit budoucí predikci vývoje legislativy a identifikovat a předestřít zejména ty jednotlivé oblasti současného systému, které v budoucnu nepochybně nebo velmi pravděpodobně doznají větších nebo menších změn. Současně se autoři pokusí postihnout a shrnout hlavní teze a směřování těchto změn. S ohledem na skutečnost, že v otázce přizpůsobování právní úpravy realitě provozu na dopravních komunikacích budou klíčové zejména následující roky, v nichž dojde k postupnému promítání předestřených změn do praxe, předpokládají autoři, že budou publikovat pokračování takto započaté série tematicky zaměřených článků i v příštích několika letech.

Obecně k predikci vývoje právní teorie a praxe

Přestože právo nepochybně patří spíše ke konzervativnějším oblastem lidského života, neustále se vyvíjející technické možnosti a stále častější promítání automatizovaných procesů do lidské činnosti se logicky musí odrazit

rovněž v legislativě. Jednou z oblastí, kde technika kráčí mílovými kroky kupředu, je přeprava osob a nákladu. Ve světě se již poměrně běžně můžeme setkat se samořiditelnými prostředky městské hromadné dopravy, neustále se vyvíjejí asistenty v letecké i železniční přepravě a nastolenému trendu pochopitelně nemohou uniknout ani dopravní prostředky sloužící primárně k individuální přepravě osob. Všechny uvedené druhy přepravy mají společný jmenovatel – výskyt situací, které mají za následek vznik škod, resp. újem na straně pasažérů vozidla, třetích osob, na samotných vozidlech, příp. na ostatním majetku. Technický pokrok v oblasti přepravy osob a majetku si za jeden z cílů klade tyto situace, tedy rizika plynoucí z chybného lidského úsudku nebo jiného počínání, eliminovat. Jako další cíle lze uvést zvýšení komfortu a plynulosti cestování, úsporu nákladů apod.

V oblastech, které jsou úzce spjaty s technologickým rozvojem, provoz autonomních vozidel nevyjímaje, mají právní teoretici jisté výhody a nevýhody. Hlavní výhodou je potenciálně neomezené pole působnosti k prezentaci vlastních názorů a doporučení pro případné legislativní změny. Jako určitou nevýhodu lze vnímat skutečnost, že by právní teorie neměla být samoučelná; každý právní teoretik je současně vázán stavem poznání v oblasti praxe – a právě tomuto stavu by měla být legislativa maximálně uzpůsobena. Pokud jde o očekávaný a předpokládaný vývoj na poli autonomních vozidel, nalézáme se nyní přibližně v polovině cesty k plně automatizovaným vozidlům schopným obstat v reálném provozu. Legislativa má tedy před sebou poměrně dlouhou cestu, než dosáhne stavu, kdy bude plně reagovat na očekávání a požadavky praxe. Nejvyšší úroveň (5) autonomních vozidel lze přitom v provozu ve významnějším zastoupení podle střízlivých odhadů očekávat nejdříve kolem roku 2040,³ a predikce vývoje právní úpravy je tedy aktuálně velmi obtížná.

Za nejrizikovější lze zřejmě považovat úroveň 3 autonomních vozidel, která spoléhá na kooperaci systémů vozidla a osoby řidiče, jenž je povinen za předem definovaných situací do řízení zasáhnout. V rámci této roviny bude značně obtížné nastavit hranici mezi odpovědností za selhání systémů vozidla a selháním řidiče, což však

nemůže mít vliv na právní postavení případných poškozených osob. V rámci plně autonomních vozidel, tj. vozidel úrovně 5, pak bude pozice dnešního řidiče zcela nahrazena pozicí pouhého pasažéra, u něhož by dovození případného odpovědnostního vztahu bylo přinejmenším diskutabilní. Z výše uvedeného je patrné, že se role řidiče vozidla v dnešním chápání bude postupem času oslabovat, a je otázkou, jak tuto skutečnost promítnout do současného systému pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla.

Vývoj nejen právní teorie, ale také praxe bude probíhat současně v několika rovinách a bude nezbytné tento vývoj pokud možno sjednotit. Např. lze hovořit o rovině techniko-regulatorní, která má na starost výrobu autonomních vozidel a jejich zavádění do provozu, o rovině odpovědnostní, která má za cíl určit osobu škůdce v případě vzniklé újmy,⁴ o rovině pojistné, která si klade za cíl kompenzovat ztráty na straně poškozených osob, o rovině ochrany osobních údajů, která má za cíl chránit osobní a další citlivé údaje nejen při provozu vozidla, ale také při šetření případných škod, apod.

Pokud jde o základní koncept, jenž bude nezbytné zachovat i v budoucnu, je jím nepochybně ochrana poškozených. Ta by měla být zajištěna na prvním místě, a to minimálně v rámci současných standardů. Konkrétně se jedná např. o zachování institutu povinného pojištění odpovědných osob, stanovení adekvátních minimálních limitů pojistného plnění, ponechání v platnosti institutu přímého nároku poškozeného vůči pojistiteli (při možném nárůstu regresních nároků pojistitelů vůči třetím osobám) apod.

Hlavní faktory ovlivňující budoucí vývoj právní úpravy

Pokud jde o predikci vývoje legislativy, tato bude v případě členských států nepochybně spjata s unijním právem, tedy obdobně, jak je tomu dnes především v případě tzv. „motorové směrnice“⁵ Nadto nepochybně bude docházet k zapojování odborných uskupení (zde zejména Insurance Europe⁶) za účelem vzájemné koordinace názorů a závěrů. Je otázkou, zda bude postupem času docházet k dílčím novelizacím motorové směrnice, jak tomu bylo v uplynulých letech, nebo zda v určitém okamžiku dojde k přijetí zcela nové právní úpravy reagující na zásadní změny spojené s vyšším podílem provozu vozidel pokročilejších úrovní automatizace. Na poli orgánů EU není otázkou provozu autonomních vozidel a vyplývajících pojistných aspektů ničím novým. Přestože historie prvních analýz sahá mnohem dále, v roce 2018 byla v rámci Výzkumné služby Evropského parlamentu vydána poměrně rozsáhlá studie s názvem „A common EU approach to liability rules and insurance for connected and autonomous vehicles“⁷, analyzující připravenost současného právního rámce⁸ na zapojení zejména vyšších úrovní autonomních vozidel do provozu, a to především v otázkách odpovědnosti za újmu a navazujícího pojištění. Studie správně vyzdvihuje dvě oblasti, kterými jsou oblast distribuce rizik mezi entitami zainteresovanými na výrobě a provozu autonomních vozidel a oblast zachování rovnováhy, resp. vyváženého poměru případné odpo-

vědnosti mezi zainteresovanými entitami. Teprve na základě vešelé diskuze je možné uvažovat o případných novelizacích relevantních právních předpisů.⁹

V dnešní době, kdy jsou součástí běžného provozu autonomní vozidla nižších úrovní (zejména úrovně 1, částečně pak úrovně 2), není potřeba zásadně měnit zažitý vzorec v oblasti pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla, a to s ohledem na skutečnost, že asistenty vozidla slouží pouze jako podpora řidiče, jehož vůle by měla mít (až na výjimky v podobě kritického brzdění před překážkou apod.) vždy přednost. V tomto smyslu jsou ostatně uživatelé vozidel v manuálech k těmto vozidlům upozorňováni. Stejně tak obvykle existuje možnost některé z asistentů před jízdou deaktivovat. Potud tedy nebyly legislativní zásahy nutné. V situaci, kdy vůle řidiče vozidla pozbude zcela nebo převážně na významu, bude velmi pravděpodobně nutné stávající rámec právní úpravy přehodnotit a modifikovat, a to s ohledem na přesun rizik, resp. odpovědnosti za rizika ze strany řidiče vozidla na stranu třetí osoby, patrně výrobce vozidla, resp. výrobce jednotlivých systémů (zde je poměrně často při různých odborných setkáních diskutována základní otázka, zda by měl mít přednost „hardware“, nebo „software“).

Celosvětově se zavedením vyšších úrovní autonomních vozidel do běžného provozu zabývají poměrně logicky především vyspělejší země.¹⁰ V tomto smyslu lze hledat určitou inspiraci, ačkoliv s ohledem na skutečnost, že ani tyto právní úpravy, až na výjimky, zatím nepředvídají provoz vozidel plně autonomních, se tyto právní úpravy obvykle spokojí s konstatováním, že dosavadní stav legislativy dopadá (maximálně po dílčích úpravách) rovněž na očekávaný vývoj v řádu příštích několika málo let. Pokud jde o současné aktivity v rámci ČR, lze zmínit dva hlavní hmatatelné výstupy: Prvním výstupem je dokument s označením „Vize rozvoje autonomní mobility“, který byl vládou ČR schválen usnesením dne 11. října 2017. *Dokument se zabývá hlavními tématy spojenými s autonomní dopravou a jejím postupným uvedením do reálného provozu v ČR. Materiál doporučil základní kroky pro další rozvoj autonomní mobility v ČR.*¹¹ Jedním z těchto kroků bylo zpracování *Akčního plánu autonomního řízení*, a to v termínu do 30. června 2018. Návrh *Akčního plánu autonomního řízení* byl skutečně vyhotoven a předložen Ministerstvem dopravy ČR, přičemž aktuálně se nachází ve fázi před schválením vládou ČR. Návrh *Akčního plánu autonomního řízení* výslovně uvádí jednotlivé oblasti právního řádu, které bude nezbytné novelizovat. Otázku pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem těchto vozidel uvedený dokument sice prakticky opomíjí, nicméně ji lze nepřímou podřadit pod téma samotné odpovědnosti za újmu, které je, byť velmi stručně, v dokumentu zmíněno. Nelze však tvrdit, že by se na poli tuzemského pojišťovacího práva nic nedělo a pouze se vyčkávalo. Zejména v rámci interních činností Ministerstva financí ČR již probíhají konkrétní aktivity, které mají za cíl průběžně mapovat současný stav tuzemské legislativy i vývoj činností na unijní úrovni a připravovat půdu pro budoucí novelizaci tuzemských právních předpisů. Stejně tak již probíhají odborné diskuze¹² za účasti zástupců různých sfér provozu autonomních

vozidel, zástupce Ministerstva financí ČR nevyjímaje, a to především za účelem shromažďování relevantních poznatků a výměny informací.

Nastínění konkrétních budoucích výzev pro právní teorii

Na tomto místě budou uvedeny základní výzvy, kterým bude dle názoru autorů tohoto článku nezbytné čelit v rámci procesu přizpůsobování tuzemské legislativy podmínkám provozu vyšších úrovní autonomních vozidel. S ohledem na celkové pojetí tohoto příspěvku si autoři nekladou za cíl nalézt jednoznačné odpovědi na veškeré uvedené otázky, a to s ohledem na skutečnost, že to v této fázi poznání není ani možné. Spíše tedy půjde o přestřelení jednotlivých témat, která autoři plánují detailněji analyzovat v budoucnu, při znalosti reálnějších obrysů a představ tvůrců legislativy, které jsou aktuálně značně nekonkrétní. Současně je třeba podotknout, že ne všechny oblasti jsou ryze teoretické, a to s ohledem na výše uvedenou povahu pojistněprávní teorie, která nemůže existovat bez adekvátní odezvy právní praxe, jež následně slouží jako předpoklad pro další teoretické analýzy.

Prvním, ryze teoretickým aspektem je otázka budoucnosti prvku nahodilosti coby základního atributu každého soukromého pojištění.¹³ Existuje reálný předpoklad, že prvek nahodilosti bude minimálně omezen, a to prostřednictvím předem naprogramovaných vzorců chování autonomních vozidel, krizové momenty nevyjímaje. Významnou roli v tomto ohledu bude hrát rovněž etické hledisko, které spočívá v nastavení priorit autonomního vozidla. Konkrétně může být prvek nahodilosti oslaben v situaci, kdy autonomní vozidlo zareaguje ve snaze ochránit vlastní posádku tak, že záměrně způsobí újmu třetí osobě namísto toho, aby v důsledku úhybného manévru došlo k (patrně vyšší) újmě na straně autonomního vozidla a jeho posádky. V případě, kdy by prvek nahodilosti byl zcela upozaděn, o pojištění jako takovém bychom hovořit nemohli, avšak pokud by došlo pouze k jeho modifikaci, nepochybně by se o pojištění stále jednalo. Ostatně v praxi bychom našli více případů, kdy modifikace prvku nahodilosti v kontextu právní teorie existují.

Druhý teoretický aspekt spočívá v úvaze, jak se vyrovnat se souběžným provozem vozidel neautonomních, částečně autonomních a plně autonomních, a to s ohledem na skutečnost, že odpovědnostní a následně pojistné dopady se mohou a pravděpodobně budou značně lišit. Nemělo by přitom být kladeno na bedra poškozeného, aby zjišťoval, který druh vozidla mu způsobil újmu, a kdo tedy nese za tuto újmu odpovědnost. Pakliže by nebyl zvolen přístup spočívající v postupném sblížení právních úprav, ale naopak by existovalo více právních režimů pro různé kategorie vozidel, musely by být jasně určeny postupy k dosažení kompenzace vzniklé újmy, a to tak, aby tento postup byl srozumitelný pro průměrného spotřebitele.

Třetím aspektem, který bude potřeba brát v tuzemském právu v potaz, je vymezení osoby budoucího pojistníka. Ať už půjde o budoucnost dnešního pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla, pojištění

Vývoj nejen právní teorie, ale také praxe bude probíhat současně v několika rovinách a bude nezbytné tento vývoj pokud možno sjednotit.

odpovědnosti výrobce vozidla za újmu způsobenou vadou produktu, nebo jiný obdobný produkt,¹⁴ který bude velmi pravděpodobně spojen s tzv. „pojistným přímusem“ neboli povinností uzavřít pojistnou smlouvu, mělo by být vždy bráno v potaz, že u této osoby musí dojít alespoň podle současné právní úpravy k prokázání tzv. „pojistného zájmu“. Praxe, která se vyvinula bezprostředně po účinnosti nového občanského zákoníku,¹⁵ však napovídá, že institut pojistného zájmu zřejmě nebude zásadní překážkou ani v budoucnu. Zcela klíčové ovšem bude, kterou cestou se zákonodárce (resp. normotvůrce na unijní úrovni) rozhodne jít, a to ve vztahu k volbě klíčového typu pojištění (provoz vozidla, výroba vozidla, výroba systémů apod.) určeného pro pojištění újem majících původ v provozu autonomních vozidel.

Další oblasti jsou spíše praktického charakteru, nicméně i přesto je autoři tohoto článku považují za významné, a to s ohledem na skutečnost, že budou sloužit jako rámec pro většinu budoucích teoretických analýz. *Ad absurdum* dovezeno, v případě, kdy by byla plně autonomní vozidla zcela bezchybná a na jakoukoliv situaci by byla schopna reagovat tak, že by nevznikaly majetkové ani nemajetkové škody, institut povinného pojištění by postrádal smysl. Tato situace však téměř jistě nenastane, resp. minimálně v dohledné době se tak nestane, a proto je třeba s povinným pojištěním počítat rovněž do budoucna. Mezi instituty, které nepochybně doznají změn, lze řadit charakter budoucích rizik (pravděpodobně dojde k úbytku drobných škod, na druhou stranu vzroste počet nákladnějších škod spojených s poškozením funkčnosti jednotlivých autonomních systémů) a nastavení minimálních limitů pojistného plnění (a to jak ve vztahu k výši škod na samotných vozidlech, tak ve vztahu k neustále narůstajícím plněním v souvislosti s nemajetkovými újmami), stejně tak lze očekávat změnu likvidace pojistných událostí, které budou mnohem více propojeny se sférou informačních technologií; postupně budou ztrácet na významu nynější faktory cenotvorby, spočívající ve věku pojistníka a charakteru vozidla (objem, výkon, rozměry apod.), a velmi pravděpodobně dojde ke změnám ve způsobu uzavírání pojistných smluv, kdy lze očekávat nárůst segmentu tzv. „flotilových smluv“, a to na úkor smluv individuálních (tento trend je ostatně v souladu rovněž s trendem očekávaného nárůstu počtu sdílených vozidel v provozu).¹⁶

Závěr

Je neoddiskutovatelné, že postupné zavádění převážně nebo plně autonomních vozidel (tj. vozidel v úrovních 3–5) do běžného provozu s sebou přinese mnoho změn, na které bude nezbytné legislativně reagovat. Již samotný souběžný provoz neautonomních, částečně autonomních a plně autonomních vozidel (pokud tento bude umožněn) zapříčiní specifické problémy k řešení. Stejně tak bude třeba brát v potaz skutečnost, že sebelepší systémy často nenahradí úsudek zkušeného řidiče, což logicky změní sled okolností a výsledek situace. Dojde tedy ke změně charakteru pojistných událostí, ke změnám v procesu likvidace pojistných událostí a v určování výše pojistného; velmi pravděpodobně dojde ke změnám limitů pojistného plnění apod. Nic z toho by však nemělo mít vliv na postavení těch, k jejichž ochraně právní úprava pojištění odpovědnosti z provozu vozidel slouží, tedy poškozených. Autoři tohoto příspěvku jsou přesvědčeni, že také s ohledem na vývoj unijní legislativy, která bude hrát velmi pravděpodobně klíčovou roli i v době autonomních vozidel, nelze očekávat snížení již existujících standardů. Na půdě unijních orgánů, zejména Evropského parlamentu a Evropské komise, již ostatně probíhají aktivity, které by měly v dohledné době vyústit v přijetí právní úpravy, jež by reagovala na blížící se příchod vyšších úrovní autonomních vozidel do běžného provozu. Celosvětově se na příchod vyšších úrovní autonomních vozidel připravují již desítky zemí – a bylo by vhodné zařadit se právě mezi tyto státy nežli pouze *ex post* čerpat ze zkušeností jiných. Jak však bylo opakovaně uvedeno, co do automatizace osobní přepravy se stále ještě nacházíme na začátku a teprve horizont příštích několika let nepochybně odhalí další nové otázky, kterými se bude potřeba detailněji zabývat.

Článek byl zpracován v rámci programu PROGRES Q02 – Publicizace práva v evropském a mezinárodním srovnání, realizovaného na Právnické fakultě Univerzity Karlovy.

Resumé

Liability Insurance for Harm Caused by the Operation of Autonomous Vehicles from the Theoretical Point of View

In this article, the authors intend to deal with individual theoretical aspects of liability insurance for harm caused by the operation of autonomous vehicles. At the beginning, the position of a legal theorist in relation to such a new topic will be defined. Subsequently, the authors will present specific aspects of the topic that future practice will have to deal with and which include e.g. the need to resolve the concurrence of operation of fully autonomous, partly autonomous and non-autonomous vehicles, the issue of randomness and insurance interest, the definition of the policyholder or insured person, the issue of setting limits of insurance benefits, effects on pricing of insurance products and impacts on settlement of insured events.

Klíčová slova

pojištění, odpovědnost za újmu, autonomní vozidlo

Keywords

insurance, liability for harm, autonomous vehicle

- 1 Prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc., vedoucí Katedry finančního práva a finanční vědy Právnické fakulty Univerzity Karlovy. 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. Kontaktní e-mail: vybiral@prf.cuni.cz, ORCID: 0000-0002-1112-408X.
- 2 Pro účely tohoto článku budou pod pojmem „autonomní vozidla“ souhrnně myšlena jak vozidla plně autonomní, tak vozidla částečně autonomní.
- 3 Viz např. *Analýza autonomních vozidel* (s. 24 an.). Dostupné z: <http://www.cap.cz/images/Analzy/Analzy_autonomnich_vozidel.pdf>.
- 4 K tomu viz např. *Autonomní vozidla a odpovědnost za škodu*. Dostupné z: <<https://www.epravo.cz/top/clanky/autonomni-vozidla-a-odpovednost-za-skodu-107861.html>>.
- 5 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/103/ES ze dne 16. září 2009, o pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel a kontrole povinnosti uzavřít pro případ takové odpovědnosti pojištění.
- 6 Insurance Europe k odpovědnosti za elektrická a autonomní vozidla. Dostupné z: <<https://www.opojisteni.cz/technologie/insurance-europe-k-odpovednosti-za-elektricka-a-autonomni-vozidla/c:17808/>>.
- 7 A common EU approach to liability rules and insurance for connected and autonomous vehicles. Dostupné z: <[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/615635/EPRS_STU\(2018\)615635_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/615635/EPRS_STU(2018)615635_EN.pdf)>.
- 8 K připravenosti současné právní úpravy viz např. *Autonomní vozidla optikou ČAP: Právní aspekty*. Dostupné z: <<https://www.opojisteni.cz/spektrum/autonomni-vozidla-optikou-cap-pravni-aspekty/c:14117/>>.

- 9 Zde se má na mysli zejména tzv. „motorová směrnice“ a dále směrnice Rady EU ze dne 25. července 1985, o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se odpovědnosti za vadné výrobky.
- 10 Viz např. *Global Driverless Vehicle Survey*. Dostupné z: <https://www.bakermckenzie.com/-/media/files/insight/publications/2018/03/global-driverless-vehicle-survey-2018/mm_global_driverlessvehiclesurvey2018_mar2018.pdf>, nebo *CMS Expert Guide to autonomous vehicles (AVs)*. Dostupné z: <<https://cms.law/en/int/expert-guides/cms-expert-guide-to-autonomous-vehicles-avs>>.
- 11 *Akční plán autonomního řízení*, dostupný např. na: <<https://www.komora.cz/legislation/14-19-akcni-plan-autonomniho-rizeni-t-8-2-2019/>>.
- 12 Jako příklad lze uvést workshop Právní aspekty pojištění odpovědnosti z provozu autonomních vozidel, proběhlý dne 4. června 2020. Informace dostupné na: <<https://www.ilaw.cas.cz/uvod/aktuality/pravni-aspekty-pojisteni-odpovednosti-z-provozu-autonomnich-vozidel.html>>.
- 13 Blíže viz Karfíková, Marie – Příkryl, Vladimír – Vybíral, Roman, a kol. *Pojišťovací právo*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Leges, 2018, s. 13.
- 14 Tyto úvahy se vedou i v dalších zemích, viz např. Pütz, F. Allocation of liability costs between motor insurer and vehicle manufacturers, in: Bertram, T. (ed.). *Automatisiertes Fahren 2019: Von der Fahrerassistenz zum autonomen Fahren*. Internationale ATZ-Fachtagung. Wiesbaden: Springer-Verlag, 2019, s. 3 an.
- 15 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- 16 K některým dalším oblastem budoucího dopadu rozšíření autonomních vozidel viz např. *Autonomous cars: a big opportunity for European industry*. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/dem/monitor/sites/default/files/DTM_Autonomous%20cars%20v1.pdf>.

Pojistný zájem v životním pojištění

Drahomír Kubáň / advokát

Co znamená, když se řekne, že někdo „má zájem“? Slovo „zájem“ je v právních rádech hojně používaným pojmem s různým významem.

Slovo „zájem“ nese významy jako „úrok“, „účast“, „prospěch“, „užitek“, „záliba“ a „věc“. Pochází z latinského slova „interesse“, které lze rozložit na „inter“ a „esse“, což znamená „mezi“ (něčím) a „být“. Pojem římského práva „*id quod interest*“ představuje v právním smyslu slova užitek nebo škodu, která někomu vznikla jednáním jiné osoby. Soudci byli povinni ptát se: „V čím zájmu?“¹ I pojistitel by si měl klást tuto otázku u každé pojistné smlouvy, kterou uzavírá. „*Interesse*“ (*id quod interest*) v právu znamená rozdíl mezi přítomným objemem jmění osoby škodující a objemem, který by její jmění mělo, kdyby škodní událost nenastala.²

Stručný historický exkurz

Pochopit význam pojmu „pojistný zájem“ obecně, ale i konkrétně v životním pojištění, jak ho známe ze současné právní úpravy, nám pomůže pohled do historie právní úpravy a doktríny zabývající se tímto pojmem. Stručný historický exkurz též ukáže, jak se společenská potřeba chránit zdraví a životy lidí, tedy zájem obecný (veřejný) jako harmonizovaná, právem upravená suma zájmů individuálních,³ sladila se soukromým zájmem na právo uspořádat svůj pojistný vztah svobodně.

„Pojistný zájem“ (angl. *insurable interest*, něm. *das versicherte Interesse*) je ústředním pojmem pojištění a jeho historie sahá do samých počátků vzniku pojištění.⁴ Pojem „pojistný zájem“ se identifikoval v souvislosti s rozlišením pojištění jako přenesení nebezpečí hrožících jednotlivci na společenství jednotlivců. Zájem byl ztotožňován s vlastnictvím, zejména věci. Pojistné plnění mělo sloužit k vyrovnání škody, která nastala vlastníkově. Proto byl též pojem „pojistný zájem“ chápán jako synonymum pojmu „škoda“. S hospodářským vývojem, se kterým ruku v ruce kráčelo i pojištění, vyvstávala otázka, zda obchodník může pojistit zboží, jež není jeho vlastní. Názory, zda tomuto obchodníkovi přísluší pojistné plnění, byly rozdílné. Podle jednoho mínění chyběl pojistný zájem, nárok na pojistné plnění tedy nevznikl. Jiný názor nepovažoval chybějící vlastnický vztah za relevantní. Jiný názor nepovažoval takovou smlouvu ani za pojištění, ani za sázku.⁵ V souvislosti s tímto názorovým střetem vyvstala poprvé otázka, zda osoba oprávněná z pojištění musí mít vztah k pojištěnému objektu, nebo zda nějaká událost, která se jí netýká, je s to vyvolat nárok

na pojistné plnění. Problém zesílil s vývojem životního pojištění, kdy se uzavíraly smlouvy, sázky nebo soutěže na objekty, ke kterým pojistník neměl žádný vztah. Pojištění, resp. sázky na život, se stávaly společensky nežádoucími a janovské statuty z roku 1610 zakázaly pojištění (sázky) na život třetího. Oproštění pojištění od prvků sázky se stalo východiskem pro vědeckou diskuzi o nauce o pojistném zájmu.⁶

Právní věda řešila otázku, jaký ekonomický či právní vztah a v jaké kvalitě musí mít oprávněný z pojištění k pojištěnému objektu. Pojištění nemělo tvořit pobídku ke zničení pojištěného objektu ani k ukončení (vraždě) pojištěného života.⁷ Anglické právo zná pro tento stav termín „morální hazard“. Pojistný zájem, který byl vyvinut jako řešení problému morálního hazardu a rozlišení mezi pojištěním a sázkou, ať už se jednalo o životní, nebo majetkové pojištění, měl zajistit, že pojišťovat se budou jen ti, kteří mají zájem na existenci předmětu pojištění.⁸ Žádné pojištění na život nesmí být sjednáno bez pojistného zájmu a ve všech případech, kde má pojištěný zájem na životě/životech nebo události/událostech, nebude poskytnuto vyšší krytí, resp. neobdrží od pojistitele/pojistitelů více, než je hodnota zájmu pojištěného na tomto životě/životech.⁹

Rozvoj kapitalismu v 18. století přinesl do pojištění další otázku, jako: zda je možné uzavřít životní pojištění na život a zdraví jiné osoby, zda na pojištění téže věci může mít zájem více osob, zda se pojištění může vztahovat na cizí majetek apod. V té době byl také formulován požadavek na pojistný zájem v životním pojištění, nicméně se týkal jen osoby pojistníka samého a jeho manželky/manželů.¹⁰ Ve škodovém pojištění se začalo rozlišovat mezi přímým zájmem vlastníka a nepřímým zájmem nevlastníka (např. úvěrující banka, nájemce). Pojistný zájem se musel prokázat při uzavření smlouvy.

Vzhledem k tomu, že životní pojištění bylo chápáno jako pojištění škodové, musel zájem na pojištění cizí osoby prokázat pojistník. Proto bylo dovoleno, aby věřitel zajistil svou půjčku u dlužníka tak, že pojistil svého dlužníka na život. Pojistný zájem věřitele byl spatřován v majetkové ztrátě v případě smrti dlužníka.¹¹ Takovýto pohled se prokázal jako hospodářsky neopodstatněný a zejména společensky nežádoucí. Postupně se dospělo k principům úpravy, která platí do současné doby, a to tak, že v životním pojištění je nutné odhlédnout od konkrétního pojistného zájmu a zejména že k platnosti pojistné smlouvy je třeba mít pojistný zájem. Ten se v životním pojištění nachází tam, kde mezi lidmi existuje vztah přirozené náklonnosti (*natural*

affection).¹² Samotný vztah přirozené náklonnosti by pro naplnění smyslu životního pojištění nestačil. Pojistník musí demonstrovat, že jeho zájem na životě jiného je též finanční podstaty.¹³

Pojem „pojistný zájem“

V právní úpravě pojištění má pojem „pojistný zájem“ několikový význam: 1) rozlišuje pojištění od sázky a pomocí pojistněmatematických metod definuje pojistitelný zájem (k významu pojmu „pojistitelný“ viz níže), 2) pomáhá určit předmět pojištění a 3) identifikuje nositele pojistného zájmu zejména v pojištěních, kde účastníkem je třetí osoba.¹⁴

Definice pojistného zájmu jsou různé. Přikloníme se k definici, že pojistný zájem je právní vztah, na základě kterého pojistník nebo třetí pojištěný může utrpět nevýhodu (újmu), zejména majetkovou, v důsledku pojistné události. Nositelem pojistného zájmu je ten, kdo by nesl následky újmy (škody), kdyby nebylo pojistné smlouvy.¹⁵ Většina evropských jurisdikcí vychází ze zásady, že pojistný zájem je podstatnou součástí pojištění a jeho nedostatek způsobuje neplatnost pojistné smlouvy. Legální definici pojistného zájmu obsahuje např. český občanský zákoník v § 2761.¹⁶ Podle ní „je pojistný zájem oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události“. Slovo „nevýhodu“, resp. slovní spojení „majetkovou nevýhodu“ je v pojistném právu nutné interpretovat tak, že se jedná o vztah k před-

mětu pojištění. Nevýhoda má vždy ekonomickou podstatu, kterou zpravidla doprovází újma psychická. Pojistný zájem je kauzálním vztahem mezi subjektem zájmu a předmětem pojištění. Pojistný zájem je *causa proxima* potřeby chránit hodnotu (pojištění), když potřeba je *causa promota* (aktivátorem) pojištění.

Termín „zájem“ ve smyslu pojistného práva je obrácen výlučně do budoucna, nikoliv do minulosti nebo současnosti. Jinak by nešlo o pojištění. Směřování pojistného zájmu do budoucna se projevuje budoucí možností spočívající v tom, že nastane újma (škoda). Zájem je dán, když existuje možnost újmy, tzn. že rozsah zájmu omezuje také rozsah možné újmy a tím ve škodovém pojištění i rozsah pojistného plnění.¹⁷ Pojistná událost je událostí, jejíž vznik je nutnou podmínkou plnění pojistitele. Lidé se pojišťují proto, že takováto možnost události může nastat. Lze to vyjádřit i tak, že takováto možnost hrozí. Logicky tedy platí teze, že možnost (nikoliv pravděpodobnost) této události se rovná pojistnému nebezpečí.¹⁸ Směřování pojmu „pojistný zájem“ do budoucna je vyjádřeno též slovem „nebezpečí“, které znamená „možnost ekonomické a jiné újmy“.¹⁹

Subjektivní pojistný zájem jedince je z podstaty hodnotový. Jde tedy o vztah k něčemu, co má určitou hodnotu pro daný subjekt. V životním pojištění je to především život a zdraví jedince a jeho rodiny. Tato hodnota se nazývá „hodnotou pojistnou“ (§ 2766 občanského zákoníku: „osoba, na jejíž život, zdraví, majetek nebo odpovědnost nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje, je pojištěným“). U škodového pojištění slouží jako abstraktní pojmenování toho, co je pojištěno.²⁰ Naproti tomu u obnosového pojištění je konkrétní pojistný zájem obtížněji identifikovatelný. Mnozí autoři mu v obnosovém pojištění nepřikládají význam.²¹ V dalším výkladu se pokusíme objasnit, jaký konkrétní pojistný zájem člověk má, jak se tento zájem může slučovat se zájmem obecným a jak chápat pojem „pojistná hodnota“ v životním pojištění, příp. dalších pojištěních týkajících se zdraví a života lidí.

Pojistný zájem nelze zaměňovat s motivem, který vede zájemce o pojištění k uzavření smlouvy. Pojistný zájem má pro příslušný subjekt hodnotu. Čím je tato hodnota pojistného zájmu vyšší nebo také nižší, tím silnější nebo slabší motiv zájemce k uzavření pojistné smlouvy má. Čím vyšší je možnost, že nastane újma, která půjde k tíži zájemce, tím silnější je motivace pojistný zájem krýt, uzavřít pojistnou smlouvu.

Nástin právních úprav pojistného zájmu v některých zemích psaného a obyčejového práva

Životní pojištění bylo vnímáno jako pojištění škodové, kde platí zásada, že pojištění nikdy nemůže vést k zisku. Nikdy nesmí být nahrazeno více, než je „zájem“, tj. skutečně vzniklá škoda. Tato škoda musí být zjištěna a ve smyslu pojistného práva nesmí být nikdy překročena – naopak může zůstat pod pojistným zájmem.²² Podle teorie náhrady škody spočívá funkce pojištění v náhradě škody způsobené nejistou událostí. Podle teorie potřeby kryje pojištění

Pojistný zájem musí být zásadně prokázán při uzavření pojistné smlouvy, přičemž k jeho existenci stačí možnost vzniku pojistné události. Požadavku existence pojistného zájmu pro platnost smlouvy vyhovuje též, když pojistný zájem vznikne teprve v budoucnosti (např. svatební pojištění).

potřebu vyvolanou nejistou událostí. V případě pojistné události se uhradí potřeba (újma, škoda). V obnosovém pojištění je tato potřeba abstraktní. Obě teorie se však neumí vypořádat s obnosovým pojištěním. Řešení problému přinesla tzv. „teorie zajištění plánu“. Tato teorie umožňuje zachycení jak škodového pojištění, tak pojištění osob provozovaného jako obnosové pojištění; v případě pojištění smrti jde o zajištění spořicíh cílů oprávněné osoby, které jsou předčasnou smrtí narušeny, přičemž oprávněná osoba si v rámci svých možností určí pojistnou částku (obnos), kterou naspoří. Tato teorie se též orientuje na potřebu, tj. diskrepanci mezi plánem a reálnými daty.²³

Pojištění osob lze sjednat jako škodové pojištění nebo jako pojištění obnosové. V případech škodového pojištění je vyjádřením pojistného zájmu pojistná hodnota. U životního pojištění nelze újmu vyjádřit materiálně; újma na životě či zdraví je vyjádřena jako imateriální zájem na tom, aby nedošlo k pojistné události. Tento imateriální zájem je vyjádřen libovolnou pojistnou částkou.²⁴ Pojištění vlastního života a zdraví je dovoleno. Pojistník má pojistný zájem na vlastním životě a zdraví (viz první věta § 2762 odst. 1 občanského zákoníku). Podle téhož ustanovení věty následující musí pojistník osvědčit pojistný zájem na životě a zdraví jiné osoby, ať již vyplývá z příbuzenského vztahu, nebo zájmu na pokračování jejího života. V případě, že pojistník uzavře pojistnou smlouvu na pojistné nebezpečí třetí osoby, přičemž pojistné plnění nepřipadne této osobě, nýbrž pojištěnému nebo jiné osobě, vyžaduje se souhlas této osoby. Žádný věkový limit není stanoven u potomka pojistníka (viz § 2767 občanského zákoníku). V německé úpravě zákona o pojistné smlouvě se v § 150 odst. 1 stanoví, že životní pojištění lze uzavřít na osobu pojistníka nebo jinou osobu.²⁵ Je-li dle odst. 3 téhož ustanovení pojištění uzavřeno pro případ smrti jiného a převyšuje-li dohodnuté plnění částku obvyklých nákladů na pohřeb, je k účinnosti smlouvy třeba písemného souhlasu jiného (to neplatí při skupinovém životním pojištění v rámci podnikového starobního důchodového zabezpečení). Uzavírají-li rodiče ve prospěch nezletilého dítěte smlouvu, podle které je pojistitel povinen plnit před dovršením sedmi let věku dítěte, a převyšuje-li plnění obvyklé náklady pohřbu, vyžaduje se písemný souhlas potomka (odst. 3 tohoto ustanovení). Doložení dalšího pojistného zájmu není nutné.²⁶ Pro úplnost, dohledový orgán může stanovit obvyklé náklady pohřbu (odst. 4 tamtéž). Obdobnou úpravu najdeme též v § 159 rakouského zákona o pojistné smlouvě.²⁷ Ve Velké Británii the Life Insurance Act 1774 ukládá pojistníkovi povinnost prokázat pojistný zájem na pojištěném životě v okamžiku uzavření pojistné smlouvy. Pojistné smlouvy, kde chybí pojistný zájem, jsou neplatné. Co se týká životního pojištění, platí i pro úrazové pojištění a pojištění závažných onemocnění. Zájem je dán: 1) tam, kde pojistník má přirozený vztah náklonnosti, lásky k pojištěnému životu. V Anglii a Walesu se má za to, že se jedná o vlastní život nebo život manžela/manželky, a ne ostatních členů rodiny. Ve Skotsku má dítě pojistný zájem na životě rodičů, pokud k němu mají vyživovací povinnost; 2) tam, kde pojistník utrpí smrtí pojištěné osoby finanční ztrátu, která je v souladu s právem; 3) v případech stanovených zákonem (např. partneri, pojištění ve prospěch dětí,

současně je pojistná částka vyňata z možné pravomoci exekutora); 4) v případech, kdy pojistník utrpí ztrátu ze skupinového pojištění, které bylo uzavřeno na delší období (např. pojištění zaměstnanců). U bodů 2–4 je pojistná částka limitována částkou zájmu pojistníka na pojištěném životě (např. v případě pojištění zástavního práva). V případech, kdy pojistník nemůže prokázat pojistný zájem na pojištěném životě, je pojištění nezákonné a pojistné plnění nemůže být poskytnuto.²⁸

Liberálnější úprava platí v USA. V mnoha státech, i když ne ve většině, je životní pojištění dovoleno nejen ve vztahu manželů, ale též mezi sourozenci, dětmi a rodiči navzájem. Soudy v některých státech připustily životní pojištění mezi partnery, v některých ovšem nikoliv. V Texasu soud řekl, že nedovoluje pojištění mezi nesezdanými páry, protože je věci obecného povědomí, že v praxi jsou takové vztahy úrodnou půdou pro šíření násilí, které často končí v bezdůvodném ukončení lidského života.²⁹

Ve všech zkoumaných jurisdikcích jde o tři skupiny případů, v nichž pojistník jako nositel pojistného zájmu má v životním pojištění pojistný zájem a které jsou v souladu s obecným zájmem zamezit hazardu s lidským životem a zdravím. Nepředpokládá se, že člověk sjednává životní pojištění s cílem utrpět újmu na životě a zdraví, naopak že pojistník má zájem na vlastním životě a zdraví. Pojistný zájem není ničím limitován (z hlediska pojistného zájmu není vyluka sebevraždy nebo sebepoškození relevantní – je to věcí smluvního ujednání). Na tomto předpokladu nemění nic právní postavení obmyšleného.

Nositelem pojistného zájmu je ten, kdo by nesl následky újmy (škody), kdyby nebylo pojistné smlouvy. Většina evropských jurisdikcí vychází ze zásady, že pojistný zájem je podstatnou součástí pojištění a jeho nedostatek způsobuje neplatnost pojistné smlouvy.

Druhou skupinu tvoří osoby, k nimž pojistník cítí náklonnost a/nebo jejichž vztahy jsou založeny na příbuzenském poměru. Pojistníka k těmto osobám váže láska a náklonnost (*love and affection*). Těmito osobami jsou především manžel/manželka a děti pojistníka. Samozřejmě okruh těchto osob nemusí být z pohledu vývoje rodinných a společenských vztahů jednou pro vždy uzavřený. Podstatné je, že pojistník má zájem na pokračování jejich života.

U třetí skupiny osob, na jejichž pokračování života nebo pevného zdraví má pojistník zájem, lze hledat především motiv a prospěch ekonomický. Tak pojistník pojistí své klíčové zaměstnance, partnery a pracovníky, neboť jejich ztráta by pro něj znamenala především materiální újmu. U této skupiny pojistných zájmů má životní pojištění charakter odškodnění majetkové újmy.³⁰

Pojistitelný zájem, nositel pojistného zájmu

Aby byl pojistný zájem pojištěn, tedy byl pojistitelný, musí být splněny z hlediska teorie pojistného zájmu dva základní předpoklady. V první řadě musí být zájem dovolený, aprobovaný společenskými a právními normami, tj. musí být v souladu s obecným zájmem.³¹ Obecný zájem (v zájmu něčeho) na tom, jaký pojistný zájem má pojistník v životním pojištění, je upraven prakticky ve všech jurisdikcích. Riziko, že společnost se bude muset vypořádávat s následky morálního hazardu s lidským zdravím a životem, vedlo zákonodárce a soudní praxi k potřebě vymezit okruh osob, jejichž pojištění pro případ smrti, dožití, pro případ nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související se zdravím nebo změnou osobního postavení je v obecném zájmu. Český občanský zákoník požaduje pojistný zájem pro platnost pojištění pro všechna odvětví a po celou dobu platnosti pojištění a obecně definuje, který zájem je pojistitelný (§ 2761–2765). Slovo „pojistný“ pak vyjadřuje, co se má (je dovoleno) pojistit; naproti tomu slovo „pojištěný“ vyjadřuje, co je již pojištěno.³² Pojistný zájem musí být zásadně prokázán při uzavření pojistné smlouvy, přičemž k jeho existenci stačí možnost vzniku pojistné události. Požadavku existence pojistného zájmu pro platnost smlouvy vyhovuje též, když pojistný zájem vznikne teprve v budoucnosti (např. svatební pojištění, pojištění ještě nenarozeného dítěte). V případě pojistné události je třeba zkoumat, zda existoval v době uzavření pojistné smlouvy pojistitelný zájem, zda skutečně byl zasažen pojištěný zájem a zda nastala újma na pojištěné hodnotě.³³

Samotné zkoumání – především z hlediska pojišťovací praxe – si zaslouží otázky, zda v životním pojištění nestačí, když se pojistný zájem prokáže při uzavření smlouvy, kdy je zároveň stanovena pevná pojistná částka, a nikoliv v průběhu jejího trvání či v případě vzniku újmy, vyjma těch životních pojištění (např. zajištění půjčky), kde se újma stanoví až pojistnou událostí.³⁴ Současně se zkoumáním, zda zájem je pojistitelný, zda existuje v době uzavření pojistné smlouvy nebo zda stačí, bude-li existovat v době pojistné události, je nutné zkoumat i osobu, která je nositelem pojistného zájmu. Jak již bylo řečeno, pojištění bez nositele

pojistného zájmu není možné. Ten, komu svědčí pojistný zájem, musí mít právní vztah k předmětu pojištění. Pojistný zájem bez zájemce není možný.³⁵ Osoba, které svědčí pojistný zájem, nemusí být určena při uzavírání pojistné smlouvy. Stačí, když je tato osoba objektivně určitelná.³⁶

Pojistný zájem jako *essentialia negotii* pojistné smlouvy

Pojistný zájem je podstatnou náležitostí pojistné smlouvy. Jestliže chybí pojistný zájem, znamená to, že chybí některý z elementů, jež ho definují, tj. není subjekt, nositel pojistného zájmu, chybí předmět pojištění, osoba uzavírající smlouvu nemá vztah k předmětu pojištění při uzavírání smlouvy anebo tento vztah nemůže s určitostí vzniknout.³⁷ Zájemce o pojištění musí mít určitý nebo objektivně určitelný pojistný zájem již v okamžiku uzavření smlouvy. Pro pojem „budoucí pojistný zájem“ platí řečené obdobně. Nelze platně uzavřít pojistnou smlouvu „pro všechny případy“, kdyby nějaký pojistný zájem vznikl. Smlouva musí být určitá jak v subjektech ji uzavírajících, tak v určení předmětu pojištění i osobního, ekonomického a právního vztahu pojistníka k němu. Základní a určující charakteristika budoucího pojistného zájmu, tj. možnost vzniku újmy, druh pojištění, by měla být pojistníkovi a pojistiteli známa. Budoucí zájem musí mít ekonomický důvod a z důvodů právní jistoty se opírat o právní vztah osobní či majetko-právní. Při jiném výkladu by pro pojistitele i pojistníka vznikala značná nejistota o budoucnosti uzavřeného pojištění nebo přímo riziko neplatnosti pojistné smlouvy z důvodu nedostatku pojistného zájmu.

Smlouva uzavřená bez existence pojistného zájmu je neplatná. Podle převažujících doktrinárních mínění a právních úprav musí pojistný zájem trvat po celou dobu trvání smlouvy. Zanikne-li, zanikne i smlouva. Tak jako při svém vzniku musí být pojistný zájem oprávněný, zánik pojistného zájmu musí mít ekonomický důvod a též svůj právní důvod (např. pojištěný klíčový zaměstnanec ukončí pracovní poměr, pojistník požádá o odbytné apod.). Aby odpadnutí pojistného zájmu přivedilo zánik pojistné smlouvy, musí být celkové. Rozsudek Nejvyššího soudu uvádí, že jestliže zcela zásadní okolností mající vliv na platnost pojistné smlouvy je existence legitimního pojistného zájmu na straně pojištěného, resp. pojistníka (jedná-li se o tutéž osobu), potom při neexistenci či odpadnutí pojistného zájmu pojistná smlouva zaniká.³⁸

Postačuje pro platnost pojištění pojistný zájem při jeho vzniku, nebo je nutný po celou dobu jeho trvání?

Podle smyslu úpravy pojistného zájmu v ustanovení § 2762 a násl. občanského zákoníku musí zde být pojistný zájem již při uzavírání smlouvy, což lze dovodit ze slov „oprávněná potřeba“, během jejího trvání a v okamžiku pojistné události. Zanikne-li pojistný zájem během trvání pojištění, zanikne i pojištění (první věta § 2765 občanského zákoníku). Nemá-li pojistník pojistný zájem, pojištění české pozitivní právo s touto skutečností různé následky. Při uzavření smlouvy vyvolává neexistence pojistného zájmu

neplatnost smlouvy ve dvou v případech: 1) pojistitel o neexistenci pojistného zájmu věděl nebo musel vědět; 2) pojistník vědomě pojistil neexistující pojistný zájem, současně pojistitel o tom nevěděl a ani nemohl vědět (§ 2764 odst. 1 a 2).

K platnosti smlouvy tedy postačí určitelnost předmětu pojistné smlouvy, nikoliv vztahu k tomuto předmětu. Zákodárce zde dává přednost smluvní volnosti stran před striktním uplatněním požadavku pojistného zájmu pro platnost smlouvy. Neexistence pojistného zájmu jako důvodu neplatnosti smlouvy se nevztahuje jen na pojistný zájem jako celek, ale může se jednat i o dílčí pojistný zájem, např. v případě skupinového pojištění osob. Neplatnost pojistné smlouvy pro nedostatek zájmu stíhá jen konkrétní (dílčí) pojistný vztah, nikoliv celou smlouvu. Platnost pojistné smlouvy se neruší, není-li při uzavření smlouvy zcela zřejmé, jaký právní vztah má pojistník k předmětu pojištění, neboť v pochybnostech lze mít za to, že bylo uzavřeno pojištění cizího pojistného zájmu. Dle rozhodnutí Nejvyššího soudu z 8. ledna 1942, Rv II 301/41, „pro platnost pojistné smlouvy je nerozhodné, že navrhovatel v pojistném návrhu blíže neoznačil, jaký vlastní zájem hodlá jako pojistník pojistiti. Neoznámí-li navrhovatel při uzavírání pojistné smlouvy svůj vlastní pojistný zájem a nejsou-li ani jinak odstraněny pochybnosti v tom směru, je míti za to, že pojištění bylo uzavřeno na cizí účet“³⁹. Teprve při vzniku pojistné události se potvrdí, zda škoda jde k tíži nositele pojistného zájmu a zda nárok je oprávněný.⁴⁰

Porovnáme-li úpravu rakouskou, zákon o pojistné smlouvě v § 68 odst. 1 stanoví, že „neexistuje-li pojistný zájem na počátku pojištění nebo nenastane-li, jestliže je pojištění uzavřeno pro budoucí pojistný zájem, neplatí pojistník pojistné“. Podle odst. 2 téhož ustanovení platí, že „odpadne-li pojistný zájem po počátku pojištění, náleží pojistiteli pojistné, které se vyměří do konce doby, kdy se pojistitel dozvěděl o odpadnutí pojistného zájmu“. Rakouský Nejvyšší soud k tomu judikuje, že odpadne-li pojistný zájem, nemůže už nastat pojistná událost.⁴¹ Ustanovení rakouského zákona neobsahuje subjektivní stránku skutku; pojistný zájem musí existovat objektivně („někdo má zájem“), je tudíž pro platnost pojistné smlouvy jedno, proč nastal nedostatek pojistného zájmu. Ani vědomé přivození nedostatku pojistného zájmu pojistníkem nemění nic na právních důsledcích odst. 1 a 2 (§ 68). Pojistník není povinen udržovat pojistný zájem jen proto, že uzavřel pojistnou smlouvu.⁴² Podle jiného judikátu upravuje ustanovení § 68 rakouského zákona o pojistné smlouvě pouze úplné odpadnutí pojistného zájmu. Malá pravděpodobnost pojistné události nepostačuje.⁴³

Obdobně se v § 80 odst. 1 německého zákona o pojistné smlouvě praví, že pojistník není povinen platit pojistné, pokud neexistuje pojistný zájem na počátku pojištění; to platí i pro budoucí pojistný zájem, který nevznikne. Úprava též počítá s tím, že pojistný zájem může v průběhu pojištění odpadnout (odst. 2 citovaného ustanovení). Podle § 80 odst. 3: pojistil-li pojistník neexistující zájem s úmyslem opatřit si tím protiprávní majetkovou výhodu, je smlouva neplatná. Zákon se tímto ustanovením snaží čelit spekulativnímu uzavírání pojistných smluv.

Pojistný zájem má pro příslušný subjekt hodnotu. Čím je tato hodnota pojistného zájmu vyšší nebo také nižší, tím silnější nebo slabší motiv zájemce k uzavření pojistné smlouvy má.

Požadavek pojistného zájmu jako předpokladu platného pojištění prostupuje úpravu práva pojistné smlouvy. Dostát zákonnému požadavku vyžaduje od pojistitele, aby v okamžiku uzavírání pojistné smlouvy, během trvání pojištění a v případě pojistné události při poskytování pojistného plnění zkoumal, zda pojistný zájem je dán a kdo je jeho nositelem. Naopak pojištěný musí prokázat zejména při uplatnění nároku na pojistné plnění, že je oprávněnou osobou k přijetí plnění a že jeho pojistný zájem byl zasažen pojistnou událostí.

Nedostatek pojistného zájmu způsobuje absolutní neplatnost pojistné smlouvy. Je tedy v zájmu právní jistoty pojistitele a pojistníka předcházet stavu, kdy pojištění vyjde „na prázdko“, někdy i s trestněprávními dopady. Zájem pojistitele je dokonce silnější než zájem pojistníka, neboť pojistitel bude čelit případnému neoprávněnému uplatnění pojistného plnění. Nastínění situace narušují obecný zájem zabránit spekulativním pojištěním na život či zdraví. Je na místě úvaha, zda by se veřejnoprávní kontrola neměla soustředit i na posuzování existence pojistných zájmů v uzavřených pojistných smlouvách, resp. zda pojišťovny sledují ve své činnosti obecný zájem na požadavek pojistného zájmu (nejen) v životním pojištění.⁴⁴

Vztah obecného a individuálního zájmu v životním pojištění

Pojistný zájem, který byl vyvinut jako řešení problému morálního hazardu a rozlišení mezi pojištěním a sázkou, zajišťuje v obecném (veřejném) zájmu, že pojišťovat se budou jen ti, jejichž zájem na existenci předmětu pojištění je oprávněný.⁴⁵ Životní pojištění by nemělo tvořit pobídku ke zničení pojištěného objektu nebo k vraždě pojištěného života. Obecný zájem vtělený do právních norem upravujících životní pojištění nebo promítnutý do relevantních soudních rozhodnutí zajišťuje soulad obecného zájmu s individuálním pojistným zájmem

pojistit na život sebe sama nebo za kvalifikovaných podmínek třetí osoby.

Na doktrinární a legislativní úrovni probíhají léta diskuze, zda institut pojistného zájmu ve škodovém i životním pojištění má význam, zda se nejedná o neudržitelnou a zbytečnou konstrukci a zda nepostačují instituty závazkového práva, včetně soukromoprávní úpravy pojištění, a veřejnoprávní předpisy.⁴⁶ I když většina jurisdikcí psaného i obyčejového práva má pozitivní úpravu, platnost pojistného zájmu v soudních rozhodnutích uznává. Ve druhém konzultačním papíru společného projektu pojistného práva Velké Británie a Skotska se jak pro škodové, tak pro životní pojištění uvádějí důvody, které hovoří pro zachování institutu pojistného zájmu.⁴⁷ Nutné je opětovně poznamenat, že v mnoha druzích pojištění se základní rozdíl mezi škodovým a životním pojištěním stírá. Některá majetková pojištění nemusí vždy nahrazovat utrpěnou škodu a životní pojištění na dožití nebo/a smrt může mít (a často má) charakter náhrady škody. Stejně tak i v úrazovém pojištění může být újma stanovena obnosem.

- „Institut pojistného zájmu odlišuje sázky od pojištění. Toto rozlišení je klíčové pro regulatorní orgány, daňové účely a pro země, kde jsou sázky zakázány. Současně je pojistný zájem důležitou součástí definice pojištění.“ Nejde jen o to (jako tomu bylo v minulosti), zamezit sázkám na život např. známých osob; jde též o to, rozlišit pojištění obecně a též např. životní pojištění vázané na investiční riziko od jiných finančních produktů. Pro dohledový orgán to může představovat nástroj pro rozlišení, zda se jedná o pojištění, či jiný finanční produkt.⁴⁸
- „Ochraňuje proti morálnímu hazardu. Stanovuje limity uzavírané pojistné smlouvy, chrání pojistitele před úpisem pojištění, které je převážně spekulativní nebo které povzbuzuje k nedovolenému chování.“ U tohoto důvodu se projevuje výrazný preventivní účinek institutu pojistného zájmu, je-li ovšem důsledně – zejména pojistitelem – sledován. Přesahuje rámec tohoto článku postihnout pohled na statistický ukazatel životních pojištění, která byla sjednána s úmyslem někoho zavraždit či způsobit jinému újmu na zdraví.
- „Chrání pojistitele před neoprávněnými nároky.“ K tomu se poznamenává, že záleží na konkrétní jurisdikci, zda chybějící pojistný zájem zakládá absolutní, či relativní neplatnost pojistného zájmu, zda je pojistný zájem vyžadován po celou dobu trvání pojištění, nebo jen při jeho sjednání a zda soudy nebo mimosoudní orgány řešení sporů mezi pojistitelem a pojištěným tuto „agendu“ zkoumají (zda nezůstávají jen u prověrky smluvních ustanovení).
- „V globalizujícím se světě pojistný zájem pomáhá definovat, kde pojistné riziko leží a pod který dohledový a daňový režim pojištění spadá.“ Např. daňová otázka je relevantní v životním pojištění občanů USA. Místo, kde riziko leží, je důležité znát u přeshraničního pojištění v rámci EU.

Z hlediska sociologického a psychologického lze zájem (obecně) charakterizovat jako vztah subjektu k něčemu,

zpravidla k nějaké věci. Z pohledu právní teorie má zájem pro vysvětlení původu a nezbytnosti práva největší význam v trojici „potřeba, účel a zájem“ jakožto motivu lidského chování.⁴⁹ Zájem je spjat s určitým subjektem; má nejen subjektivní stránku, ale i stránku objektivní, která je primární. Obě stránky lze vyjádřit tak, že „něco je v zájmu někoho“, čímž je dána stránka objektivní, a že „někdo má zájem o něco“, čímž je dána stránka subjektivní. Zájem je výsledkem potřeby; potřeba určuje zájem.⁵⁰

Pojistný zájem v životním pojištění je vztah nositele pojistného zájmu k objektu zájmu, tj. zejména k vlastnímu životu i zdraví a životu i zdraví jemu blízkých osob. Motivem pojistného zájmu je osobní a ekonomická potřeba zajistit pro případ nenadálých událostí sebe a své blízké, k nimž má nositel pojistného zájmu náklonnost. Společnost má potřebu chránit člověka před pojištěním, které spekuluje na jeho život a zdraví. Proti sobě tedy stojí obecný zájem určující okruh fyzických osob (v některých jurisdikcích je tento okruh přísně vymezen), které mohou být objektem pojistného zájmu, tedy určení, co je zájem pojistitelný (v zájmu společnosti), a individuální zájem pojistníka (má zájem o..., co je v jeho zájmu...) pojistit na život či zdraví sebe nebo okruh osob, k nimž má blízký vztah. Pojistný zájem v životním pojištění má dvě stránky: objektivní, představovanou obecným zájmem na pojištění života a zdraví definovaného okruhu fyzických osob, a subjektivní, představující pojistný zájem pojistníka v konkrétní pojistné smlouvě životního pojištění. Zájem obecný v životním pojištění a pojistný zájem individuální jsou v zásadě (ne bez výjimky) pojmově totožné.

Resumé

Insurance Interest in Life Insurance

The historic investigation of the definition of “insurance interest” in life insurance is the key to understanding the importance and the way it is anchored in legal regulations of continental legal systems and in common law systems. The law science and basically also the praxis concluded that insurance interest in life insurance exists in cases, when there is a natural relation between insurance participants, natural persons (e.g. husband and wife, parents and children). This legitimise the financial interest in insurance of health and life. The insurance interest in own health and life is self-evident. Insurance interest is the legal relation based on which the policyholder or insured person may suffer damage, mainly in relation to property, inflicted by a loss. The existence of insurance interest is an important requisite of a policy in all European and the majority of third countries jurisdictions. Given the existence of general (public) interest in life insurance, insurers as well as supervisory authorities should investigate, whether the contracted insurance comprises also insurance interest as the major part of the policy. General and individual insurance interest in life insurance have the same meaning. The interest of persons to insure themselves or their relatives (as defined by insurance-related legal regulations) is in line with the interest of the society in this insurance.

Klíčová slova

zájem, pojistný zájem, životní pojištění, pojistitelný zájem, nositel pojistného zájmu, předmět pojištění, obecný zájem, individuální zájem

Keywords

interest, insurance interest, life insurance, insurable interest, insurance interest bearer, subject of insurance, general interest, individual interest

- 1 1 Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost. Academia, Praha 1994, s. 538; Großes Fremdwörterbuch. VEB, Leipzig 1979, s. 339; Lachmann Werner Grund Fragen Wirtschaftsethik, s. 2.
- 2 Ottův slovník naučný. Dvanáctý díl. J. Otto, Praha 1897, s. 687, dostupné z: <https://cs.wikisource.org/wiki/Ott%C5%AFv_slovn%C3%ADk_nau%C4%BDn%C3%BD/Interesse>, přístup: 27. srpna 2020.
- 3 Knapp, Viktor: Teorie práva. C. H. Beck, Praha 1995, s. 31.
- 4 „Pojistný zájem“ jako právní pojem poprvé použil Josephi Laurentii Mariae de Casaregis v díle *Discursus Legales de Comercio*, <<https://books.google.cz/books?id=UpQQAAMAAJ&pg=RA1-PA167&lpg=RA1-PA167&dq=De+Casareg>>, přístup: 23. srpna 2020.
- 5 Krause, Martin Norbert: Der Begriff des versicherten Interesses und seine Auswirkungen auf die Versicherung für fremde Rechnung. VVW, Karlsruhe 1997, s. 5, pozn. 16.
- 6 Krause, s. 6, in: Bruck-Moller Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Einschluss des Vermittlerrechts, Band II, 1980, pozn. 34 k § 49 VVG.
- 7 Law Commission, Insurance Contract Law, Insurable Interest, Issues paper 4, January 2008, s. 5, bod 2.3. Právní komise je nezávislý statutární orgán vytvořený zákonem o právní komisi (the Law Commission Act 1965) s cílem podrobit právní úpravu rozboru a doporučit reformu, kde je třeba. Cílem komise je zajistit, aby právo bylo férové, moderní, jednoduché a nákladově efektivní, jak je to jen možné.
- 8 Law Commission, Insurance Contract Law, Issues paper 4, bod 2.1.
- 9 The Life Assurance Act, 1774, chapter 48, 14 Geo 31774, UK Public General Act, sekce 1 a 3, <www.legislation.gov.uk>, přístup: 23. srpna 2020.
- 10 The Life Assurance Act, 1774, UK Public General Act, <<http://www.legislation.gov.uk/apgb/Geo3/14/48>>, přístup: 23. srpna 2020.
- 11 Benecke, s. 53, uvádí následující příklad: Jestliže mi někdo dluží 1000 tolarů, které s jistotou od něj dostanu za rok, a které ale ztratím, když dlužník do roka zemře, život tohoto člověka má na jeden rok hodnotu 1000 tolarů. Já mám důvod do této výše nechat pojištit tento život; in: Krause, s. 6.
- 12 Meggit, Gary: Insurable interest – the doctrine that would not die. Legal Studies, vol. 35, No. 2. 2015, s. 280–301, DOI 10.1111/lest.12059, the University Hong Kong, s. 283.
- 13 Tamtéž, s. 283.
- 14 Schauer: Berliner Kommentar (FN 7), Vorbem. § 49–68a N 44 in: Fuhrer, Stephan: Vom Gegenstand der Versicherung, <www.stephan-fuhrer.ch>, přístup: 23. srpna 2020, s. 136 a násl.; Kollhosser, Helmut, s. 436, pozn. 11, in: Prölss/Martin Versicherungsvertragsgesetz Kommentar zu VVG.
- 15 Ehrenberg, s. 5; Kollhosser, Helmut, s. 434, pozn. 1, in: Prölss/Martin Versicherungsvertragsgesetz, Kommentar zu VVG und EGVVG sowie Kommentierung wichtiger Versicherungsbedingungen – unter Berücksichtigung des ÖVVG und österreichischer Rechtsprechung, Band 14. C. H. Beck, München 1998.
- 16 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- 17 Ehrenberg, s. 6.
- 18 Prölss, Jürgen, s. 65, pozn. 31, in: Prölss/Martin.
- 19 Ehrenberg, s. 6.
- 20 Prölss, Jürgen, s. 176, pozn. 299.
- 21 Např. Schimikowski: pojem „pojistný zájem“ je v obnosovém pojištění bez významu; s. 176, pozn. 299.
- 22 Ehrenberg, s. 8.
- 23 Prölss, s. 54, pozn. 1, in: Prölss/Martin; teorie náhrady škody v německém originálu: *Schadenersatztheorie*, teorie potřeby: *Bedarfsstheorie*, teorie zajištění plánu: *Plansicherungstheorie*.
- 24 Kollhosser, s. 435, pozn. 2, in: Prölss/Martin.
- 25 Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2020 (BGBl. I S. 1653) geändert worden ist; <www.gesetze-im-internet.de/VVG>, přístup: 25. dubna 2020.
- 26 Kollhosser, s. 435, pozn. 2, in: Prölss/Martin; v obnosovém pojištění je imateriální zájem na tom, aby pojistná událost nastala, byl pojištěn a v libovolné výši vyjádřen v pojistné částce.
- 27 Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VersVG), Fassung vom 25. August 2020, <www.ris.bka.gv.at>, geltende Fassung, přístup: 25. srpna 2020.
- 28 The Law Commission Insurance Contract Law, issues papers, issue paper No. 4: insurable interest, bod 3.71, <www.lawcom.gov.uk/document/insurance-contract-law-issue>, přístup: 23. srpna 2020.
- 29 Biggs in: Washington Life Ins. CO., 275 sw 2D 566, 569 (Tex, 1955) in: Clarke, s. 28, odkaz 102.
- 30 Blíže Swisher, Peter N.: The Insurable Interest Requirement for Life Insurance: A Critical Reassessment. Richmond School of Law, 2005, s. 483 a násl.
- 31 V důvodové zprávě k návrhu nového občanského zákoníku se na s. 584 (sněmovní tisk 362, ASPI důvodová zpráva k NOZ, § 1, s. 26) uvádí: *Orientačně lze vyjít z pojetí, že veřejný pořádek prostupuje celé právo a zahrnuje pravidla, na nichž leží právní základy společenského řádu zdejší společnosti. S tím souvisí i požadavek na transparentní uspořádání soukromých právních poměrů osob. Nikdo např. nepochybuje, že právní pravidla stanovující, jak vzniká manželství nebo které věci jsou nemovitě a které věci jsou zastupitelné, jsou kogentní. Závaznost tohoto ustanovení však nelze opřít o dobré mravy, nýbrž právě o zásadu veřejného pořádku. Z těchto obecných kritérií se odvozují konkrétnější omezení – např. dobrým mravům odpovídá, že se nelze odchýlit od zákonných ustanovení chránících slabší stranu, veřejnému pořádku např. pravidlo, že ujednání stran nezasahuje právní postavení třetí osoby a nemění její oprávnění ani povinnosti. (Právní systém ASPI.)*
- 32 Kodar, E.: Příspěvky k pojistnému názvosloví. Naše řeč, ročník 17 (1933), č. 10.
- 33 Srov. Kollhosser, s. 436, pozn. 5, in: Prölss/Martin.
- 34 Srov. doporučení The Law Commission, Consultation Paper No. 201 and The Scottish Law Commission, Discussion Paper No. 152, Insurance Contract Law: Post Contract Duties and other Issues, A joint consultation paper, bod 10.14.
- 35 Ehrenberg, s. 9.
- 36 Niessen, s. 10.
- 37 Grubmann, Michael: Das Versicherungsvertragsgesetz, 6. Auflage, Manzsche Verlags und Universitätsbuchhandlung. Wien 2007, s. 259, OGH (pozn. autora Oberster Gerichtshof, Nejvyšší soud), 10. září 1997, 7 Ob 161/97 w.
- 38 Rozsudek Nejvyššího soudu 28 Cdo 3784/2009 ze dne 4. ledna 2010, systém ASPI. Srov. též podle § 63 zákona 145/1934, o pojistné smlouvě: pojistná smlouva zaniká, není-li v době, kdy se počíná pojištění, zájmu na pojištění, totéž platilo i pro budoucí zájem.
- 39 Systém ASPI.
- 40 Kollhosser, s. 435, pozn. 3.
- 41 OGH, 27. března 1917, R VII 7/17; VerVvers 1917, 125/11 in: Grubmann, s. 259.
- 42 OGH, 10. září 1997, 7 Ob 161/97w; VersE 1749=VersRdSch 1998/462 in: Grubmann, s. 259.
- 43 OGH, 30. května 1985, 7 Ob 20/85; VersRdSch 1987/27 in: Grubmann, s. 259.
- 44 Srov. k tomu Silberová, Zuzana – Libosvár, Ondřej: Dohled odborné péče pojištěn v oblasti životního pojištění. Pojistný obzor 2/2020, s. 32: *Česká národní banka může při výkonu dohledu jednat pouze v mezích svých svěřených zákonných pravomocí. Ve vztahu k ne vždy zcela správnému vnímání role České národní banky ze strany veřejnosti či médií je třeba konstatovat, že do těchto pravomocí nespádá posuzování soukromoprávních nároků pojištěných vůči konkrétní pojišťovně, zejména pak stanovení konkrétní výše škody při výplatě pojistného plnění nebo platnosti smluvního ujednání mezi pojišťovnou a jednotlivými pojištěnými. Tyto (i jiné) soukromoprávní otázky náleží vždy do kompetence soudů nebo institucí mimosoudního řešení sporů.*
- 45 Srov. Law Commission, Insurance Contract Law, Issue paper 4, s. 5, bod 2.1.
- 46 Fuhrer Stephan, s. 138–139, nebo již citovaný Schimikowski, pozn. 22.
- 47 The Law Commission, Consultation Paper No. 201 and The Scottish Law Commission, Discussion Paper No. 152, Insurance Contract Law: Post Contract Duties and other Issues, A joint consultation paper, body 10.11 a 10.12.
- 48 V roce 1997 International Swaps and Derivates Association požádala londýnského právníka Robina Potts, QC (*Queen Council*), aby posoudil, zda jsou úvěrové deriváty pojistnými produkty. Potts dospěl k závěru, že kreditní deriváty nejsou pojistnými produkty z důvodu absence pojistného zájmu. Blíže viz Meggit, Gary, cit. dílo, s. 288.
- 49 Knapp, s. 30.
- 50 Knapp, s. 30.

Světové pojištnictví pod vlivem pandemie

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

Pandemie, která se z Číny poměrně rychle rozšířila během 1. pololetí 2020 do celého světa, přinesla mj. utlumení, či dokonce zastavení ekonomického života ve většině zemí světa. Citelně bylo zasaženo také globální pojištnictví.

V červenci 2020 zveřejnil Swiss Re Institute (SRI) v č. 4/2020 edice Sigma tradiční studii o vývoji světového pojištnictví v roce 2019, ale tentokrát není hodnocení minulého vývoje stěžejním tématem.¹ Přes všechny nejistoty a rizika příštího vývoje se SRI pokusil o odhad či prognózu zejména pro období 2020–2021, která je založena na několika scénářích a modelování. Mezi výstupy studie se objevuje i pozitivní předpoklad, že po COVID-19 by mělo v globálním pojištnictví nastat rychlé zotavení.

Makroekonomické prostředí pro pojistitele

Podle názoru SRI pandemická krize vyvolala nejhlubší recesi od 30. let minulého století. Předpokládá se, že globální hrubý domácí produkt (HDP) by mohl v roce 2020 poklesnout o 4 %, a to je podstatně více než v průběhu finanční a ekonomické krize. SRI připouští, že globální ekonomika zpomalovala již před pandemií, neboť v roce 2019 se HDP dostal na úroveň růstu ve výši 2,5 %, což je nejnižší tempo růstu za posledních 10 let. Zpomalení bylo ovlivněno především napětím v mezinárodním obchodě a snižováním globální produkce. Pandemie ovšem změnila vše. Byla zasažena jak poptávková, tak nabídková strana v podstatě všech ekonomik, a to fakticky ve stejném čase. Během 1. pololetí 2020 téměř došlo k zastavení ekonomické aktivity. SRI očekává, že 30 největších ekonomik světa zasáhne v roce 2020 recese. Jako v případě finanční a ekonomické krize se dá očekávat, že ani dopady pandemie nebudou pro všechna národní hospodářství stejné a že i zotavení bude mít rozdílný průběh. Např. šok pro americkou ekonomiku by měl být menší než

pro eurozónu a také obnova v roce 2021 by měla být v USA silnější než v eurozóně. SRI předpokládá, že ve většině velkých vyspělých ekonomik by mohl HDP v roce 2020 poklesnout o 6,5–7,5 %, ale např. ve Španělsku až o 10 %. Japonsko a Jižní Korea by si však měly vést lépe než jiné velké vyspělé ekonomiky. Pokud jde o Čínskou lidovou republiku (dále jen „Čína“), dá se říci, že ekonomická aktivita se normalizovala, ale Čína musí počítat s poklesem globální poptávky. I tak by mohl čínský HDP vzrůst v roce 2020 o 2,7 %, což je o 3,4 procentního bodu méně než v roce 2019. V roce 2021 by mohl být v Číně docílen vzestup HDP o 7 %, protože se dá očekávat fiskální a monetární podpora růstu.

Z výše uvedené stručné charakteristiky vývoje makroekonomického prostředí je zřejmé, že pokles globálního HDP v roce 2020 přivede jistý pokles poptávky po pojištění a snížení globálního pojistného.

Předpokládaný vývoj globálního pojistného

Globální pojistný trh byl před pandemií na solidní růstové trajektorii. Celkové globální předepsané pojistné (očištěné o inflaci) se v roce 2019 zvýšilo téměř o 3 %. Růst byl podpořen zvláště pozitivním vývojem neživotního pojištění na vyspělých trzích a vzestupem pojistného v životním i neživotním pojištění v Číně. SRI uvádí, že tempo růstu pojistného předstihlo tempo růstu HDP ve více než 60 % zemí světa, což je nesmírně důležitý fakt. Celkové globální pojistné dosáhlo v roce 2019 výše 6,3 bil. USD a celková pojistněnost, která v tomto případě vyjadřuje poměr globálního pojistného ke globálnímu HDP, se tak dostala na úroveň 7,2 %. Experti SRI tentokrát ovšem započítali i výkon amerických soukromých zdravotních pojišťoven, aby byly statistické výsledky celosvětově řádně sladěny. Hlavní otázkou nyní ovšem je, jak významně ovlivní pandemická krize vývoj v roce 2020 a 2021.

Tabulka 1: Tempo růstu celkového globálního pojistného v období 2019–2021 (%)

Trhy	2019	2009–2018	2020	2021	2020–2021
Vyspělé trhy	2,1	1,6	-4	2	-1
Nově se rozvíjející trhy	6,6	7,1	1	7	4
Svět celkem	2,9	2,4	-3	3	0

Poznámka: Nově se rozvíjející trhy = *emerging markets*; 2020 – kvalifikovaný odhad; 2021 – prognóza.

Zdroj: Swiss Re Institute

Tabulka 2: Tempo růstu globálního životního pojistného v období 2019–2021 (%)

Trhy	2019	2009–2018	2020	2021	2020–2021
Vyspělé trhy	1,3	0,6	-8	2	-3
Nově se rozvíjející trhy	5,6	6,5	0	7	3
Svět celkem	2,2	1,5	-6	3	-2

Poznámka: Nově se rozvíjející trhy = *emerging markets*; 2020 – kvalifikovaný odhad; 2021 – prognóza.

Zdroj: Swiss Re Institute

Z tabulky 1 vyplývá, že celkové globální pojistné po očištění o inflaci vzrostlo v roce 2019 o 2,9 %. Tento výsledek lze považovat za pozitivní, neboť převýšil průměrné tempo růstu celkového globálního pojistného v období 2009–2018 o 0,5 %. Pokud jde o odhad vývoje v roce 2020, SRI očekává, že celkové globální pojistné by mohlo poklesnout o 3 %. Tento odhad se opírá o pokles na vyspělých trzích o 4 % a o mírný růst na nově se rozvíjejících trzích. Podstatná je ovšem ta skutečnost, že v roce 2020 by se globální pojišťovnictví mělo vrátit k růstu, a to o 3 %. Diference mezi tempem růstu na vyspělých trzích (+2 %) a tempem růstu na nově se rozvíjejících trzích (+7 %) by byla poměrně značná. Vezme-li se v úvahu vývoj za celé období 2020–2021, lze hovořit o stagnaci růstu.

Tempo růstu globálního pojistného životního pojištění v roce 2019 činilo 2,2 %, bylo tedy nižší než tempo růstu celkového globálního pojistného. Na vyspělých trzích byl zaznamenán růst o 1,3 % a na nově se rozvíjejících trzích o 5,6 %. Průměrné tempo růstu sledovaného pojistného v období 2009–2018 dosáhlo 1,5 %, což znamená, že v roce 2019 byl výsledek lepší než zmíněný průměr. SRI odhaduje, že v roce 2020 by mohl pokles globálního pojistného životního pojištění představovat 6 % s tím, že na nově se rozvíjejících trzích by toto pojistné stagnovalo (0 %) a na vyspělých trzích by se snížilo o 8 %. Návrat k růstu (3 %) by se mohl odehrát již v roce 2021. Globální pojistné životního pojištění by mohlo vzrůst na nově se rozvíjejících trzích o 7 % a na vyspělých trzích o 2 %. Vezme-li se v úvahu celé období 2020–2021, průměrné tempo růstu by za tyto dva roky mohlo zůstat záporné (-2 %).

Globální pojistné neživotního pojištění se v roce 2019 zvýšilo o 3,5 %, takže rostlo rychleji než globální pojistné život-

ního pojištění. Také v případě tohoto pojištění bylo tempo růstu daného pojistného rychlejší na nově se rozvíjejících trzích (+7,7 %) než na vyspělých pojistných trzích (+2,7 %). V roce 2020 by se podle odhadu SRI nemělo sledované globální pojistné dostat do minusu, neboť na nově se rozvíjejících trzích se počítá s růstem o 3 % a na vyspělých trzích s poklesem o 1 %. V roce 2021 by mělo globální pojistné neživotního pojištění znovu vzrůst, a to o 3 %, což značí, že průměrné tempo růstu tohoto pojistného za roky 2020 a 2021 by se mohlo pohybovat kolem 2 %.

Alternativní scénáře vývoje

Pandemie způsobila globální ekonomický šok. Přitom rizika globálního ekonomického rozvoje, která existovala před pandemií, nezmizela. Patří k nim klimatické změny, migrace, terorismus, obchodní války apod. SRI předpokládá, že např. dopady pandemie by mohly zhoršit napětí mezi Čínou a USA, což by mohlo vést k dalším protekcionistickým opatřením, a to následně i v jiných oblastech světa. Dopad poklesu obchodu na ekonomický růst je nabíledni. V červenci 2020 nelze předvídat, jak se bude dále vyvíjet pandemie. Přejde druhá vlna? Bude nutno omezit sice nikoli již plošně, ale lokálně ekonomické aktivity? Bude do konce roku 2020 k dispozici účinná vakcína? Na tyto otázky neexistují jednoznačné odpovědi. Nejistoty samozřejmě ovlivňují spolehlivost prognózy pro rok 2021. Proto experti SRI připravili alternativní scénáře s pravděpodobností jejich naplnění (viz tabulka 4).

První scénář by vlastně dal globálnímu pojistnému dvojí úder. Pokles v roce 2020 by byl větší a obnova v letech 2021 a 2022 pomalejší či slabší. Spouštěčem by mohla být „vykolejená“ konsolidace ve 2. polovině roku 2020,

Tabulka 3: Tempo růstu globálního neživotního pojistného v období 2019–2021 (%)

Trhy	2019	2009–2018	2020	2021	2020–2021
Vyspělé trhy	2,7	2,6	-1	3	1
Nově se rozvíjející trhy	7,7	7,7	3	7	5
Svět celkem	3,5	3,2	0	3	2

Poznámka: Nově se rozvíjející trhy = *emerging markets*; 2020 – kvalifikovaný odhad; 2021 – prognóza.

Zdroj: Swiss Re Institute

Tabulka 4: Alternativní scénáře

Pesimistický, krušný a vleklý (pravděpodobnost: 10 %)	Pesimistický – stagflace (pravděpodobnost: 10–15 %)	Optimistický (pravděpodobnost: 10 %)
<ul style="list-style-type: none"> – Virová infekce bude trvat déle, s následnou vlnou v roce 2021 a s tím, že bude nutné obnovit či rozšířit omezovací opatření. – Propuknutí virové nákazy povede k úvěrové krizi, a to po období ekonomické stagnace. 	<ul style="list-style-type: none"> – Virová infekce je držena pod kontrolou, ale omezovací opatření a nesladěné politiky oslabují ekonomickou obnovu. – Další poruchy trhu a masivní uvolňování politik povede k inflační depresi. 	<ul style="list-style-type: none"> – Virová infekce je držena pod kontrolou. – Ochranná (uzavírací) opatření jsou přizpůsobována počtu nakažených a způsobují malé ekonomické škody. – Pružná a koordinovaná politická akce podporuje rychlou normalizaci ekonomické činnosti.

Zdroj: Swiss Re Institute

a to buď z důvodu druhé vlny COVID-19, nebo eskalace úvěrové krize.

V případě druhého scénáře by se projevila slabší obnova v letech 2021 a 2022. Růst globálního pojistného by byl o více než 3 procentní body nižší ve srovnání s prognózou prezentovanou v tabulce 1. Inflace převyšující očekávání by mohla vést k vyšším škodám a tím pádem k utlumení ziskovosti v odpovědnostním pojištění.

Pokud by nastal optimistický scénář, růst globálního pojistného a globálních výnosů z investic by byl vyšší oproti základnímu scénáři (viz tabulka 1). Nejvíce by z toho profitovala životní a podnikatelská pojištění.

COVID-19 a dlouhodobé trendy v pojišťovnictví

V současné době je zřejmé, že bude nadále pokračovat období nízkých úrokových sazeb. Je pravděpodobné, že může dojít k růstu inflace v rámci stagflačního scénáře, což bude od pojistitelů vyžadovat ekonomicky udržitelné a zdravé upisování. Pokud jde o dopady krize vyvolané COVID-19, je nutno počítat podle názoru expertů SRI kromě výše naznačených střednědobých dopadů také s jejím dlouhodobým vlivem, a to minimálně ve třech oblastech:

- zvyšování povědomí o riziku – pandemická krize zvyšuje povědomí o hodnotě pojištění napříč pojistnými odvětvími a skupinami klientů. Pandemie nebude podle SRI nikdy plně pojistitelná, ale krize COVID-19 zlepšuje povědomí o napojených finančních rizicích a podněcuje inovace;
- urychlení digitální transformace – dodržování přísných hygienických pravidel, utlumení, či dokonce zastavení výroby, uzavření provozoven služeb apod. ukázaly význam a hodnotu digitalizace ve všech stupních hodnotového řetězce pojištění. Distribuční modely musí být digitalizovány, aby umožňovaly kontinuální prodej. Pojistné produkty se stanou atraktivnějšími, jestliže se budou rychle přizpůsobovat změnám v chování spotřebitelů a změnám v obratu. Navíc digitalizace v oblasti likvidace pojistných událostí se stane určitě důležitější, s ohledem na potřebu udržení efektivity těchto procesů v prostředí restrikcí mobility;

- vrchol globalizace a paralelní dodavatelské řetězce – pandemie upozornila na riziko plynoucí z nediverzifikovaných dodavatelských řetězců. Pokud dojde ke zpětnému přesunu některých výrobců do zemí, kde původně sídlil výrobce nebo kde sídlí mateřská společnost, bude to nová příležitost i pro pojistitele, zejména u majetkového pojištění, technického pojištění a pojištění záruky.

Výše uvedené střednědobé a dlouhodobé trendy a jejich vstřebání národními trhy budou mít nesporně vliv na postavení těchto trhů ve světovém pojišťovnictví. SRI očekává, že asijské pojistné trhy se z pandemické krize vzpamatují rychleji a budou se více prosazovat v mezinárodním prostředí. Podíl Číny na globálním pojistném by se měl rychle zvyšovat a v roce 2030 dosáhnout 18 %, což by byla polovina podílu USA. Pokud by nebylo bráno v úvahu pojistné produkované soukromým zdravotním pojištěním v USA, Čína by se mohla stát do poloviny 30. let tohoto století největším pojistným trhem na světě. Další asijská velmoc – Indie – by v roce 2030 již patřila mezi 10 největších pojistných trhů světa.

Údaje v tabulce 5 nejsou pro příslušné členské státy EU nikterak příznivé, neboť jejich podíly na globálním pojistném trhu v roce 2030 oproti roku 2019 poklesnou. Jen to podtrhuje tu skutečnost, že tempo růstu předepsaného pojistného je a bude v EU nadále nižší než v Asii. Nicméně expanze zejména čínského pojistného trhu by mohla přivodit v roce 2030 i pokles podílu Japonska a Jižní Koreje.

Škody vyvolané COVID-19 a dopad na pojistné sazby

Pandemie COVID-19 v době vydání studie SRI stále trvala, je tedy velice obtížné odhadnout, jak velké škody způsobí. Pokud jde o pojištěné škody, rozmezí odhadů je značné. Např. poradenská a makléřská společnost Willis Towers Watson zveřejnila poměrně široké rozpětí mezi 10 mld. USD (optimistický scénář) a 140 mld. USD (velmi pesimistický scénář) pro pojistné trhy USA a Spojeného království (včetně londýnského trhu), což by mohlo v případě pesimistického scénáře významně zvednout obvyklý škodní poměr² na těchto trzích. Střední odhad globálních škod spojených s COVID-19 v neživotním pojištění vypočtený na

Tabulka 5: Podíly TOP 15 trhů na globálním pojistném trhu podle výše celkového pojistného

Pořadí	Země	Podíl na globálním pojistném trhu (%)		
		1980	2019	2030
1.	USA	46,0	39,0	36,0
2.	Čína	0,0	10,0	18,0
3.	Japonsko	15,0	7,3	6,1
4.	Spojené království	6,9	5,8	4,0
5.	Francie	5,1	4,2	3,2
6.	Německo	8,0	3,9	3,2
7.	Jižní Korea	0,3	2,8	2,5
8.	Itálie	1,7	2,7	2,4
9.	Kanada	2,6	2,1	2,0
10.	Tchaj-wan	0,1	1,9	2,0
11.	Indie	0,4	1,7	2,3
12.	Nizozemsko	2,1	1,3	1,1
13.	Irsko	0,2	1,2	1,1
14.	Brazílie	0,4	1,2	0,9
15.	Hongkong	0,0	1,1	1,2

Poznámka: Pořadí zemí odpovídá podílu pojistného na globálním pojistném v roce 2019; rok 2030 – prognóza Swiss Re Institute.

Zdroj: Swiss Re Institute

základě údajů z různých zdrojů se pohybuje kolem 55 mld. USD. Je to jistě vysoká částka, která je řádově srovnatelná s globálními pojištěnými škodami z přírodních katastrof v roce 2019, jež dosáhly výše 60 mld. USD, nicméně např. pojištěné škody z přírodních katastrof v roce 2011 činily 145 mld. USD a pojištěné škody způsobené hurikánem Katrina v roce 2005 se dostaly na 90 mld. USD. Horní odhad globálních pojištěných škod z titulu COVID-19 provedený SRI se pohybuje kolem 100 mld. USD.

SRI předpokládá, že pandemií COVID-19 bude silně zasaženo především cestovní pojištění a pojištění pro případ zrušení akcí, i když riziko pandemie je často vyloučeno. U jiných pojistných odvětví či typů pojištění vidí případný dopad COVID-19 následovně:

- **Pojištění majetku:** Pandemie obvykle není kryta. Pojištění pro případ přerušení provozu se váže zpravidla na škodu na majetku a ve standardních pojistných smlouvách pro malé a střední podniky je pandemie často vyloučena. V USA a některých jiných zemích již probíhají soudní spory ohledně rozsahu pojištění pro případ přerušení provozu.

- **Pojištění odpovědnosti:** Očekává se, že z COVID-19 by mohly v USA vyplynout nároky na pojistné plnění v případě pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou členy orgánů společnosti (managementem společnosti) a pojištění odpovědnosti lékaře za škodu způsobenou při výkonu činnosti. Mohla by se objevit např. obvinění vůči členům orgánů společnosti, že nebyli adekvátně připraveni na riziko pandemie nebo že při zvládnutí těchto rizik nepostupovali správně. Zdravotnické a pečovatelské subjekty by mohly čelit žalobám ohledně chybného výkonu činnosti a nezajištění adekvátní ochrany.
- **Pojištění pro případ pracovního úrazu nebo nemoci zaměstnanců:**³ Nároky na pojistné plnění by se mohly týkat především zaměstnanců ve zdravotnictví. Např. v některých státech USA bylo vytvořeno účinné pojistné krytí pro zaměstnance v první linii. V jiných sektorech bude frekvence úrazů či nemocí pravděpodobně nízká vzhledem k tomu, že řada podniků omezila či zastavila produkci.
- **Úvěrové pojištění a pojištění záruky:** Tato pojištění by mohla být také zasažena, jelikož je nutno počítat s nárůstem počtu insolvencí.

U podnikatelských pojištění se dá počítat s tím, že škody přidružené ke COVID-19 budou tlačit na růst sazeb, jelikož bude méně kapitálu. Ale až skutečná výše zmíněných pojištěných škod rozhodne o tom, zda a jak se změní pojistné sazby v podnikatelských pojištěních a do jaké míry podpoří růst pojistného v letech 2020 a 2021. Trend k růstu sazeb se již projevuje v USA a globálně se projevil již v 1. čtvrtletí 2020. SRI zastává názor, že tento trend bude pokračovat.

I když se textová část studie SRI věnuje hlavně možným dopadům pandemie na globální pojišťovnictví a zahrnuje též cenné odhady a prognózy příštího vývoje, ve statistické příloze jsou již tradičně prezentovány údaje o vývoji globálního pojišťovnictví, tentokrát v roce 2019. Vzhledem

Celkové globální pojistné dosáhlo v roce 2019 výše 6,3 bil. USD a celková pojištěnost, která v tomto případě vyjadřuje poměr globálního pojistného ke globálnímu HDP, se tak dostala na úroveň 7,2 %.

Tabulka 6: Hrubé předepsané pojistné celkem

Oblast	HPP* v roce 2019 (mil. USD)	Změna stálé ceny v roce 2019 (%)	Změna stálé ceny v roce 2018 (%)	Podíl na světovém trhu v roce 2019 (%)
USA a Kanada	2 593 280	2,1	3,5	41,21
Latinská Amerika a Karibik	157 146	4,4	-1,7	2,50
EMEA**	1 796 771	2,4	4,1	28,55
Vyspělé země EMEA	1 603 292	2,4	4,4	25,48
EU	1 171 643	3,7	2,0	18,62
Vyspělé země Asie–Pacifik	934 353	1,3	1,9	14,85
Nově se rozvíjející země Asie	811 050	8,1	2,9	12,89
Čína	617 399	9,0	1,8	9,81
Nově se rozvíjející země Asie (bez Číny)	193 651	5,1	6,3	3,08
Afrika	68 155	1,4	2,2	1,08
Svět celkem	6 292 600	2,9	3,2	100,00

* HPP = hrubé předepsané pojistné – předběžné údaje.

** Evropa, Střední východ a Afrika.

Zdroj: Swiss Re Institute

k rozsahu statistických údajů zde (ve formě tabulek zpracovaných autorem tohoto článku) prezentujeme jen základní údaje, jež ale poskytnou dostatečnou představu o výkonu globálního pojištnictví.

se s ohledem na výše uvedenou změnu metodiky dostal na 18,62 %, přičemž ještě v roce 2018 to bylo 28,80 %.

— Podíl USA a Kanady na světovém pojistném trhu překonal v roce 2019 hranici 40 %.

Celkové globální pojistné v roce 2019

Celkové globální hrubé předepsané pojistné (HPP) se v roce 2019 zvýšilo po očištění o inflaci o 2,9 %, na 6 292 600 mil. USD. Pokud jde o rok 2018, SRI prezentuje ve své aktuální studii hodnotu tohoto ukazatele ve výši 6 149 020 mil. USD. Ovšem ve studii zveřejněné v červenci 2019 byla uvedena pro rok 2018 částka 5 193 225 mil. USD. Důvodem tohoto řádového rozdílu, rámcově kolem 1 bil. USD, samozřejmě není nějaká mimořádně obrovská dynamika růstu globálního pojistného, nýbrž metodická změna. SRI započel v případě USA, jak bylo již výše uvedeno, i HPP za pojistné odvětví soukromého zdravotního pojištění, aby byly statistiky všech národních pojistných trhů sladěné. Je jasné, že to má podstatný vliv na hodnocení vývoje globálního pojištnictví a zvláště pak na podíly jednotlivých regionů světa na globálním pojistném.

Na základě údajů obsažených v tabulce 6 je možné učinit minimálně následující závěry:

- Nejvyšší růst HPP byl v roce 2019 vykázán v Číně a v nově se rozvíjejících zemích Asie (včetně Číny).
- Relativně nízký růst HPP byl docílen ve vyspělých zemích oblastí Asie–Pacifik a v Africe.
- Tempo růstu HPP bylo v EU v roce 2019 vyšší než globální průměr, ale její podíl na světovém pojistném trhu

Životní a neživotní pojištění

Globální HPP životního pojištění v roce 2019 činilo 2 916 267 mil. USD a vzrostlo o 1,2 % nominálně a po očištění o inflaci o 2,2 %. Toto pojistné se v roce 2019 podílelo na celkovém globálním pojistném 46,3 %. I zde zapůsobila změna statistické metodiky, protože soukromé zdravotní pojištění USA, dříve nezohledňované, bylo zařazeno do neživotního pojištění. Ještě v roce 2018 byl podíl pojistného životního pojištění na globálním pojistném vykázán ve výši 54,3 %.

Nejvyšší tempo růstu HPP životního pojištění po očištění o inflaci bylo v roce 2019 docíleno v regionu Latinská Amerika a Karibik, a to ve výši 8,9 %, a pak v nově se rozvíjejících zemích regionu Asie–Pacifik (+6,2 %). Pokud jde o vyspělé pojistné trhy, lze v roce 2019 hovořit o stagnaci. Např. v USA činil růst sledovaného ukazatele 1,4 % a v oblasti Asie–Pacifik jen 0,1 %. Z jednotlivých národních pojistných trhů s vysokým růstem HPP životního pojištění po očištění o inflaci v roce 2019 je nutno zmínit např. Brazílii (+12,2 %), Španělsko (+16,3 %), Turecko (+21,8 %), Kazachstán (+57,9 %) a Vietnam (+23,8 %). Na druhé straně mimořádný pokles daného HPP nastal v roce 2019 např. v Argentině (-18,1 %), Portugalsku (-13,3 %), Rusku (-13,4 %) či v Singapuru (-26,3 %).

Globální HPP neživotního pojištění v roce 2019 činilo 3 376 333 mil. USD a zvýšilo se po očištění o inflaci ve srovnání s předchozím rokem o 3,5 %. Jeho podíl na globálním pojistném v roce 2019 tak činil 53,7 %. Růst HPP byl docílen ve všech regionech světa s tím, že nejmarkantnější nastal v nově se rozvíjejících zemích v Asii, a to ve výši 10,8 %. Následovaly vyspělé země oblasti Asie–Pacifik, kam patří např. Japonsko, Jižní Korea, Austrálie apod., s růstem 4,1 %. Co se týče jednotlivých národních trhů, takové rozdíly mezi procentuálním vzestupem a poklesem HPP jako u životního pojištění v neživotním pojištění v roce 2019 nenastaly. Např. v Číně a ve Vietnamu se HPP po očištění o inflaci zvýšilo shodně o 11,8 %, v Kazachstánu o 16,3 %, v Bulharsku o 14,2 % a v Lucembursku o neuvěřitelných 189,3 %. O důvodech takového nárůstu se SRI nezmiňuje. Z vlastního zkoumání autora tohoto článku vyplynulo, že za tím stojí brexit, resp. přemístění příslušných pojišťoven či poboček do Lucemburska. Už v prvních třech čtvrtletích roku 2019 vzrostlo pojistné neživotního pojištění v této zemi o více než 200 % a celkové pojistné o více než 50 %.⁴ Z opravdu minima zemí, kde nastal pokles HPP neživotního pojištění, je zapotřebí zmínit snad jen Argentinu (-12,9 %). Podíl USA na světovém trhu neživotního pojištění v roce 2019 činil 54,25 %.

Celková pojištěnost

Celková pojištěnost představuje 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. V globálním měřítku se samozřejmě poměřuje globální pojistné ke globálnímu HDP.

Z tabulky 7 vyplývá, že globální celková pojištěnost v roce 2019 činila 7,23 %. To je relativně vysoká úroveň. I zde zapůsobila metodická změna provedená ve statistikách

Tabulka 7: Celková pojištěnost

Oblast	Celková pojištěnost v roce 2019 (%)
Severní Amerika (USA, Kanada)	11,15
Latinská Amerika a Karibik	3,02
Vyspělé země EMEA*	7,71
EMEA celkem	5,67
Vyspělé země Asie–Pacifik	9,63
Nově se rozvíjející země Asie	3,89
Svět celkem	7,23

* Evropa, Střední východ a Afrika.

Zdroj: Swiss Re Institute

Globální ekonomika zpomalovala již před pandemií, neboť v roce 2019 se HDP dostal na úroveň růstu ve výši 2,5 %, což je nejnižší tempo růstu za posledních 10 let. Zpomalení bylo ovlivněno především napětím v mezinárodním obchodě a snižováním globální produkce.

SRI, neboť v roce 2018 byla hodnota daného ukazatele 6,09 %. USA bezesporu ovlivňují globální ukazatele – vždyť jejich celková pojištěnost dosáhla v roce 2019 úrovně 11,43 %. Je účelné doplnit, že hranici 10 % překročily v roce 2019 ještě tyto národní pojistné trhy: Dánsko (10,68 %), Spojené království (10,30 %), Finsko (10,17 %), Jižní Afrika (13,40 %), Namibie (10,44 %), Tchaj-wan (19,97 %), Hongkong (19,74 %) a Jižní Korea (10,78 %).

Závěr

Studie SRI podává základní obrázek o možných dopadech pandemie na globální pojišťovnictví. I když v červenci 2020, kdy SRI danou studii vydal, nebylo možné ještě přesněji specifikovat celkovou výši pojištěných škod, tj. spíše škod přidružených než přímých, protože riziko pandemie je v pojistných podmínkách obvykle vyloučeno, nebude globální výše pojistných plnění nikterak zanedbatelná. SRI pracuje se středním odhadem pojištěných škod ve výši cca 55 mld. USD. Je ovšem nutno brát v úvahu pokles poptávky vyvolaný pandemií, který může mít citelný vliv na pojistné. V roce 2020 je třeba počítat s poklesem globálního HPP, ale již v roce 2021 by mělo dojít k obnově růstu. Dopady pandemie pochopitelně nenechávají v klidu mezinárodní regulátory ani orgány dohledu, národní orgány dohledu, asociace pojišťoven ani jiné zainteresované osoby. Lze konstatovat, že vývoj pandemie a pochopitelně stav a vývoj pojišťovnictví pozorně sledují.

Např. Mezinárodní asociace orgánů dohledu v pojišťovnictví (*International Association of Insurance Supervi-*

sors, IAIS) zveřejnila dne 7. května 2020 tiskové prohlášení, ve kterém informuje o svém postupu směřujícím k zajištění globální finanční stability a ochrany spotřebitele v období pandemie. Jednoznačně se staví proti rádooby schůdným iniciativám či úvahám, že pojistitelé by s ohledem na pandemii mohli plnit zejména u pojištění pro případ přerušení provozu nad rámec uzavřených pojistných smluv.

Podle IAIS je životně důležitá stabilita oboru. IAIS proto bedlivě monitoruje vývoj a aktivně koordinuje postup s jinými tvůrci standardů a s Radou pro finanční stabilitu (*Financial Stability Board*), aby mohla vyhodnotit dopady COVID-19 na globální pojišťovnictví. IAIS se také zavázala podpořit nedávno publikované principy pro zajištění mezinárodní kooperace a koordinace reakcí na COVID-19. Navíc se IAIS snaží napomoci sdílení informací a diskuzi v rámci své široké členské základny o dohledových opatřeních z titulu dopadů COVID-19.

Na pandemii reagují rovněž asociace pojišťoven. Např. prezident federace Insurance Europe Andreas Brandstetter dne 23. června 2020 upozornil, že probíhají konzultace s Evropskou komisí za účelem hlubšího pochopení dopadů COVID-19 na spotřebitele i podnikatele. Dále zdůraznil, že pojistitelé v době pandemie plnili bez jakýchkoliv výkyvů své smluvní povinnosti, a dokonce toho činili mnohem více: 1) postupovali vůči svým klientům poctivě a přijali opatření, aby jim pomohli vyrovnat se s restrikcemi a problémy vyvolanými krizí; 2) iniciovali další četná opatření v oblasti *goodwill* a projevíli solidaritu svými příspěvky do mnoha fondů poskytováním svých zdrojů a expertiz. Příkladem takového fondu je fond na podporu osob nejvíce postižených COVID-19 s názvem „The COVID-19 Support Fund“, který vytvořily sektory pojišťovnictví a dlouhodobých úspor Spojeného království. Tento fond by měl disponovat 100 mil. GBP. Závazky bylo k 16. červnu 2020 již pokryto 82,5 mil. GBP. To vše naznačuje, že obor pojišťovnictví pandemii zatím úspěšně čelí a je všestranně vybaven, aby se s jejími dopady vyrovnal.

Resumé

World Insurance under the Influence of Pandemic

The main aim of this article is to present basic impacts of the COVID-19 pandemic on the global insurance industry. The author uses mostly as a source the relevant study of the Swiss Re Institute (SRI). He starts with the description of the macroeconomic environment for insurers in 2019–2021 and then his attention is devoted to the selected indicators of the output of the global insurance industry, i.e. especially to gross premiums written. The COVID-19 pandemic reduced the demand in national economies which can lead to the decrease of premiums written in 2020. There are presented also possible scenarios of the further development and valuable estimates and forecasts in relation to the development of premiums written. The author agrees with the opinion of the SRI that global insurance industry can return in 2021 on the growth trajectory. He adds some selected data on development of the national insurance markets and world insurance in 2019 and he does not forget to mention the role of regulators, supervisors and national insurance association in the fight against the current pandemic.

Klíčová slova

světové pojišťovnictví, globální pojistný trh, globální hrubé předepsané pojistné, národní pojistné trhy, vyspělé pojistné trhy, celková pojištěnost, Swiss Re Institute, pandemie, COVID-19, dopady pandemie

Keywords

world insurance industry, global insurance market, global gross premium written, national insurance markets, advanced insurance markets, penetration, Swiss Re Institute, pandemic, COVID-19, impacts of pandemic

1 Swiss Re Institute. World Insurance: riding out the 2020 pandemic storm. Sigma 4/2020. Dostupné z: <<https://www.swissre.com/institute/research/sigma-research.html>>.

2 Např. poměr mezi výší nastalých škod (bez vlivu zajištění) a výší čistého zaslouženého pojistného (pojišťovny nebo v příslušném pojistném odvětví nebo u pojistného produktu).

3 *Workers' compensation* nebo *workers compensation*. 1) Toto pojištění má

v jednotlivých zemích rozdílný rozsah pojistné ochrany. V ČR jde o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. 2) Pojištění nákladů lékařské péče a rehabilitace zaměstnanců, kteří utrpěli úraz v zaměstnání nebo při cestě do práce a z práce nebo dostali nemoc z povolání.

4 <<https://www.luxembourgforfinance.com/news/luxembourg-financial-industry-saw-significant-growth-in-2019/>>.

Povinné a volitelné produkty zdravotních pojišťoven v zemích OECD

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

V oblasti zdravotního pojištění existuje ve vyspělých zemích řada přístupů, konfigurací systému i nabízených produktů. Důležitý je zejména charakter univerzálně dostupné části systému a role zdravotních pojišťoven v něm, stejně jako prostor pro volitelné produkty a charakter volitelné části systému jako takové.

Význam vazeb povinné a volitelné části zdravotnictví a jejich vhodného nastavení si uvědomoval už lord William Beveridge ve své zprávě z roku 1942 (Beveridge, 1942, čl. 431). On a po něm řada dalších odborníků (Oakley & Barker, 2004) se ve svých koncepcích zdravotního zabezpečení programově snažili vyhnout se situaci, kdy je shoda na univerzální části systému slabá nebo chybí ochota veřejné volby financovat její adekvátně k objektivní potřebě péče. V této situaci postupně ti, kdo mohou, vyhledávají „lepší“ péči a produkty použitelné k jejímu financování, ponechávajíce „ty ostatní“ v péči univerzální části systému, kterou však sami raději moc nepoužívají. To ve výsledku paradoxně reálnou možnost volby snižuje; medicína se může rozpadnout na segmenty s oddělenými cenovými i odbornými úrovněmi a praktickou neprostupností pro pacienty i pro zdravotníky. V pokročilé fázi se pak může vytrácet společenský konsenzus nad financováním univerzální části systému, protože klienti významně využívající volitelné produkty již nebudou příliš chtít přispívat svými daněmi na část univerzální, což má značné implikace v kontextu teorie her (Mertl & Valenčík, 2017). Tyto jevy odedávna mají navíc výrazný sociální i kulturní dopad (Čapek, 1937). Proto se ve vyspělých zemích obvykle věnuje obsahu univerzální i volitelné složky systému a vazbám mezi nimi značná pozornost a v současné době v nich sledujeme snahu rozvíjet zdravotnický systém jako celek.

Z toho vyplývá, že logická úvaha, že to, o co se nepostará nebo nám neposkytne stát, si koupíme na trhu se zdravotním pojištěním, naráží v praxi na řadu vážných omezení, neberouc v úvahu celkovou konfiguraci zdravotnického systému ani nedokonalosti fungování tohoto trhu. Neznamena to, že by ve vyspělých zemích volitelná schémata financování a jim odpovídající produkty zdravotních pojišťoven neexistovaly, ale ani to, že stát samotný musí zabezpečit všechny role týkající se univerzální části systému. Navazující na minulé články v *Pojistných rozpravách* se můžeme podívat na to, jaké možnosti či inspirace se v tomto

směru nabízejí v teorii i praxi světových zdravotnických systémů. Roztřídíme fiskální schémata, která je možno použít pro financování univerzálně dostupné péče povinně; jejich podoba a rozsah determinuje současně i charakter volitelné části systému. Nebudeme se podrobněji zabývat mechanismy financování univerzální části systému, spíše vymežíme prostor pro aktivity a produkty zdravotních pojišťoven, tak jak reálně existuje, a tím ukážeme možnosti pro tyto autonomní instituce v závislosti na zvolené konfiguraci systému.

Empiricky použijeme údaje a fakta o zdravotnických systémech zemí OECD, jak jsou obsaženy v aktuální databázi OECD Health Data (OECD, 2020) a v jednotlivých publikacích European Observatory on health systems and policies v řadě Health in Transition (HiT), a to zejména v těch, které se týkají Německa (Busse & Blumel, 2014), Velké Británie (Cylus, Richardson, et al., 2015), Nizozemska (Boerma, Kroneman, Berg & Groenewegen, 2016) a USA (Rice, Rosenau, Unruh, Saltman & van Gineken, 2013), spolu s aktualizacemi Health systems and policy monitor (European Observatory, 2020) a monografií o evropských volitelných produktech zdravotního pojištění (Sagan & Thomson, 2016; Sagan & Thomson, 2016a). Vzhledem k rozsahu článku byly zahrnuty pouze vybrané a nejvíce ilustrativní skutečnosti a země; případní zájemci o podrobnější charakteristiky nebo hlubší pochopení fungování jednotlivých systémů mohou citovaných publikací využít.

Fiskální modely ve zdravotnictví

Z teorie ekonomie zdravotnictví vyplývá, že pokud má být určitá zdravotní péče univerzálně dostupná, musí být příslušná schémata financování povinná nebo alespoň fiskálně stimulovaná formou *hard compulsion* (Vostatek, 2014) tak, aby byla zajištěna participace cílových sociálních skupin a tím i univerzalita péče jim poskytované. To také určuje ekvivalentní vztah mezi pojmy „univerzální“ a „povinná schémata“ (produkty). Klíčové pro univerzální schémata je omezit, resp. odstranit motivaci pro selekci bonitních (mladých, zdravých) pojištěnců, jež je sice zcela přirozená, ale nutně vede k selhání trhu s pojistnými produkty pokrývajícími komplexnější, resp. doživotní zdravotní riziko. V případě existence více plátců (zdravotních pojišťoven) se proto typicky používá tzv. „community rating“, tedy pojistné nezávislé na zdravotním stavu, příp.

jsou kritéria pro zdravotní taxaci významně omezena. Univerzální část ideálně odpovídá té zdravotní péči, kterou pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu musí dostat a která prokazatelně zlepšuje nebo udržuje jeho zdravotní stav anebo snižuje jeho utrpení. V praxi tento princip nemusí být adekvátně realizován, což vede k horšímu zdravotnímu stavu a nenaplněným zdravotním potřebám pacientů anebo jejich vytěsnění do volitelné, soukromě financované části systému. Problémem může být také faktická nedostupnost této péče při její formální zákonné garanci. Analytickou výhodou zdravotnictví je to, že rozhodující většinu zdravotních efektů v této části lze objektivně prokázat pomocí *evidence-based* medicíny, dvojité zaslepených studií a statisticky průkazných metod, a to i v mezinárodním srovnání. Existují tři základní možnosti, jak přistoupit ke konfiguraci této části systému, a z nich vyplývající fiskální modely pro univerzální část zdravotnictví:

- *Vládní výdajový program pro zdravotní péči jako veřejnou službu* (s významným podílem rozpočtových prostředků v rámci veřejných financí) – přiděl do rozpočtové kapitoly zdravotnictví, která je součástí státního (vládního) rozpočtu. Při přidělování zdrojů na centrální úrovni, podporovaném příslušnými právními předpisy určujícími cenovou hladinu a objem poskytované zdravotní péče, je zdravotnictví financováno „čistými“ principy alokace ve veřejném sektoru a *governance* veřejné správy. Tento model koncepčně 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 pojišťovněm a poskytovatelům pro nabídku jejich produktů. V tomto pojetí je pozice, moc a kvalita vládnutí ministerstva zdravotnictví velmi důležitá, protože fiskální proces je určen hlavně pomocí legislativních postupů vlád a veřejně-politických jednání. Rizika tohoto přístupu zahrnují špatné postupy *public governance* (Greer, Wismar & Figueras, 2015) a slabou veřejnou správu; zdravotní rozpočet může být pod tlakem, a to zejména v dobách, kdy celý státní rozpočet je napjatý (ekonomická krize). Mezi univerzální a volitelnou péčí je v tomto modelu vztah vzájemně se vylučující a oddělený; 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; z hlediska příjmů jej lze elegantně integrovat do daňového systému v souladu s teorií veřejných financí (Vostatek, 2020). Příkladem je Velká Británie. Tento model je použitelný typicky tam, kde veřejná volba nechce mít autonomní strukturu zdravotních pojišťoven a větší podíl nestátních poskytovatelů zdravotní péče financovaných dominantně z veřejných zdrojů. Předpokládá dlouhodobý konsenzus na financování zdravotnictví jako veřejného statku, bez zdravotních pojišťoven majících příjmy z veřejných rozpočtů a s významnou rolí veřejné správy.
- *Autonomní fiskální rámeček a institucionální struktura pro solidární financování zdravotní péče*, kde je vliv poli-

tického cyklu na zdravotnictví nižší a role ústřední vlády omezená. Hlavním fiskálním úkolem je vybrat a přidělit dohodnutou částku peněz do specializovaných autonomních institucí (zdravotní pojišťovny) s významnými kompetencemi v síti zdravotnických zařízení, organizací péče a v určené míře i směrem k pojištěncům. Model staví na vzájemně se doplňujících efektech povinné a volitelné 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 např. v Německu, ve Francii a částečně i v Rakousku. Typická pro tento model je transparentní alokace veřejných prostředků pojišťovněmi na zákonem definovaný standard zdravotní péče a volitelné navazující produkty sice účetně, příp. i institucionálně oddělené, ale synergicky působící a integrované při spotřebě péče pacienta/klienta. V případě existence více zdravotních pojišťoven v univerzální části systému lze v rámci jeho koncepce určité individualizované prvky či diferenciaci nabídnout i těm, kteří si volitelný produkt nekoupí. Asi nejlépe to je v současné době vidět na německých zákonných zdravotních pojišťovnách. Vzhledem k existenci více zdravotních pojišťoven a prakticky plné privatizaci ambulantní péče v ČR se nabízí tento systém rozvíjet i zde, což by přineslo i větší diferenciaci mezi souhrnnou nabídkou zdravotních pojišťoven klientům.

- *Regulované, resp. dotované schéma soukromých pojistných produktů*, kdy lidé mají za povinnost koupit si produkt zdravotního pojištění na regulovaném trhu, příp. získají podporu na základě svého sociálního postavení tak, aby byli schopni koupit si vysoce regulovaný produkt zdravotního pojištění komerčně. V tomto režimu je pro pozici vlády a fiskální objem výdajů na zdravotní péči důležitá míra diferenciace příjmů a úroveň potřebné regulace. V tomto modelu nastává tvorba extenzivních regulačních a dotačních schémat oligopolní struktury soukromých zdravotních pojišťoven, v lepším případě neziskových, které klientům poskytují diferencovaný produkt s garantovanou základní složkou, která je zprostředkovaně závislá na státních dotacích a programech pro chudší a nemocnější sociální skupiny. V tomto modelu stát ztrácí kontrolu nad alokací prostředků, nákladovostí péče i nad sítí zdravotnických zařízení. Zdravotní politika usiluje pomocí dotací a regulace o změnu kriteriální funkce trhu a o omezení tržního selhání. Z hlediska zdravotní péče tak v některých případech splývají jednotlivé formy péče do jednoho produktu s rozsahem dle bonity klienta a ochoty platit a s regulací vynucenou povinnou složkou. Příkladem tohoto modelu je Nizozemsko a v některých variantách i pojistné plány v USA.

Z fiskálního hlediska se tato schémata promítají ve statistikách OECD (OECD, 2020) do následující klasifikace zdrojů pro zdravotnictví: financování ze všeobecných daní (vládní schémata – *government schemes*), z povinných účelových plateb (zdravotní daň, pojistné sociálního zdravotního pojištění, dvousložkové [nominální]

pojistné, další povinná soukromá pojištění) a volitelných soukromých výdajů na zdravotnictví. Tyto zdroje tvoří příjmy zdravotních pojišťoven tam, kde jsou v koncepci systému využity.

Uvedené modely se z hlediska zdravotních pojišťoven liší rolí, kterou jim přiřkládají. V prvním jsou zdravotní pojišťovny separovány do volitelné části systému, zatímco v té povinné se jejich role nezahrnuje. Ve druhém modelu mají zdravotní pojišťovny klíčovou roli z hlediska tvorby sítě zdravotnických zařízení, variability univerzální části systému připuštěné a předpokládané veřejnou volbou, nabídky volitelných produktů a tvorby synergii mezi univerzální a volitelnou částí systému. Ve třetím modelu pak zdravotní pojišťovny fungují jako operátoři na trhu se zdravotním rizikem, který je regulován a kde je v míře určené veřejným zájmem fiskálně stimulována poptávka po jimi nabízených produktech nebo regulován jejich obsah.

Z hlediska institucionální ekonomie lze vymezit dvě základní formy zdravotních pojišťoven: Zprvce se jedná o sociální (vzájemné, zákonné, veřejné, neziskové) zdravotní pojišťovny, které vznikly evolucí původních nemocenských a podobných pokladen založených na principu sdružování a spolků a využívajících neziskový princip (Greer, Wismar & Pastorino, 2017) dlouho předtím, než byl v ekonomické teorii explicitně definován. Vývoj přinesl tlak a později i nutnost na změnu jejich fungování ve smyslu částečného, až úplného sdílení zdravotního rizika na národní úrovni a oslabení zaměstnaneckého či spolkového principu členství. Výsledkem tohoto procesu bylo částečné, až úplné přerozdělení zdrojů a přechod na jejich financování centrálně stanovenou legislativně danou platbou, typicky proporcionálně k výdělku (určeným procentem ze základu). Zadruhé se jedná o komerční (soukromé) zdravotní pojišťovny, které fungují na obvyklých principech pojistného trhu, tvoříce a prodávající soukromé pojistné produkty v oblasti zdraví. Tyto komerční pojišťovny obvykle dosahují zisku, vyplácejí dividendu svým vlastníkům a jejich akcie také mohou být obchodovány na kapitálovém trhu. Zdravotnictví je natolik specifická oblast, že zdravotní pojišťovny obou druhů bývají typicky specializované instituce s vazbou na poskytování zdravotní péče (včetně různých forem řízení péče) a na specifický přístup k pojištěncům/klientům v souladu s charakterem daného systému zdravotního pojištění a zdravotnictví. Pokud je však jejich role v systému oslabena nebo se nepředpokládá, je samozřejmě možné, aby zejména volitelné produkty v oblasti zdraví nabízely i běžné komerční pojišťovny jako součást svého produktového portfolia. V něm také obvykle najdeme produkty, které nelze označit jako „zdravotní pojištění“, ale se změnou zdravotního stavu a spotřebou zdravotní péče úzce souvisejí (např. pojištění závažných onemocnění, úrazové pojištění, pojištění při pobytu v nemocnici).

Volitelné soukromé zdravotní pojištění

Tam, kde zdravotní pojišťovny nabízejí samostatně volitelné produkty, je možno vysledovat několik modelových příkladů nastavení zdravotnických systémů v EU (Thomson

& Mossialos, 2004), v nichž se uplatňují tři různá schémata nepřímých soukromých výdajů nad rámec solidárního hrazené univerzálně dostupné zdravotní péče (Durdisová & Mertl, 2013; Sagan & Thomson, 2016):

- substituční zdravotní pojištění (*substitutive insurance*),
- komplementární zdravotní pojištění (*complementary insurance*),
- doplňkové zdravotní připojištění (*supplementary insurance*).

Substituční zdravotní pojištění se používá v Německu, kde je pro osoby s dostatečnou výší příjmu volitelnou alternativou k systému zákonného zdravotního pojištění (Gesetzliche Krankenversicherung). Jedná se tedy o státěm regulované soukromé pojištění, které plně nahradí péči financovanou ze zákonného zdravotního pojištění.

V několika málo zemích existuje komplementární soukromé zdravotní pojištění výdajů, které kryje část výdajů na univerzálně dostupnou zdravotní péči, jež je hrazena pacientem (zákonná spoluúčást a doplatky na léky, regulační poplatky). Příkladem je Francie, kde má toto komplementární pojištění uzavřeno více než 85 % populace. Příčinou vysoké účasti je systém úhrady zdravotní péče z veřejného pojištění formou zpětného proplácení pouze části skutečných nákladů uhrazených přímo pacientem (implicitně vysoká spoluúčást). Tento postup je součástí strategie francouzské vlády ve smyslu kontroly nákladů na péči. Je zajímavé, že občané na to reagují převážně nákupem soukromého komplementárního pojištění; i proto byly od roku 2004 zavedeny také regulační poplatky, které komplementární pojištění nehradí (Brouland & Priesolová, 2016). Na příkladu Francie tak můžeme vidět důsledek komplementárního pojištění regulačních poplatků, kdy jejich primární regulační efekt může být oslaben. Soukromé zdravotní pojištění ve Francii je převážně nezávislé na individuálním zdravotním riziku klientů díky převažujícímu skupinovému pojištění, které podporuje jeho pořízení s malou sociální selekcí (francouzské vzájemné pojišťovny „mutuelles“ používají pro stanovení výše pojistného např. kritérium věku, ale nikoli vstupního zdravotního stavu) a nízkými transakčními náklady (Chevreul, Brigham, Durand-Zaleski & Hernandez-Quevedo, 2015; Brouland & Priesolová, 2016).

Komplementární soukromé pojištění může krýt také zdravotní péči a služby, které nejsou hrazeny v univerzálním systému, má-li tento užší rozsah krytí, než je obvyklé, či spadají-li do objektivně nutné zdravotní péče. Typicky se jedná o zdravotní péči a služby v oborech oftalmologie, stomatologie, dermatologie, rehabilitace, psychoterapie, lázeňství a laboratorní testování. V některých případech může být kombinováno s doplňkovým připojištěním, zvláště tam, kde je kvalita a dostupnost některých služeb zásadně snižena nebo jen formální.

V nejvíce zemích existuje systém doplňkového soukromého připojištění na zdravotní péči nad rámec formy a kvalitativního obsahu hrazeného a reálně dostupného

v univerzálním systému. To se týká např. Velké Británie, Portugalska a Řecka. Nadstandardní péči je nutno připojistit zvláště prostřednictvím doplňkového soukromého připojištění, které je však již na klasifikaci podle zdravotního rizika závislé, omezujíc tak řadu potenciálních klientů z možnosti tímto způsobem nadstandardní péči financovat. Studie ukazují, do jaké míry asymetrické informace s tím spojené ovlivňují nákup dodatečného soukromého pojištění (Bolhaar, Lindeboom & Klaauw, 2012). Typicky se zaměřuje na služby spojené s hospitalizací, na stomatologickou péči, možnost volby lékaře a léčebného postupu, na zkrácení čekací doby a termín péče podle přání pacienta a na úhradu doplatků nad rámec veřejného zdravotního pojištění.

Obecně volitelné prvky a schémata financování v systému zvyšují:

- možnost výběru (finanční produkt, zdravotnické zařízení, forma a metoda péče, lék, kompenzační pomůcka či zdravotnický prostředek);
- komfort pro zájemce o nadstandardní podmínky léčby a individualizaci poskytovaných služeb;
- vstřícnost (*responsiveness*) systému (čekací doby, informování pacienta, výběr termínů);
- inovaci léčebných metod i programů managementu onemocnění, i ve vazbě na životní styl a specifické potřeby konkrétních pacientů;
- možnost využít alternativní léčebné metody, zvolit si péči konkrétních lékařů a konzultovat svůj problém s vybraným specialistou.

Některá z těchto vylepšení mohou průběžně pronikat i do univerzálního systému, současně však žádný systém zdravotnictví nemůže univerzálně poskytovat každému pacientovi vše, co mu přinese užitek; v tomto směru je prostor pro volitelnou část systému racionální a zřejmý.

Vlastnosti volitelných produktů soukromého pojištění lze shrnout do tabulky 1; následně se podíváme podrobněji na situaci čtyř vybraných reprezentantů zemí OECD.

Německo

Povinná část německého systému spočívá v zákonném zdravotním pojištění poskytovaném více zdravotními pojišťovnami financovanými účelovou platbou – legislativně daným procentem z výdělku (14,6 %). Německý systém si zachoval značnou autonomii (*self-governance*) jednotlivých aktérů a od roku 2015 zákonné zdravotní pojišťovny opět mohou vybírat dodatečnou, vlastní procentní sazbu pojistného (v praxi 0–1,5 %), nad rámec jednotné sazby platné celostátně.

V Německu mají volitelné produkty zdravotních pojišťoven dvě hlavní podoby: 1) již uvedené substituční pojištění pro osoby s příjmem nad určitou hranicí a 2) komplementární (služeb) nebo doplňkové pojištění. Cca 11 % obyvatel využívá soukromého substitučního zdravotního pojištění (v roce 1975 to bylo pouze 6,9 %). Vojáci, policisté a uprchlíci využívají vládních schémat. Rozhodujícím kritériem pro možnost volby soukromého pojištění je výše příjmů klienta – pro rok 2019 činí 60 750 EUR ročně; osoby pod touto hranicí musí zůstat v zákonném pojištění. Případný návrat do zákonného pojištění ze soukromého je velmi komplikovaný; po 55. roce věku je pak přímo zakázaný, s cílem omezit spekulativní účast na soukromém pojištění jen v období nižšího rizika. Substituční zdravotní pojištění je v současné době podrobena významné regulaci, která spočívá v:

- zákazu vyloučení pojistného plnění za nemoci přítomné před uzavřením pojistky (*pre-existing conditions*);

Tabulka 1: Typy volitelného soukromého zdravotního pojištění

Typ volitelného soukromého zdravotního pojištění	Tahoun rozvoje trhu	Typické pokrytí a cílové skupiny
Substituční	Podíl populace s nárokem na univerzálně dostupnou péči	Lidé nezahrnutí do univerzálního systému nebo s povoleným vystoupením z něj
Komplementární (služby)	Rozsah univerzálně hrazené péče	Služby vyloučené z univerzálně hrazené péče, neobsažené v základním povinném balíku garantovaném legislativně
Komplementární (poplatky, spoluúčast)	Existence poplatků/ /spoluúčasti v univerzální části systému	Poplatky či spoluúčast na univerzálně hrazené péči
Doplňkové	Vnímání kvality, charakteru, časové a místní dostupnosti univerzálně dostupné péče	Poskytuje rychlejší přístup k péči, větší volbu zdravotnického zařízení, vyšší komfort, individualizaci péče (jiná kvalita, varianta či způsob poskytování péče)

V nejvíce zemích existuje systém doplňkového soukromého připojištění na zdravotní péči nad rámec formy a kvalitativního obsahu hrazeného a reálně dostupného v univerzálním systému. To se týká např. Velké Británie, Portugalska a Řecka.

- povinném doživotním průběhu pojištění se zákazem výpovědi pojistky pojišťovnou;
- povinné nabídce sociálních tarifů soukromého zdravotního pojištění (standardtarif a basistarif), odpovídající rozsahem plnění podmínkám zákonného zdravotního pojištění. Basistarif je levnější a je určen klientům, pro něž jsou jiné soukromé plány příliš drahé. Standardtarif je určen hlavně starším klientům; obsahuje širší služby následné, domácí, rehabilitační a paliativní péče a je možné k němu sjednat doplňkové připojištění.

Přibližně polovina soukromých pojišťoven představuje ziskové korporace obchodované na burze a polovina má spolkový (neziskový) charakter. Jejich zájmy reprezentuje Spolek soukromých pojišťoven (*Verband der privaten Krankenversicherung*).

Komplementární pojištění služeb nebo doplňkové pojištění se týkají zejména stomatologické péče a volitelné ambulantní či nemocniční péče, včetně volby lékaře a termínu ošetření. Od roku 2004 je mohou nabízet rovněž zákonné zdravotní pojišťovny, typicky ve spolupráci se soukromými pojišťovnami, které se konstrukcí volitelných produktů zabývají.

Regulace systému se týká všech typů volitelného pojištění a je součástí celkové evoluce systému. Tržní koncentrace je malá, existuje větší počet pojišťoven. Možnosti pro soukromé a zákonné pojišťovny jsou upravovány konzistentně a ve vzájemné koordinaci. Soukromé substituční pojištění je v německé filozofii *de facto* další sociální skupinou se „svým“ pojistným produktem, který klientům s příjmy nad určitou hranicí poskytuje možnost vystoupení ze systému zákonného pojištění do soukromého pojištění. I když pokračuje veřejná debata o jeho oslabení či zrušení (Musil,

2020), svým charakterem zapadá do německého ideálu vytvořit autonomní subjekty s pokrytím odpovídajícím cílové sociální skupině a její platební schopnosti.

Velká Británie

Ve Velké Británii má soukromé zdravotní pojištění přibližně 11 % populace; dominuje doplňkové pojištění poskytující přístup k péči dostupné v rámci NHS (*National Health Service*), ale rychleji, s výběrem lékaře nebo soukromého poskytovatele a s vyšším komfortem. To souvisí i se sice komplexním, ovšem nejednoznačným vymezením obsahu péče hrazené v rámci NHS a regionálními variacemi. Snížení úhrad stomatologické péče v rámci NHS se odráží na nabídce komplementárních produktů v této oblasti. Tržní koncentrace je poměrně vysoká: v roce 2014 pojímaly čtyři hlavní pojišťovny 87 % trhu (LaingBuisson, 2014).

V souladu se vzájemně se vylučujícím přístupem a oddělením privátních schémat financování od NHS se britská zdravotní politika příslušnými produkty nijak zvlášť nezabývá a nejsou předmětem regulace z hlediska poskytování a financování zdravotní péče ani efektů pro pacienty. Veřejná diskuze se jich týká málo, protože žádná britská vláda jim nechtěla přisoudit významnější formální roli v rámci celého zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že v Británii je obecně přijímán princip poskytování péče na základě potřeby, byly diskutovány otázky využití času zdravotníků v privátní a veřejné sféře a ekvity při využití těchto produktů. Regulace se týká pouze obecné finanční stability příslušných pojišťoven a standardní etiky prodeje finančních produktů.

Vzájemné srovnání produktů je pro klienty velmi obtížné, přestože od 90. let 20. století proběhly na úrovni pojišťoven dvě iniciativy ke zvýšení jejich transparentnosti. Klienti si produkty kupují, zejména aby nemuseli čekat na pořadových listinách, mohli si vybrat specialistu podle svého uvážení a měli komfortnější prostředí při spotřebě péče. Někteří zaměstnavatelé je kupují jako doplňkový zaměstnavatelský benefit.

Nizozemsko

Nizozemci mají obecně averzi k riziku a většina z nich (83 % v roce 2017) má zakoupeno komplementární pojištění, kryjící dodatečné služby nad rámec základního balíku obsaženého v povinném systému financovaném z dvousložkového pojistného (6,95 % z výdělku + nominální pojistné – absolutní částka stanovená zdravotní pojišťovnou). To poněkud překvapuje, protože tento balík je poměrně dobře vytvořený z pohledu žádoucí univerzality v nutné a potřebné péči. Hlavní segmenty péče s nedostatečným pokrytím v základním balíku jsou stomatologická, optometrická a fyzioterapeutická péče. Velká většina klientů (96 %) má připojištění u pojišťoven (zde má i základní pojistku), které mohou volitelné produkty nabízet. Preference využití synergických efektů (pokud je systém umožňuje) je tedy i empiricky zřejmá.

Na druhé straně od velké reformy v roce 2006, kdy bylo zrušeno substituční volitelné pojištění (předtím byl v Nizozemsku podobný systém duálního pojištění jako v Německu s tím, že v soukromém pojištění bylo více klientů) a byl vytvořen jednotný trh na principu řízené konkurence (Enthoven, 1993), došlo k poklesu klientů volitelných produktů (tehdy jich bylo 93 %). Zatímco základní balík je dostupný a povinný pro každého (s výjimkou malé skupiny zvané „gemoedsbezwaarden“, odmítající účast na pojištění z náboženských důvodů), volitelné produkty obvykle již používají vstupní kritéria ohledně zdravotního rizika. Volitelné pojistné produkty nabízejí zdravotní pojišťovny, které poskytují i univerzálně dostupný základní balík za nominální pojistné, jež se mezi pojišťovnami liší.

Dostupné statistiky pohybu pojištěnců dokládají (Kroneman, 2017), že v roce 2017 8 % pojištěnců změnilo pojišťovnu (tento počet je od roku 2011 v zásadě stabilní). Mladší populace mění pojišťovnu více. Nejčastějším důvodem (30 %) pro změnu pojišťovny je cenová politika pojišťovny (v nominální i volitelné složce). Další pohnutkou bylo očekávané čerpání zdravotní péče v budoucnu (19 %); 16 % změnilo pojišťovnu kvůli výši nominálního pojistného; přibližně 12 % bylo nespokojeno s nabídkou volitelné pojistky a stejné procento klientů uzavřelo pojistku kolektivně (kolektivně pořízená pojistka snižuje náklady [pojistné] až o 10 %). Samotná kvalita péče a služeb pojišťovny tedy explicitně zmiňována jako důvod změny nebývá. Ti, kteří pojišťovnu nezměnili, zůstávají, buď že jsou spokojeni se službami a cenou, nebo uvádějí loajalitu k pojišťovně (cca 30 %). Malá skupina (9 %) i přes zákaz diskriminace podle zdravotního rizika v povinné části systému zmiňuje jako důvod svůj špatný zdravotní stav (Kroneman, 2017). To může souviset s kombinací volitelné a povinné pojistky, kdy volitelné pojistky podléhají zdravotní taxaci, a tudíž nejsou tak snadno přenositelné jako povinná složka.

Čtyři hlavní pojišťovny (Achmea, Cooperatie VGZ, CZ Groep OWM a Cooperatie Menzis) zahrnují cca 90 % klientů. Dalších pět pojišťoven má zbylých 10 % (KPMG, 2017). Ukazuje to oligopolní charakter vzniklého trhu. Variabilita jejich nabídek se v čase zvyšuje, což někteří klienti vítají; jiným to volbu pojišťovny a produktu komplikuje.

USA

V USA je situace specifická tím, že rozsah univerzálně dostupné péče je redukován na život zachraňující péči, doplněnou selektivní a nenárokovou charitou. Typický Američan tak kupuje na regulovaném trhu pojistný plán podle svých finančních možností a osobních preferencí. Lze tedy říci, že velká většina produktů (pojistných plánů) spadá svojí konstrukcí a tržním charakterem do volitelných; současně se však zejména od přijetí Affordable Care Act v roce 2010 opakovaně řeší, do jaké míry má být nákup alespoň jednoho produktu (pojistného plánu) pro občany povinný a jaké nástroje (pokuta, různé formy daňové a sociální stimulační) mají být použity ke snížení značného počtu nepojištěných nebo zásadně podpojištěných Američanů. A to včetně projednání příslušného sporu

u amerického Ústavního soudu (Supreme Court, 2012), což asi nejlépe dokazuje, jak je toto dilema pro americkou společnost zásadní.

S rozvojem řízené péče a inovací schémat financování se postupně změnilo i chápání zdravotních pojišťoven a pojistných plánů. V rámci soukromých schémat existují *health maintenance organizations* (HMO), které propojují poskytovatele a plátce, nabízejíce možnost spotřeby zdravotní péče ve vlastních zařízeních za pravidelnou platbu. *Preferred provider organizations* (PPO) jsou méně striktní, nasmlouvají péči v určitém okruhu poskytovatelů a proplácejí péči kdekoli; na smluvní okruh poskytovatelů však poskytují podstatné slevy. Tyto formy řízené péče jsou propojeny s pojistnými plány nabízenými zaměstnavateli a státem (Medicare, Medicaid) a tvoří základ proplácení péče zdravotnickým zařízením.

Dva státní programy vznikly v 60. letech 20. století jako reakce na rostoucí počet občanů neatraktivních pro soukromé pojišťovny. Program Medicare je zaměřen na občany, kteří splňují věkové (65+ let) či zdravotní kritérium (plná invalidita, renální selhání s dialýzou nebo amyotrofičká laterální skleróza) pro účast, nabízí jim pojistné plány odpovídající jejich charakteristice. V současné době má čtyři části: A – nemocniční a navazující péče; B – primárně ambulantní péče; C – *medicare advantage* alternativa k plánům A a B, s možným rozšířením hraze-

V několika málo zemích existuje komplementární soukromé zdravotní pojištění výdajů, které kryje část výdajů na univerzálně dostupnou zdravotní péči, jež je hrazena pacientem (zákonná spoluúčast a doplatky na léky, regulační poplatky). Příkladem je Francie, kde má toto komplementární pojištění uzavřeno více než 85 % populace.

ných služeb ve vazbě na diferenciaci pojistného; D – úhrady léků. Program Medicaid je příjmově testovaný a je zaměřen na nízkopříjmové občany a rodiny s malými dětmi (spolu s CHIP programem¹).

Zatímco původně byly HMO a PPO specifické pro konkrétní organizaci řízené péče a zdravotní pojišťovny nabízely tradiční produkty rizikového pojištění (*fee for service* – proplácení zdravotních výdajů), v současné době jsou nabízeny jednotlivými pojišťovacími společnostmi (*health insurers* – např. Kaiser Permanente, Wellpoint, Aetna) různé produkty poskytující zdravotní zabezpečení (HMO, PPO, *point of service* plány, plány s vysokou spoluúčastí *high deductibles*, daňově zvýhodněné spoření na zdraví, tradiční pojistné produkty). S těmito společnostmi jsou v kontaktu klienti, zaměstnavatelé a stát ve smyslu regulace a případné nabídky Medicare plánů k rozšíření portfolia.

Pokud jde o soukromé pojištění, většina Američanů jej uzavírá skrze zaměstnavatele a má formu zaměstnaneckého benefitu. Existují dva způsoby, jak to udělat: zprostředkovat nákup pojistných produktů pro své zaměstnance nebo se samopojistit a nakupovat péči pro své zaměstnance s administrativní pomocí pojišťoven (tento způsob preferují zejména větší firmy). S tím vyvstávají otázky přenositelnosti pojištění při změně zaměstnání i problém zaměstnání bez nabídky adekvátního pojištění.

Významnou změnou ohledně regulace zdravotního pojištění byl Affordable Care Act², lidově zvaný „Obamacare“. Byl přijat v roce 2010, s postupným náběhem hlavních úprav do roku 2014. Mezi základní body patřilo:

- posílení a vyladění regulace stávajících zdravotních plánů a obsahu pojistek;
- zahrnutí preventivních programů do pojistného krytí;
- výrazné omezení tzv. „pre-existing conditions“;
- stropy na spoluúčast;
- vznik tržiště se zdravotními plány Exchange (podpora informovaného nákupu produktů s *community* ratingem pro jednotlivce a malé podniky a s pravidly na jejich konstrukci, nabídku a nákup)³;
- daňové úlevy na nákup zdravotních plánů;
- rozšíření programu Medicaid a změny úhrad v Medicare;
- změny v konstrukci pojistných plánů a skupin pojištěnců;
- elektronizace zdravotnictví, intenzivní monitoring *evidence-based* a *lege artis* medicíny;
- pokračování stávajících federálních programů (výzkum, boj proti závažným onemocněním [HIV], umístění lékařů do neatraktivních oblastí).

Regulace existujících plánů byla zavedena postupně a bylo několikrát prodlouženo přechodné období pro účastníky. Přesto do současné doby přetrvávají značné problémy s fungováním jednotlivých plánů v praxi, neboť regulace může znamenat také zvyšování ceny některých plánů pro existující (typicky bonitní) klientelu.

Specifickým nástrojem v USA jsou spořicí účty zdraví (*medical/health saving accounts*), zaváděné za prezidenta

Bushe po roce 2000 (Baicker, Dow & Wolfson, 2006) a podporované i bývalým prezidentem Trumpem. Postupně začaly být kombinovány s katastrofickým pojistným plánem za vysoké spoluúčasti (*high deductible* – minimálně 1350 USD a průměrně 2300 USD ročně pro individuální pojistku v roce 2019). Příspěvky jsou osvobozeny od daně z příjmů a akumulují se na účtu klienta; výnosy a použití na zdravotní péči se též nezdaňují. Jsou použitelné pro mladší a zdravější klienty, nicméně poskytovaná ochrana je slabá, a většinu klientů tudíž můžeme z hlediska jejich reálných zdravotních potřeb označit za podpojištěné. Daňové úlevy navíc nemožnou plně využít klienti s nižšími příjmy. Spořicí charakter účtů může odrazovat klienty od účelných výdajů na zdravotní péči; finanční i daňový aspekt produktů mohou dominovat nad věcným smyslem jejich existence. Jakkoli tedy vyhovují ideálu části Američanů toužící po individualizaci zdravotního zabezpečení, sdílení rizika (ať už tržně ekvivalentní, nebo povinnou solidárnější cestou) je v nich minimalizováno. Při platební neschopnosti klienta či vyčerpání individuálního účtu zdravotní spoření selhává, nemajíc oporu ani v univerzální složce systému, ani ve významnějším pojistném krytí.⁴

Závěr

Role zdravotních pojišťoven a jimi nabízené produkty jsou ve vyspělých zemích určeny primárně volbou konfigurace systému. Existují tři základní fiskální modely pro univerzální část systému: zdravotnictví financované přímo z veřejných rozpočtů jako veřejná služba, nezávislá institucionální struktura zdravotních pojišťoven financovaná z veřejných (povinně vybíraných) zdrojů a regulované, resp. dotované schéma produktů soukromých zdravotních pojišťoven operujících na trhu. Poslední uvedený model se v zemích OECD vyskytuje zřídka, v podstatě jen v Nizozemsku, USA a Švýcarsku; v ostatních vyspělých zemích se vyskytují první dva modely v různých modifikacích.

Ve Velké Británii má soukromé zdravotní pojištění přibližně 11 % populace; dominuje doplňkové pojištění poskytující přístup k péči dostupné v rámci NHS, ale rychleji, s výběrem lékaře nebo soukromého poskytovatele a s vyšším komfortem.

Podrobnější rozbor fungování povinné části systému jde nad rámec tohoto článku. Z hlediska zdravotních pojišťoven je však zřejmé, že britský příklad prvního modelu ukazuje situaci, kdy zdravotní pojišťovny nejsou v univerzální části systému potřebné. Role pojistných produktů je oddělená od celkové koncepce systému – fakticky jsou vytěsněny do volitelné části. Ve druhém modelu, který jsme si ukázali na příkladu Německa, je role zákonných zdravotních pojišťoven naopak zásadní, jak z hlediska sítě zdravotnických zařízení a zdravotní správy, tak ve veřejnou volbou schválené míře ve vztahu k pojištěncům a zaměstnavatelům. Současně zde existuje i segment volitelného soukromého pojištění ve všech třech podobách, tedy substituční (při splnění zákonem daných kritérií, zejména příjmové hranice), komplementární a doplňkové. Třetí model jsme si ukázali na příkladu Nizozemska, kde reforma z roku 2006 zavedla řízenou konkurenci v univerzální části systému, čímž integrovala dřívější substituční pojištění do jednoho systému. Role zdravotních pojišťoven je tak zásadní v konstrukci nabídky jednotlivých povinných produktů dostupných za diferencované nominální pojistné, celý trh však funguje hlavně díky státním dotacím a extenzivní regulaci. V USA je pak rozsah univerzálně dostupné péče minimalizován; diskuze se vede o povinnosti koupit si nabízené plány, které vykazují fantastickou variabilitu, ale jejich přínos pro zdraví a úhradu potřebné péče v konkrétních situacích je v mnoha případech diskutabilní, nebo dokonce mizivý.

Zmíněná schémata se pochopitelně zásadně liší mírou solidarity. Zatímco v britském systému je nejvyšší, daná financováním ze všeobecných daní, včetně progresive ve zdanění příjmů, a v německém systému vysoká, vycházející z proporcionální účelové platby z výdělku do zákonného zdravotního pojištění (14,6 %), v Nizozemsku je míra solidarity střední a částečně selektivní (sazba 6,95 % + státní podpora nízkopříjmových osob a dětí) a v USA modelově minimální, resp. značně selektivní (ač sekundárně ve výsledku vynakládá americký systém z veřejných zdrojů na zdravotnictví přibližně to samé jako levnější evropské systémy celkem).

V tomto článku jsme se zabývali problematikou obecně, prostřednictvím modelových příkladů typických zemí. Českého čtenáře však možná napadne: „A jaký systém je tedy vhodný pro nás?“ Odpověď není úplně přímočará, ale lze ji shrnout takto: Neexistuje žádný přímý důkaz toho, která role zdravotních pojišťoven je optimální. Nicméně je vhodné vybírat z jednotlivých funkčních možností a konkrétní konfiguraci přizpůsobit národním specifikům, sociálně-kulturnímu kontextu a prioritám veřejné volby. Vzhledem k tomu, že v ČR dlouhodobě existuje více zdravotních pojišťoven plus plně privatizovaná síť ambulantních a částečně i lůžkových zdravotnických zařízení a schopnost veřejné správy provádět aktivní management a dobrou *governance* zdravotnictví na mikroúrovni je dlouhodobě nízká, lze doporučit zachovat více zdravotních pojišťoven na občanském (nikoli zaměstnaneckém) principu, jejich financování v univerzální části systému provozovat nadále solidární proporcionální účelovou platbou z výdělku (zdravotní daní) doplněnou

dotací ze státního rozpočtu, ovlivňující inverzně její sazbu, zvýraznit jejich klíčovou roli v konstrukci a rozvoji sítě zdravotnických zařízení a podporovat jejich diferencovanou nabídku v oblasti preventivní péče a motivace pojištěnců na základě poznatků behaviorální ekonomie. V oblasti volitelných produktů lze roli zdravotních pojišťoven posílit značně. Významnou vlastností a potenciálem volitelných schémat při existenci zdravotních pojišťoven v univerzální části systému jsou synergické efekty, a to v těchto směrech:

- synergické efekty mezi univerzální a volitelnou péčí (viz výše; z pohledu pacienta se propojují tyto dva segmenty do komplexních efektů ve zdraví),
- synergické efekty mezi ošetřujícími lékaři / poskytovateli (při integraci jednotlivých odborností do balíčku posílená koordinace péče),
- synergické efekty znalosti úhrad a možností poskytovatelů promítajících se do konstrukce balíčku.

Synergické efekty jsou maximalizovány, pokud volitelné produkty konstruuje a nabízí zdravotní pojišťovna, která má přehled o rozsahu univerzálně hrazené péče, smluvních i nesmluvních zdravotnických zařízeních a spotřebě zdravotní péče u svých pojištěnců (klientů). Spolu s významnými úsporami z rozsahu tak má zdravotní pojišťovna možnost integrovat jednotlivé služby a péči z různých odborností a zdravotnických zařízení tak, aby nabídla klientovi komplexní produkt. Zdravotní pojišťovna na sebe také snadněji převezme účetní a marketingovou stránku programů, zatímco se zdravotníci mohou soustředit na samotné poskytování péče.

K tomu může posloužit širší škála pojistných produktů nabízených buď samostatně, nebo ve spolupráci s běžnými komerčními pojišťovnami, zejména tam, kde by dceřiné společnosti zdravotních pojišťoven samostatně nedostály náročným regulatorním a zákonným požadavkům nebo kde komerční pojišťovna může nabídnout know-how a expertní roli při konstrukci produktu. Významnou roli mohou, vedle zmíněných standardních pojistných produktů s rizikovou složkou, sehrát také produkty předplacené (Mertl, 2018; Mertl, 2017), které na základě negativních zkušeností ze světa týkajících se zdravotního spoření (*health savings accounts*) nemusí obsahovat spořicí složku a které mají v českém prostředí velkou výhodu v tom, že mohou navazovat na robustní univerzální systém – typické faktory jejich selhávání známé např. z USA tedy v českém prostředí prakticky neexistují. Jejich přínosem je zejména neexistence vstupních kritérií, redukce tržního selhání, předvídatelnost a porovnatelnost financování a značné přizpůsobení potřebám konkrétního klienta.

V současném českém zdravotnictví se předplacená schémata v určité podobě tu a tam vyskytují, typicky jsou však nabízena a poskytována na úrovni zdravotnických zařízení nebo organizací zabývajících se managementem zdravotnických služeb. Nabízejí předplacené programy s různou

rodým obsahem: obecným nebo specifickým pro určitou oblast medicíny (Klinika Malvazinky, 2020; Santé, 2020; Online 24, 2020; Canadian Medical, 2020). Je nesporně možné je provozovat i na této bázi (např. jedné ordinace nebo kliniky, zejména u programů vázaných na konkrétní lékaře), ale ze systémového hlediska existují některé nevýhody integrace či úzkého propojení poskytovatele a plátce zdravotní péče, jak ukazují dlouhodobé zkušenosti s americkými HMO (riziko vyšší ceny a nižší možnosti volby pro klienta). Proto lze doporučit, aby je nabízely primárně zdravotní pojišťovny, při striktním oddělení veřejných a soukromých prostředků v hospodaření nebo vyčlenění programů do dceřině společnosti, podobně jako u produktů pojistných.

Zmíněný možný směr rozvoje je evolučního, nikoli revolučního typu. Autor tohoto článku samozřejmě nemůže vyloučit, že dojde ke změně v prioritách veřejné volby či v preferencích obyvatel ohledně role a počtu zdravotních pojišťoven, žádoucí míry solidarity nebo vlastnické struktury zdravotnických zařízení. Doporučuje však dělat zásadní změny jen zřídka, *ex ante* jasně pojmenovat, co znamenají, a fixovat základní principy, na nichž je systém založen, kvalifikovanou (ústavní) většinou v parlamentu, neboť nic neškodí ekonomice zdravotnictví tolik jako neustálá oscilace mezi jednotlivými modely financování.

Resumé

Mandatory and Facultative Products of Health Insurance Companies in OECD Countries

The article deals with the role played by health insurance companies within the health care systems in OECD countries, mainly in Germany, UK, the Netherlands and USA. It is based on theoretical classification of health care and the schemes and financing of universal and facultative parts and it derives the potential for health insurance companies for each of them. The article comprises also the typology of facultative private health insurance and the discussion about the benefits of facultative products in individual configuration variants of health care as well as the reasoning of the importance of a universal, solidary financed health care and three basic financing models. The article also discusses the potential synergies between the universal and facultative parts of the systems and the options arising for the Czech health care system.

Klíčová slova

zdraví, zdravotnictví, zdravotní pojištění, předplacené programy, pojistné produkty, solidarita, ekvivalence

Keywords

health, health care system, health insurance, prepaid schemes, insurance products, solidarity, equivalence

Použité zdroje

- Baicker, K. – Dow, W. – Wolfson, J. (2006). Health Savings Accounts: Implications for Health Spending. *National Tax Journal*, 59(3), s. 463–475.
- Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. London: HMSO.
- Boerma, W. – Kroneman, M. – Berg, M. – Groenewegen, P. (2016). Health system in transition: Netherlands. *European Observatory on Health Systems and Policies: WHO*. Získáno 1. září 2020 z: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1>.
- Bolhaar, J. – Lindeboom, M. – Klaauw, B. (2012). A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. *European Economic Review*, 56(4), s. 669–690.
- Brand, H. (2007). Good governance for the public's health. *European Journal of Public Health*, 17(6). Získáno 1. září 2020 z: <<https://academic.oup.com/eurpub/article/17/6/541/475895>>.
- Brouland, P. – Priesolová, J. (2016). Doplnkové zdravotní pojištění ve Francii, institut „mutuelle“ a jeho terminologie. *Acta Oeconomica Pragensia*, 24(6), s. 69–77.
- Busse, R. – Blumel, M. (2014). Germany: Health system review. *European Observatory on Health Systems and Policies: WHO*.
- Canadian Medical (2020). Členské programy. Získáno 1. září 2020 z: <<https://www.canadian.cz/cs/clenstvi/>>.
- Cylus, J. – Richardson, E., et al. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*.
- Čapek, K. (1937). *Bílá nemoc: drama o třech aktech ve 14 obrazech*. Praha.
- Durdisová, J. – Mertl, J. (2013). Evoluce sociálně-ekonomického pojetí zdravotní péče. *Ekonomický časopis*, 61(2), s. 155–171.
- Enthoven, A. C. (1993). The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, 12, s. 24–48. Získáno 1. září 2020 z: <https://healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.12.suppl_1.24>.
- European Observatory (2020). Získáno 1. září 2020 z The Health Systems and Policy Monitor: <<https://www.hspm.org/mainpage.aspx>>.
- Greer, L. – Wismar, M. – Figueras, J. (2015). Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Greer, L. – Wismar, M. – Pastorino, G. (2017). *Civil Society and Health. Contributions and Potential*. Brussels: WHO.

Chevreur, K. – Brigham, K. – Durand-Zaleski, I. – Hernandez-Quevedo, C. (2015). France: Health system review. Health systems in transition: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Klinika Malvazinky (2020). Klub stálých pacientů. Získáno 1. září 2020 z: Rehabilitační klinika Malvazinky: <<https://www.klinika-malvazinky.cz/malvazinky/klub-stalych-pacientu/vip-karty/>>.

KPMG (2017). The Dutch insurance market 2017. Získáno 1. března 2020 z: <<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/sector/verzekeraars/the-dutch-insurance-market-2017.pdf>>.

Kroneman, M. (2017). The role of citizens in the health insurance market. Získáno 1. března 2020 z: Overview of the statutory financing system, Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands: <<https://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=3.3%20Overview%20of%20the%20statutory%20financing%20system&Type=Section>>.

LaingBuisson (2014). Laing's healthcare market review 2013/14. London: LaingBuisson.

Mertl, J. (2017). Private prepaid health financing schemes' role in health system. Conference Proceedings RELIK 2017, s. 297–304. Praha: VŠE. Získáno 1. září 2020 z: <<https://relik.vse.cz/2017/download/pdf/136-Mertl-Jan-paper.pdf>>.

Mertl, J. (2018). The Relationships and Configuration of Universal and Optional Healthcare Financing Schemes in Czechia. Danube: Law and Economics Review(3), s. 177–192.

Mertl, J. – Valenčík, R. (2017). Principles of the Titanic game and their links to contemporary socioeconomic reality. Socioekonomické a humanitní studie.

Musil, P. (2020). V Německu začala debata o zrušení soukromého pilíře zdravotního pojištění. Získáno 1. září 2020 z: Zdravotnický deník: <<https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/02/nemecku-zacala-debata-zruseni-soukromeho-pilire-zdravotniho-pojisteni/>>.

Oakley, A. – Barker, J. (eds.) (2004). Private complaints and public health: Richard Titmuss on the National Health Service. Bristol, UK; Chicago, IL, USA: Bristol University Press. doi:10.2307/j.ctt1t8918b.

OECD (2020). OECD Health Data Statistics. OECD ILibrary: OECD. Získáno 1. září 2020 z: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>.

Online24 (2020). Nadstandardní péče. Získáno 1. září 2020 z: <<http://www.on-line24.cz/nadstandardni-pece>>.

Rice, T. – Rosenau, P. – Unruh, L. – Saltman, R. – van Gineken, E. (2013). United States of America: Health system review. Health System in Transition.

Sagan, A. – Thomson, S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

Sagan, A. – Thomson, S. (2016a). Voluntary health insurance in Europe: country experience. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

Santé (2020). Klientské karty. Získáno 1. února 2020 z: Team prevent Santé: <<https://www.teamprevent-sante.cz/sluzby/premiova-pece-sante/klientske-karty/>>.

Supreme Court (2012). National Federation of Independent Business v. Sebelius. 567 U.S. 519 (2012). Získáno 1. září 2020 z: <<https://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>>.

Vostatek, J. (2014). Pensions: Hard, Soft or No Compulsion? In Proceedings of the 18th International Conference Current Trends in Public Sector Research. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2014, s. 107–114.

Vostatek, J. (2020). Sociální zabezpečení je klíčem k české daňové reformě. Fórum sociální politiky, 14(3), s. 4–12, Praha: VÚPSV.

1 Children's Health Insurance Program. Od roku 2018 některé státy (např. Arkansas) začaly podmiňovat podporu z programu Medicaid pracovní aktivitou (na trhu práce nebo pro komunitu).

2 Pro ilustraci komplikovanosti amerických regulací: tento zákon měl více než 900 stran textu.

3 V provozu i v současné době, dostupné z: <<https://www.healthcare.gov>>; některé státy mají tržiště vlastní, např. Covered California, dostupné z: <<https://www.coveredca.com/>>.

4 Byť provázání s katastrofickými pojistkami určité minimální krytí poskytuje, oproti původní variantě, kdy existovaly účty zcela samostatně.

Regulace flotilového pojištění po novele v reflexi názorů ČNB

JUDr. PhDr. Alexander Kult / Právnická fakulta Univerzity Karlovy
Mgr. Jan Škrabka, M.A., MSc. et MSc. / Právnická fakulta Univerzity Karlovy¹

Problematika právní regulace poskytování pojistné ochrany je integrální součástí nefiskální oblasti finančního práva, příp. je možné ji zařadit též do oblasti práva finančního trhu v širším smyslu.² Vzhledem k velikosti pojistného trhu v ČR, s předepsaným pojistným ve výši téměř 146 mld. Kč (dle metodiky ČAP) a s počtem téměř 28 mil. pojistných smluv v kmeni, jde o významnou oblast české ekonomiky.³

Na jednotném evropském trhu působí v oblasti pojištění množství nadnárodních společností a z pohledu regulace se jedná o oblast podstatně ovlivněnou evropskou právní úpravou. Distribuce pojištění se primárně řídí směrnicí (EU) 2016/97, o distribuci pojištění,⁴ označovanou též jako „směrnice IDD“ (*Insurance Distribution Directive*). V ČR byla tato směrnice implementována zákonem č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, (ZDPZ). Směrnice i její česká transpozice již byly předmětem mnohých výkladů a analýz jiných autorů. Autoři proto v tomto článku zkoumají regulaci skupinového pojištění, kterým se IDD směrnice nezabývá; jeho právní úprava v ust. § 4 ZDPZ je tak ryze vnitrostátní právní úpravou. Zároveň se zde autoři zabývají především nedávnou významnou novelizací tohoto ustanovení a souvisejícím právním výkladem ČNB.

Novelizace zákonných ustanovení regulujících skupinové pojištění

Distributorem pojištění ve smyslu ZDPZ je pouze ten, kdo tak činí podnikatelským způsobem. Tato podmínka platí i v případě nabízení možnosti stát se pojištěným, kterou pojistník nabízí za úplatu.⁵ Jedná se o skupinové pojištění, jež je někdy označováno jako „pojištění flotilové“. Právní úprava nabízení možnosti stát se pojištěným byla uvedena již v původním znění § 4 ZDPZ, které bylo s účinností od 1. května 2020 novelizováno. Novelizací provedenou zákonem č. 119/2020 Sb. byl nově pro účely veřejnoprávní regulace pojistný zájem nahrazen souvislostí pojistné ochrany s podstatou primárního vztahu mezi pojistníkem a pojištěným. Jedná se o nahrazení soukromoprávního institutu, který slouží především k ochraně pojistitele, institutem veřejnoprávním, jehož účelem je regulace distribuční činnosti. Byla zachována vazba na situace, které byly v ust. § 4 ZDPZ uvedeny před novelou, avšak tento tzv. „kvalifikovaný pojistný zájem“ byl nahrazen souvislostí mezi pojištěním a nabízeným zbožím nebo službou (nově je výslovně zmíněno „pojištění schopnosti

splácet“), členstvím v zájmovém nebo profesním sdružení, pracovním, služebním či obdobným poměrem mezi pojistníkem a pojištěným nebo kulturními, sportovními či jinými obdobnými akcemi pojistníka (u kterých se pravděpodobně předpokládá společná participace pojistníka a pojištěného).

Jak je uvedeno v odůvodnění příslušného pozměňovacího návrhu vládní novely zákona, je třeba institut kvalifikovaného pojistného zájmu opustit a namísto toho se zaměřit na skutečnou podstatu a cíl příslušného ustanovení, tedy aby pojistník nemohl nabízet flotilové pojištění bez existence reálného vztahu k pojištění nebo pojištěnému. Tento vztah nesmí být uměle vytvořen pouze pro účely nabízení pojištění, ale musí reálně existovat a skutečně souviset s primárním důvodem k navázání obchodního vztahu pojištěného s pojistníkem.⁶ Kromě variant vyplývajících z „pojistné souvislosti“ nahrazující pojistný zájem zůstávají zachovány původní možnosti vztažené k věcem, které mají totožného vlastníka⁷ a členství pojistníka a pojištěného ve společném koncernu.⁸ Dle odůvodnění druhého pozměňovacího návrhu⁹ je jeho cílem odstranění interpretačních pochybností, ovšem je třeba brát v potaz, že pojišťovny budou hledat zejména interpretaci co možná nejširší a z obchodního hlediska nejvýhodnější. V odůvodnění se dále jako příklad uvádí, že pojištění věcí, které má zákazník obvykle u sebe v souvislosti s platební kartou a k jejichž

Distributorem pojištění ve smyslu ZDPZ je pouze ten, kdo tak činí podnikatelským způsobem. Tato podmínka platí i v případě nabízení možnosti stát se pojištěným, kterou pojistník nabízí za úplatu.

odcizení, ztrátě či zničení může dojít spolu s platební kartou nebo které klient využívá k obsluhování bankovních služeb (tedy např. peněženka či mobilní telefon), splňuje podmínku uvedenou v ust. § 4 odst. 7 písm. a) bodu 1 ZDPZ, tedy právě souvislost s poskytovaným zbožím či službou.

Nevhodně formulované znění ust. § 4 ZDPZ

Problematickým je však ust. § 4 odst. 7 písm. b) ZDPZ, které není z hlediska legislativní techniky vhodně formulované, a proto může představovat výkladový problém. Při použití gramatického výkladu by bylo možné dojít k závěru *ad absurdum*, že pokud mají jakékoli dvě věci téhož vlastníka, může být takovému vlastníkovi nabízena možnost stát se pojištěným v souladu s tímto ustanovením. Takový výklad by popíral celý smysl ZDPZ, který umožňuje distribuovat pojištění pouze regulovaným subjektům podle ust. § 5 odst. 1 ZDPZ a též pojišťovným podle ust. § 5 odst. 2 ZDPZ. Autoři tohoto článku tedy mají za to, že při formulaci znění zákona došlo k omylu, kdy uvedená totožnost v osobě vlastníka („mají věci [...] téhož vlastníka“) má spíše představovat totožnost vlastníka věcí a pojistníka. Skutečným významem ust. § 4 odst. 7 písm. b) ZDPZ tedy dle autorů je, že vlastníkem věcí, kterých se pojištění týká, musí být pojistník. Doplnujeme, že podmínka stanovená v ust. § 4 odst. 7 písm. b) nebyla přijatou novelizací změněna, a lze tedy vycházet z odpovědi ČNB na často kladené otázky ze dne 29. listopadu 2018, ve které se uvádí, že pod tuto kategorii spadá nabízení možnosti stát se pojištěným tehdy, když má vlastník (pojistný) zájem na nesnížení hodnoty pojištěné věci, byť by případné snížení hodnoty (pojistná událost) bylo způsobeno jednáním pojištěného; jako příklad se uvádí pojištění odpovědnosti z provozu vozidla zajišťovaného leasingovou společností.¹⁰

Další změny v novelizovaném ustanovení zákona

Nově byla zavedena specifická kategorie pojištění kryjícího vady, poškození nebo ztrátu zboží dodávaného pojistníkem,¹¹ nevyužití nebo vady služby poskytované pojistníkem,¹² poškození nebo ztrátu zavazadla¹³ a jiné události spojené s cestováním.¹⁴ Zatímco varianty uvedené pod ust. § 4 odst. 7 písm. d) body 3 a 4 ZDPZ představují cestovní pojištění, které tedy vůbec nemusí být vázáno na vztah pojistníka a pojištěného, otázkou zůstává výklad kategorií dle bodů 1 a 2. Jestliže totiž pojištění souvisí se zbožím či službami, které poskytuje pojistník, lze využít variantu uvedenou v ust. § 4 odst. 7 písm. a) bod 1 ZDPZ. Můžeme tak uvažovat o tom, zda výraz „pojištění se týká“ vyjadřuje nižší/vyšší míru závislosti na primárním právním vztahu než výraz „pojištění souvisí“, nebo zda byly tyto dva odlišné výrazy zvoleny náhodně.

Podle autorů tohoto článku umožňuje novelizované ust. § 4 odst. 7 písm. a) širší interpretaci než předchozí úprava využívající pojistného zájmu, který již nově pojišťovna nemusí zkoumat, přičemž postačí „souvislost“ zboží či služby pojistníka s pojištěním. Ačkoliv např. úrazové pojištění nabí-

zené bankou klientovi za úplatu nepředstavuje oprávněnou potřebu banky chránit se před následky pojistné události¹⁵ (pokud pojistné plnění obdrží klient), může s nimi přesto souviset, a to např. proto, že klient nebude využívat sjednané bankovní služby, jestliže prodělá úraz. Taková možnost je dle názoru autorů tohoto článku obhajitelná, zejména díky vztahu k pojištěnému, který zmiňuje i výše citované odůvodnění příslušného pozměňovacího návrhu. Jestliže cílem novely bylo, aby vztah pojistníka a pojištěného nebyl vytvořen pouze pro účely nabízení pojištění, pak lze mít za to, že pokud takový vztah existuje, je v jeho rámci dovoleno nabízet pojištění, které je pro pojištěného výhodné a které získá za cenu zohledňující úspory z rozsahu, jež skupinové pojištění přináší. Podle dřívějšího právního názoru ČNB k původnímu znění ZDPZ by v takovém případě bylo dále nutné, aby pojistná událost představovala pro pojistníka hrozbu relevantní újmy spojené s určitým prodejem zboží nebo služby, a nikoli s obecným zájmem pojistníka prodat v budoucnosti další nespécifikované zboží či služby.¹⁶ Po novelizaci ZDPZ však již podle autorů tohoto článku není toto zkoumání relevantní újmy pro pojistníka u pojištění nabízeného na základě ust. § 4 odst. 7 písm. a) ZDPZ nutné.

Výše diskutovaným druhým pozměňovacím návrhem pak byla tato omezení doplněna ještě o oznamovací povinnost vůči ČNB.¹⁷ Pojišťovna má nově povinnost evidovat a reportovat informace o splnění požadavků dle příslušných variant uvedených v ust. § 4 odst. 7 ve vazbě na konkrétní pojistné smlouvy spolu s odvětvím a charakteristikou nabízeného pojištění, datem vzniku a zániku pojištění, pojistnou dobou, počtem pojištěných i předepsaným pojistným, a to za každé kalendářní čtvrtletí.¹⁸

Pojištění vzniká okamžikem, ve kterém vznikají práva a povinnosti z pojištění. Vznik pojištění je však dle autorů v kontextu skupinového pojištění třeba chápat jako okamžik zahájení pojistné ochrany pojištěného, nikoliv jako okamžik uzavření pojistné smlouvy mezi pojistníkem a pojistitelem (jak by tomu odpovídala dikce ust. § 2772 a ust. § 2802 a násl. OZ). Pojistná ochrana je poskytována pojištěnému. Autoři tohoto článku mají tedy za to, že pojištění dle skupinové pojistné smlouvy začíná až v okamžiku, kdy se určitá osoba stane pojištěnou, a proto by předmětem reportingu mohlo být dokonce datum vzniku a zániku pojištění každé jednotlivé osoby přijaté do pojištění.

Do uzávěrky tohoto příspěvku ČNB prováděcí předpis nevydala. Ačkoliv zákon sám uvádí ucelený výčet informací, které jsou předmětem oznamovací povinnosti, zaslala během léta 2020 ČNB pojišťovným žádost o sdělení údajů nad zákonný rámec; požadováno bylo např. uvedení druhů pojištění v rámci rozčlenění pojistných závazků do rizikově homogenních skupin, tj. pro účely výpočtu technických rezerv dle čl. 80 směrnice Solventnost II,¹⁹ resp. prováděcího nařízení 2015/35 EU.²⁰ Pojišťovny však byly rovněž požádány o zpětnou vazbu, na základě níž se mohly k požadavkům na reporting vyjádřit. Lze tedy doufat, že i na základě této zpětné vazby bude vydán takový prováděcí předpis, který se bude pohybovat v mezích zákonného zmocnění, a bude tedy ústavně konformní.²¹

Novelizací provedenou zákonem č. 119/2020 Sb. byl nově pro účely veřejnoprávní regulace pojistný zájem nahrazen souvislostí pojistné ochrany s podstatou primárního vztahu mezi pojistníkem a pojištěným.

Aplikace novelizované právní úpravy na stávající smlouvy

Účinnost diskutované novely²² nepochybně ovlivňuje i plnění skupinových pojistných smluv uzavřených před 1. květnem 2020. Počínaje tímto datem může totiž pojistník nabízet možnost stát se pojištěným jen za splnění nově definovaných podmínek omezujících distribuci. Neexistuje žádné přechodné ustanovení, které by u stávajících smluv připouštělo výjimku. Obecně sice platí, že právní poměry vzniklé před dnem nabytí účinnosti právního předpisu se řídí dosavadní právní úpravou, ovšem zde je do plnění soukromoprávních jednání zasaženo veřejnoprávním omezením. Díky zavedenému kvartálnímu reportingu bude mít ČNB navíc bezprostřední kontrolu nad jejich dodržováním. Je tedy možné, že do platnosti těchto smluv zasáhne následná nemožnost plnění,²³ neboť závazek je nesplnitelný i tehdy, stane-li se právně nedovoleným. Změna právních předpisů, která plnění závazku zakáže, působí jeho zánik pro nemožnost plnění stejně, jako by šlo o nemožnost fyzickou.²⁴ Je tedy možné, že v případě nemožnosti podřazení některých stávajících smluv pod novelizované výjimky v ust. § 4 odst. 7 ZDPD by v extrémním případě mohlo k zániku takových smluv dojít *ex lege*. Soukromoprávní rovina, představovaná zejména zásadou *pacta sunt servanda*, tak může být překonána následnou nemožností plnění zapříčiněnou veřejnoprávním omezením distribuce pojištění.

V reportingu tedy bude nutné navázat splnění určité varianty dle ust. § 4 odst. 7 ZDPZ v novelizovaném znění i na smlouvy uzavřené před novelou. Lze samozřejmě uvažovat o uzavření dodatků ke stávajícím skupinovým pojistným smlouvám, které byly ještě postaveny na (kvalifikovaném) pojistném zájmu. Pokud se některé smlouvy ukážou být problematickými z hlediska vyhovění nově zavedeným podmínkám, bude dle autorů tohoto článku vhodné v dodatku zakotvit i ustanovení umožňující ukončit smlouvu v pří-

padě, že by to požadoval dohledový orgán. V úvahu pak připadá i zohlednění výhrady změny okolností (*rebus sic stantibus*), tedy možnost domáhat se vůči druhé straně obnovení jednání o smlouvě.²⁵

Dohledový benchmark ČNB k nabízení možnosti stát se pojištěným

ČNB ještě před účinností novely vydala k věci dohledový benchmark.²⁶ Hlavním účelem novely je ochrana spotřebitele, tj. zejména zajištění srovnatelné úrovně ochrany a zamezení zneužívání skupinového pojištění k obcházení pravidel individuální distribuce. ČNB upozorňuje, že kromě primární odpovědnosti pojistníka za přestupek²⁷ se pojišťovna může dopustit porušení obligátního výkonu činnosti s odbornou péčí a obezřetností,²⁸ pokud dostatečně neřídí a nekontroluje činnost pojistníka. Odkazuje rovněž na povinnost pojišťovny dodržovat pravidla produktového řízení a provádět nezbytné testování distribučních metod, přičemž součástí musí být i analýza způsobu, jakým se zákazníci stávají pojištěnými.²⁹ Kromě těchto obecných informací, které vycházejí ze samotné právní úpravy, se ČNB krátce vyjadřuje i k problematice stávajících pojistných smluv, a to v souvislosti s průběžným přezkumem a hodnocením existujících pojistných produktů – uvádí, že v případě identifikace zvýšeného rizika je třeba provést změnu ve způsobu distribuce pojistného produktu. ČNB následně pojem „riziko“ vztahuje k možnému poškození zákazníků pojišťovny,³⁰ konkrétně zmiňuje riziko *missellingu* a nekalých obchodních praktik, a to ve vztahu ke srovnatelné úrovni ochrany zákazníka v porovnání s klasickou distribucí pojištění zákazníkovi, který je pojistníkem. Je zde akcentován rozdílný rozsah práv a povinností, o kterých by měl být pojištěný informován, včetně seznámení s pojistnými podmínkami, a dále kroky, které může učinit, pokud nebude pojistné pojistníkem uhrazeno včas. Zmíněna je rovněž nutnost prevence střetu zájmů a restrikce pobídek.³¹

Dle názoru autorů tohoto článku je však opomenuta skutečnost, že novelizované ust. § 4 ZDPZ může znemožňovat distribuci takového pojištění, které je pro pojištěného výhodné, přestože postavení pojištěného co do možnosti disponovat právy a povinnostmi ze smlouvy je logicky slabší než postavení pojistníka jako strany smlouvy. Dle ČNB by pojišťovna měla eliminovat případné negativní rozdíly plynoucí z odlišného rozsahu práv pojištěného a pojistníka, např. rozšířením práv pojištěného tak, aby byl oprávněn rozsah svého pojištění v průběhu smlouvy měnit či ukončit a byl „určen oprávněnou osobou za účelem možnosti uplatňování práv z pojištění z pohledu ochrany spotřebitele“. ČNB však nepřísluší zasahovat do autonomie vůle stran, tím spíše pak v situaci, kdy pojištěný stranou smlouvy není. Pokud by naopak pojištěný měl mít možnost disponovat právy a povinnostmi ze smlouvy do takové míry, že by mu kromě „vstupu a výstupu“ a případné volby varianty pojištění mělo být umožněno ještě ovlivňovat parametry smlouvy, bylo by tím postavení účastníků smlouvy do značné míry modifikováno a došlo by tím k výraznému posunu v postavení

stran, od pojistníka ke zprostředkovateli³² a pojištěného k pojistníkovi.

Dohledový benchmark ČNB však poněkud opomíjí výhody skupinového pojištění, pro které je v praxi využíváno. Příkladem je již zmíněné úrazové pojištění nabízené např. k bankovní službě – pojištěný jej může obdržet snadněji a levněji, než kdyby byl individuálním pojistníkem, avšak v testu novelizované právní úpravy jeho distribuce nemusí obstát, neboť s bankovní službou přímo nesouvisí. Formální varianty, do kterých je nutné „se vejít“, tedy v podstatě převládají nad zájmy pojištěného. Předmětný dohledový benchmark se dále odkazuje na předchozí odpověď ČNB na otázku, kdy je možné nabízet možnost stát se pojištěným, která byla poskytnuta ještě k původnímu znění zákona o distribuci pojištění, a to před nabytím jeho účinnosti.³³ Je však nutno podotknout, že na toto starší stanovisko se zde ČNB odkazuje u vyjádření obecné premisy o nutnosti posuzovat naplnění zákonem požadovaných podmínek případ od případu, dle konkrétních okolností, a potom v pasáži týkající se srovnání postavení pojištěného skupinovou smlouvou s klasickým individuálním pojistníkem. Nyní lze dle názoru autorů tohoto článku vnímat menší akcent na nutnost přímého vlivu skupinového pojištění na zájmy pojistníka, resp. sepětí s jeho vlastní ochranou před riziky, než jak ČNB uváděla ve své starší odpovědi; tato se navíc odvíjela od institutu kvalifikovaného pojistného zájmu, který byl nově pro veřejnoprávní účely opuštěn. Proto mají autoři tohoto článku za to, že se pasáže odpovědi ČNB vztahující k pojistnému zájmu a jeho vazbě na § 4 odst. 7 písm. a) ZDPZ v původním znění staly obsoletními; to však neplatí pro pasáže věnované ostatním částem komentovaného ustanovení § 4 odst. 7 ZDPZ, které nebyly novelizovány, a proto lze v těchto případech odpověď ČNB nadále použít.

Je třeba přisvědčit odůvodnění výše citovaného pozměňovacího návrhu v tom, že vztah mezi pojistníkem a pojištěným by neměl být uměle vytvořen za účelem obcházení pravidel distribuce pojištění, neboť takové případy lze pochopitelně vnímat jako postup *in fraudem legis*. Pokud však mezi nimi primární vztah ve formě např. sjednaných bankovních služeb existuje a nelze-li jej považovat za sjednaný s cílem prodeje pojištění, jeho souvislost s pojištěním by neměla být poměřována možností přímé újmy pojistníka v případě pojistné události, neboť takový předpoklad z postavení pojistníka a pojištěného³⁴ a jejich vzájemného vztahu nevyplývá. Naopak – jestliže pojištěný za pojistnou ochranu platí, činí tak zejména proto, aby před případnou újmou chránil sebe, nikoliv pojistníka.

Výše zmíněný dohledový benchmark ČNB dále požaduje posouzení vhodnosti distribuce formou možnosti stát se pojištěným v případě jednotlivých skupinových pojistných smluv, a to s ohledem na cílový trh daného produktu a náležitý výběr distribučních kanálů, tedy v tomto případě pojistníků, a to i ve vztahu ke stávajícím pojistným smlouvám, na jejichž základě je pojištění nadále distribuováno. Jako součást odborné péče je vyžadováno i v přiměřené míře řídit a kontrolovat kvalitu distribuce prostřednictvím skupinových pojistníků, včetně pravidel odměňování, střetu zájmů a zákazu pobídek.

Plná či přiměřená informační povinnost dle právního názoru ČNB?

ČNB následně usoudila, že některé záležitosti související s ust. § 4 ZDPZ je třeba vyjasnit formou odpovědí na často kladené otázky.³⁵ Toto stanovisko se zabývá výkladem pojmu „přiměřenost“ ve vztahu k plnění informačních povinností (omezených v ust. § 4 odst. 2 ZDPZ) a k odbornosti a důvěryhodnosti „flotilového pojistníka“, dále pak postavením propojených osob ve vztahu ke koncernové příslušnosti a rovněž záznamem z jednání. Publikaci finálních odpovědí předcházela jejich pracovní verze, ve které se ČNB vypořádala s četnými připomínkami ze strany ČAP. Ty však „nepadly na úrodnou půdu“, neboť závěry publikovaných odpovědí zůstaly naprosto totožné. Argumentace ČNB k těmto připomínkám však slouží jako vhodná ilustrace úvah, které k publikovanému stanovisku vedly.

Co se týče otázky, zda je třeba plnit informační povinnosti vůči pojištěnému v plném rozsahu tak, jak je distributor pojištění musí plnit vůči pojistníkovi, ČNB zde poskytování informací v přiměřeném rozsahu chápe jako rozsah plný. Jejich poskytování ve zúženém rozsahu totiž vnímá jako projev nižší ochrany zákazníka, přičemž nijak nezohledňuje skutečnost, že takový zákazník-pojištěný není stranou pojistné smlouvy. Ačkoliv ČNB na jedné straně konstatuje, že tam, kde některé právní následky plynoucí z ustanovení nastat nemají, nelze použít slovo „obdobně“ a zásadně se používá slovo „přiměřeně“, za jediný udržitelný výklad považuje takový, že slovo „přiměřeně“ představuje legislativně technicky úsporné vyjádření toho, že zákazníkem se zde rozumí pojištěný a distributorem pojistník, a proto je třeba plnit informační povinnosti v plném rozsahu. ČNB učinila rovněž závěr, že nabízení možnosti stát se pojištěným je distribucí pojištění, neboť skupinový pojistník (ve stanovisku ČNB označovaný též jako „flotiláři“) nabízejí pojištění s tím, že „pokud by to neplatilo, pak *a contrario* všichni porušují zákonné ustanovení, že nesmí zákazník klamat“³⁶. Dle názoru autorů tohoto článku je tato logika posunutá

Novelizací ZDPZ spočívající mj. v opuštění „kvalifikovaného pojistného zájmu“ a jeho nahrazení „pojistným vztahem“ se dle názoru autorů tohoto článku možnosti tvorby a distribuce flotilového pojištění spíše rozšířily, než zúžily.

a závěr nesprávný, neboť přiměřenost je třeba vztáhnout k obsahu a účelu informační povinnosti, nikoliv k postavení stran. Nabízení pojištění dále nelze ani vzhledem k ust. § 4 odst. 5 ZDPZ postavit naroveň jeho zákonem vymezené distribuci, stejně jako nelze zaměňovat postavení pojistníka a pojištěného.

ČNB ve své odpovědi na připomínky k pracovní verzi rovněž nesprávně využívá argumentace *a minori ad maius*. Ačkoliv nejdříve požaduje v podstatě shodnou ochranu flotilového pojištěného, zároveň dodává, že flotilový pojištěný má „z definice“ méně práv než budoucí pojistník v klasické formě distribuce, a jestliže pojistník má ve flotilovém pojištění jen některé povinnosti z těch, které má distributor (příčemž výše jej rovněž označuje za „distributora“), „je o to více zapotřebí vykládat rozsah těch povinností, které na flotiláře dopadají [...], alespoň jako ekvivalentní těm, které jsou stanoveny přímo pro distributora, a nikoli je zužovat“³⁷. Tím jako by chtěla naznačit, že požadavky na flotilovou formu distribuce by měly být dokonce vyšší co do práv zákazníka a povinností distributora. Argument *a minori ad maius* však znamená, že pokud je určitý právní následek spojen s méně závažným skutkovým stavem, pak musí tím spíše platit pro závažnější skutkový stav – tedy např. že je-li trestné nedostatečné plnění informační povinnosti, je trestné i její nesplnění absolutní. Jedná se tedy o naprosto nepřiléhavé použití této metody právní argumentace.

Další aspekty právního výkladu ČNB

Co se odborné způsobilosti a důvěryhodnosti týče, je ze strany ČNB přiměřenost chápána absolutně. Odborná způsobilost se tedy uplatní plně, ovšem právě ve vztahu k činnosti, kterou pojistník skutečně vykonává, a bez nutnosti prokázání všeobecných znalostí (prokazovaných v ostatních případech maturitní zkouškou). Pojišťovna tedy musí pojistníkovi v příslušném rozsahu zajistit školení, neboť za jeho odbornost nese odpovědnost (včetně ručení za způsobenou škodu), a musí dohlížet nad jeho činností ve smyslu § 55 odst. 2 ZDPZ. Skutečnost, že flotilový pojistník nevykonává plný rozsah činnosti podle ZDPZ pak dle ČNB nemá vliv na vztah k důvěryhodnosti pro účely výkonu činnosti, a to zejména s ohledem na pravidla jednání. Pojišťovna tak má posuzovat důvěryhodnost pojistníka a jeho pracovníků, ovšem nepřislouší jí určovat kritéria důvěryhodnosti, a je údajně „zcela na místě nad rámec obecné podmínky bezúhonnosti vyžadovat ještě více, jinak hrozí, že bude pojištění distribuováno v rozporu se *zákonem*“³⁸. Dohledovou povinnost pojišťovny nad činností pojistníka pak ČNB vnímá rovněž v kontextu správného výběru pojistníka a nastavení smluvních podmínek, přičemž se odkazuje na § 2914 OZ, pojednávající o přičitatelnosti újmy způsobené zmocněncem, zaměstnancem či jiným pomocníkem. Věta druhá posledně citovaného ustanovení však obsahuje dva komponenty, tedy odpovědnost zmocnitele, zaměstnavatele či příkazce za nevhodný výběr příslušných osob, které za něho budou jednat (*culpa in eligendo*), a odpovědnost za nedostatečný dohled nad nimi (*culpa in vigilando*); pokud byl takový výběr nepečlivý či dohled nedostatečný, dochází ke vzniku ručení za náhradu škody

(která nemusí být způsobena protiprávním činem). Avšak v případě pojistníka ručí pojišťovna za škodu dle § 4 odst. 6 ZDPZ, a to výhradně za škodu způsobenou protiprávním činem pojistníka při nabízení pojištění a pouze tehdy, kdy prováděla dohled nepečlivě. Jedná se tedy o speciální, užší vymezení odpovědnosti, což právě zohledňuje přiměřené, tj. omezené postavení pojistníka jako distributora pojištění.

ČNB rovněž ve své odpovědi potvrzuje, že za propojené osoby lze považovat ty, které jsou povinny sestavovat konsolidovanou účetní závěrku podle § 22 zákona o účetnictví, a nikoliv osoby propojené obchodně, k čemuž nelze mít výhrad. Souvislost s distribucí je taková, že varianta dle ust. § 4 odst. 7 písm. c) ZDPZ umožňuje distribuci pojištění v rámci koncernu, a nemusí být tedy splněny další podmínky uvedené pro ostatní případy v ust. § 4 odst. 7 ZDPZ.

Závěrem se pak dohledový orgán vyjadřuje k záznamu z jednání, kdy má za to, že obdobný dokument je „vhodné“ vyhotovit i z jednání s pojištěným v případě flotilového pojištění, a to přesto, že se § 4 odst. 2 ZDPZ na ustanovení o záznamu z jednání dle § 79 neodkazuje, a není tedy odůvodněno předání ani následné uchování takového dokumentu ani v přiměřené formě. ČNB zde dokonce uvádí, že pojištěného „je třeba informovat spíše více než méně“³⁹, což v právním rámci ZDPZ rovněž nenachází jakoukoli oporu.

Výklad pojmu „přiměřenost“ ve výše diskutovaném absolutním smyslu je dle názoru autorů tohoto článku nepřiléhavý již proto, že ust. § 4 odst. 2 ZDPZ se odkazuje např. i na ustanovení ZDPZ, která upravují distribuci rezervotvorného pojištění, u něhož však nelze nabízet možnost stát se pojištěným. Totéž pak lze demonstrovat i na ust. § 4 odst. 3 ZDPZ, které pojednává o přiměřené aplikaci § 50 ZDPZ, týkajícího se pravidel rozložení odměny zprostředkovatele u životního pojištění. Pojem „přiměřenost“ je tedy třeba i v tomto případě vykládat s ohledem na postavení smluvních stran (kterou pojištěný ani v tomto případě není), konkrétní poměry a přípustnost souvisejících právních následků. V tomto kontextu je tedy výklad ČNB týkající se flotilového pojištění do značné míry excesivní, přičemž prozatím nebyl včleněn do formy dohledového benchmarku představujícího „seznámení dohlížených subjektů s vybranými zobecněnými dohledovými poznatky a souvisejícími očekávanými dohledu, pokud jde o jednání dohlížených subjektů“⁴⁰. Jako takový je tedy dohledový benchmark ČNB výkladovým pravidlem *sui generis*, přičemž závazný výklad právních předpisů je v konkrétním případě oprávněn poskytovat pouze nezávislý soud, ačkoliv tato výkladová pravidla mají vzhledem k postavení ČNB jako orgánu dohledu nad finančním trhem značnou autoritativní váhu. O těchto otázkách však již autoři tohoto článku pojednávají samostatně v jiných publikačních výstupech.

ČNB zveřejnila finální verzi svých odpovědí dne 3. června 2020,⁴¹ aniž by, byť částečně, zohlednila četné připomínky ČAP i svoji detailní reakci na ně. Pracovní verze tak byla bohatší o značné množství argumentace, z níž je zřejmé postoj dohledového orgánu k předmětné problematice založený na velmi specifické analýze a dedukci.

Závěr

Autoři v tomto článku podrobně rozebrali právní úpravu nabízení možnosti stát se pojištěným obsaženou v zákoně o distribuci pojištění a zajištění, včetně jejího novelizovaného znění. I po této novelizaci zůstává flotilové pojištění nadále relevantním pojistným produktem pro koncové zákazníky. Novelizací ZDPZ spočívající mj. v opuštění „kvalifikovaného pojistného zájmu“ a jeho nahrazení „pojistným vztahem“ se dle názoru autorů tohoto článku možnosti tvorby a distribuce flotilového pojištění spíše rozšířily, než zúžily.

Nabízení možnosti stát se pojištěným jako způsob poskytování pojistné ochrany rozhodně nepatří mezi ty, které jsou z hlediska ochrany spotřebitele problematické. Autoři tohoto článku nesouhlasí s nepřesvědčivým právním výkladem ČNB, který považuje přiměřené (v § 4 odst. 2 ZDPZ uvedené) použití některých dalších ustanovení ZDPZ jako jejich použití v plném rozsahu. Takovým excesivním výkladem by totiž byly na činnost skupinových pojišťovníků kladeny nelogické a zákonem nepředvídané povinnosti, které nelze vnímat jako prospěšné pro pojištěné ani pro pojistný trh. V praxi zažitý a právními předpisy, rozhodovací praxí soudů i odbornou literaturou aprobovaný výklad právní terminologie a právních principů by měl být aplikován kvalifikovaně a koherentně, neboť primárním cílem dohledových benchmarků a odpovědí ČNB jako dohledového orgánu by měla být právní jistota účastníků trhu a skutečné zájmy spotřebitelů namísto omezování poskytování služeb nad rámec zákonné právní úpravy.

Výzkum byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, projekt č. 650420 – Tvorba a distribuce pojištění v měnícím se právním prostředí.

Resumé

Regulation of Fleet Insurance as Amended in Relation to CNB Views

May 1, 2020, amendment of Act No. 170/2018 Coll. that influences fleet insurance came into force. The so called “qualified insurance interest”, as the precondition for contracting fleet insurance, was replaced by relation between the insurance and offered goods or service. The objective of the change is to prevent policyholders from offering fleet insurance without the existence of a real relation to the insurance or insured persons. In parallel, an obligation to report quarterly to CNB was introduced. CNB issued a supervisory benchmark with regard to the fleet insurance, however to the original version of the Act. Then, CNB took a specific stand by providing answers to FAQs, in which it gives its opinion on adequate application of requirements to provide clients with information, credibility and professional qualification. This article explains

the meaning of the amended provisions and it wants to highlight the problematic interpretation by the supervisor.

Klíčová slova

flotilové pojištění, skupinové pojištění, zákon o distribuci pojištění a zajištění, pojistný zájem, pojistný vztah, dohled ČNB

Keywords

fleet insurance, group insurance, Insurance and Reinsurance Distribution Act, insurance interest, insurance relation, CNB supervision

Použité zdroje

Bakeš, Milan – Karfíková, Marie – Kotáb, Petr – Boháč, Radim. Pojetí finančního práva v ČR. Acta Universitatis Carolinae Iuridica: Finanční právo v první dekádě 21. století [on-line]. 2010, 2010(4), 7-17 [cit. 2020-05-01]. Dostupné z: <<https://www.prf.cuni.cz/sites/default/files/soubory/2020-01/iuridica%2004%202010.pdf>>.

Často kladené dotazy. K výkladu povinností pojišťníka podle § 4 zákona o distribuci pojištění a zajištění. ČNB [on-line]. Praha: ČNB, 3. června 2020 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/casto-kladene-dotazy/.galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/k_povinnosti_pojistnika_podle_zakona_o_distribuci_pojisteni_a_zajisteni.pdf>.

Často kladené dotazy. Odpověď ČNB na dotaz „Kdy je možné nabízet možnost stát se pojištěným v souladu s § 4 odst. ZDPZ?“ [on-line]. 29. listopadu 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/case-to-kladene-dotazy/.galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/distribuce_pojistne_ochrany_flotilove_pojisteni.pdf>.

Dohledová úřední sdělení a benchmarky. ČNB [on-line]. Praha: ČNB, 2020 [cit. 2020-05-29]. Dostupné z: <<https://www.cnb.cz/cs/dohled-financni-trh/vykon-dohledu/dohledova-uredni-sdeleni-a-benchmarky/>>.

Dohledový benchmark č. 1/2020, k některým povinnostem pojišťovny a pojišťníka při nabízení možnosti stát se pojištěným. [on-line]. 4. března 2020 [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/dohled-financni-trh/.galleries/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2020_01.pdf>.

Pozměňovací návrh poslance Juříčka [on-line]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=158866>>.

Pozměňovací návrh poslance Juříčka [on-line]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=159945>>.

Pracovní verze odpovědí ČNB na otázky týkající se flotilového pojištění.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění. Dostupné z: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016L0097&from=cs>>.

Šilhán, Josef. § 2006 [Pojem následné nemožnosti plnění]. In: Hulmák, Milan – Petrov, Jan – Lavický, Petr – Dvořák, Bohumil – Šilhán, Josef – Dávid, Radovan – Richter, Tomáš – Lasák, Jan. Občanský zákoník V. Závazkové právo. Obecná část (§ 1721–2054). První vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2014, s. 1219.

Vývoj pojistného trhu 1-12/2019. ČAP [on-line]. Praha: ČAP, 2020 [cit. 2020-05-29]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/statisticke-udaje/vyvoj-pojisteno-trhu/STAT-2019Q-4-CAP-CZ-2020-01-27-WEB.pdf>>.

- 1 JUDr. PhDr. Alexander Kult působí jako doktorand na Katedře finančního práva a finanční vědy Právnické fakulty Univerzity Karlovy.
- 2 Mgr. Jan Škrabka, M.A., MSc. et MSc., působí jako doktorand na Katedře finančního práva a finanční vědy Právnické fakulty Univerzity Karlovy.
- 3 Bakeš, Milan – Karfíková, Marie – Kotáb, Petr – Boháč, Radim. Pojetí finančního práva v ČR. Acta Universitatis Carolinae Iuridica: Finanční právo v první dekádě 21. století [on-line]. 2010, 2010(4), 7–17 [cit. 2020-05-01]. Dostupné z: <<https://www.prf.cuni.cz/sites/default/files/soubory/2020-01/iuridica%2004%202010.pdf>>.
- 4 Vývoj pojistného trhu 1-12/2019. ČAP [on-line]. Praha: ČAP, 2020 [cit. 2020-05-29]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/images/statisticke-udaje/vyvoj-pojisteno-trhu/STAT-2019Q4-CAP-CZ-2020-01-27-WEB.pdf>>.
- 5 Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění. Dostupné z: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016L0097&from=cs>>.
- 6 Ust. § 4 odst. 1 ZDPZ, které je třeba vykládat ve vazbě na ust. § 420 OZ.
- 7 Pozměňovací návrh poslance Juříčka [on-line]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=158866>>.
- 8 Ust. § 4 odst. 7 písm. b) ZDPZ.
- 9 Ust. § 4 odst. 7 písm. c) ZDPZ.
- 10 Pozměňovací návrh poslance Juříčka [on-line]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=159945>>.
- 11 Často kladené dotazy. Odpověď ČNB na dotaz „Kdy je možné nabízet možnost stát se pojištěným v souladu s § 4 odst. ZDPZ?“ [on-line]. 29. listopadu 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/casto-kladene-dotazy/galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/distribuce_pojistne_ochrany_flotilove_pojisteni.pdf>.
- 12 Ust. § 4 odst. 7 písm. d) bod 1 ZDPZ.
- 13 Ust. § 4 odst. 7 písm. d) bod 3 ZDPZ.
- 14 Ust. § 4 odst. 7 písm. d) bod 4 ZDPZ.
- 15 Zákon č. 89/2012 Sb., OZ, ust. § 2761.
- 16 Často kladené dotazy. Odpověď ČNB na dotaz „Kdy je možné nabízet možnost stát se pojištěným v souladu s § 4 odst. ZDPZ?“ [on-line]. 29. listopadu 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/casto-kladene-dotazy/galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/distribuce_pojistne_ochrany_flotilove_pojisteni.pdf>.
- 17 Pozměňovací návrh poslance Juříčka [on-line]. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=159945>>.
- 18 Ust. § 4 odst. 5 ZDPZ ve znění novely provedené zákonem č. 119/2020 Sb.
- 19 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES ze dne 25. listopadu 2009, o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu.
- 20 Nařízení Evropské komise v přenesené pravomoci (EU) 2015/35 ze dne 10. října 2014, kterým se doplňuje směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES, o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu.
- 21 ČNB byla ustanovením § 4 odst. 5 ZDPZ *in fine* zmocněna vydat prováděcí právní předpis pouze ve stanovených mezích, a požadované informace by tedy neměly přesahovat rámec tohoto ustanovení. Čl. 79 odst. 3 Ústavy ČR uvádí: *Ministerstva, jiné správní úřady a orgány územní samosprávy mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou-li k tomu zákonem zmocněny.*
- 22 Zákon č. 119/2020 Sb. je účinný od 1. května 2020.
- 23 OZ, ust. § 2006.
- 24 Šilhán, Josef. § 2006 [Pojem následné nemožnosti plnění]. In: Hulmák, Milan – Petrov, Jan – Lavický, Petr – Dvořák, Bohumil – Šilhán, Josef – Dávid, Radovan – Richter, Tomáš – Lasák, Jan. Občanský zákoník V. Závazkové právo. Obecná část (§ 1721–2054). První vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2014, s. 1219.
- 25 Ust. § 1765 OZ.
- 26 Dohledový benchmark č. 1/2020, k některým povinnostem pojišťovny a pojistníka při nabízení možnosti stát se pojištěným. [on-line]. 4. března 2020 [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/dohled-financni-trh/galleries/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2020_01.pdf>.
- 27 Dle ust. § 115 odst. 2 písm. a) ZDPZ.
- 28 Ust. § 6 odst. 1 ve spojení s § 7 odst. 1 písm. c) zákona o pojišťovnictví.
- 29 V této analýze jsou však zmíněny spíše metody kontraktace – on-line, telefonicky, písemně apod.
- 30 Dohledový benchmark č. 1/2020, k některým povinnostem pojišťovny a pojistníka při nabízení možnosti stát se pojištěným. [on-line]. 4. března 2020 [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/dohled-financni-trh/galleries/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2020_01.pdf>.
- 31 Ust. § 75 ZDPZ.
- 32 Ust. § 4 odst. 5 ZDPZ výslovně uvádí, že nabízení možnosti stát se pojištěným není zprostředkovaním pojištění.
- 33 Často kladené dotazy. Odpověď ČNB na dotaz „Kdy je možné nabízet možnost stát se pojištěným v souladu s § 4 odst. ZDPZ?“ [on-line]. 29. listopadu 2018 [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/casto-kladene-dotazy/galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/distribuce_pojistne_ochrany_flotilove_pojisteni.pdf>.
- 34 Zatímco dle ust. § 2758 odst. 1 OZ se pojistnou smlouvou pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné. Pojištěným je dle ust. § 2766 osoba, na jejíž život, zdraví, majetek nebo odpovědnost nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje.
- 35 Často kladené dotazy. K výkladu povinností pojistníka podle § 4 zákona o distribuci pojištění a zajištění. ČNB [on-line]. Praha: ČNB, 3. června 2020 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/casto-kladene-dotazy/galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/k_povinnosti_pojistnika_podle_zakona_o_distribuci_pojisteni_a_zajisteni.pdf>.
- 36 Pracovní verze odpovědí ČNB na otázky týkající se flotilového pojištění.
- 37 Pracovní verze odpovědí ČNB na otázky týkající se flotilového pojištění.
- 38 Pracovní verze odpovědí ČNB na otázky týkající se flotilového pojištění.
- 39 Pracovní verze odpovědí ČNB na otázky týkající se flotilového pojištění.
- 40 Dohledová úřední sdělení a benchmarky. ČNB [on-line]. Praha: ČNB, 2020 [cit. 2020-05-29]. Dostupné z: <<https://www.cnb.cz/cs/dohled-financni-trh/vykon-dohledu/dohledova-uredni-sdeleni-a-benchmarky/>>.
- 41 Často kladené dotazy. K výkladu povinností pojistníka podle § 4 zákona o distribuci pojištění a zajištění. ČNB [on-line]. Praha: ČNB, 3. června 2020 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://www.cnb.cz/export/sites/cnb/cs/casto-kladene-dotazy/galleries/stanoviska_a_odpovedi/pdf/k_povinnosti_pojistnika_podle_zakona_o_distribuci_pojisteni_a_zajisteni.pdf>.

Recenze publikace: Bezpečnost informačních systémů podle ZKB

Autoři: Vladimír Smejkal, Tomáš Sokol, Jindřich Kodl

JUDr. Hana Schelová Bachrachová, Ph.D., LL.M. / advokát a vysokoškolský pedagog

Problematika kybernetické bezpečnosti neboli bezpečnosti informačních systémů a informačních a komunikačních technologií v kyberprostoru se jeví stále aktuálnější, jak pro správce a provozovatele informačních systémů, ať již spadají do soukromé, nebo veřejné sféry, tak pro jejich uživatele. A vedle toho se stále více profiluje další skupina právnických osob, kterou by měla tato otázka zajímat – pojišťovny, neboť jejich informační systémy jsou plně velmi důležitých a mnohdy vysoce citlivých údajů. Ještě více by pak měla otázka kybernetické bezpečnosti zajímat konkrétně ty pojišťovny, které v různých formách poskytují pojištění kybernetických rizik, jelikož by měly svým způsobem prověřovat či auditovat úroveň kybernetické bezpečnosti svých klientů. Jinak řečeno, výše pojistného by měla odpovídat mj. také míře zabezpečení informačních systémů klienta.

Jak posoudit kvalitu zabezpečení informačních systémů a jak takové kvalitní zabezpečení vybudovat, není vůbec jednoduchou otázkou. Můžeme vycházet z mezinárodních norem (zejména řady 27000), ale i z českého zákona č. 181/2014 Sb., o kybernetické bezpečnosti a o změně souvisejících zákonů, (ZKB), a to i v případě, že se na danou organizaci zákon výslovně nevztahuje. Zákon o kybernetické bezpečnosti byl během pěti let své účinnosti šestkrát novelizován a jeho klíčový prováděcí předpis, vyhláška o kybernetické bezpečnosti, byl v roce 2018 nahrazen zcela novým zněním – č. 82/2018 Sb. (vyhláška). V české literatuře dosud chybělo dílo, které by se ZKB a vyhláškou podrobně zabývalo, nebylo jen opsaným právním předpisem, včetně důvodové zprávy, a sloužilo jako prakticky orientované pojednání naplňující mezeru mezi suchou literou ZKB, vyhláškou a často vzývanými, leč ne vždy zcela srozumitelnými normami řady 27000. Oblastí pak zcela neprobádanou je právní odpovědnost za porušování povinností uložených ZKB. To vše v knize *Bezpečnost informačních systémů podle zákona o kybernetické bezpečnosti* najdeme.

První kapitola definuje základní pojmy, jakými jsou „bezpečnost“, „kybernetická bezpečnost“ či „prvky kritické infrastruktury“. Ve 2. kapitole nalezneme vymezení právního rámce kybernetické bezpečnosti, od ZKB a souvisejících předpisů po krizový zákon, zákon o ochraně utajovaných informací a o bezpečnostní způsobilosti, jakož i další předpisy. Třetí kapitola charakterizuje trestné činy, jež je možné spáchat v kyberprostoru, a tedy proti nimž by měl být vytvořen systém kybernetické bezpečnosti organizace.

Podrobný výklad jednotlivých ustanovení ZKB a navažujících prováděcích předpisů se nachází ve 4. kapitole, představující jedno z hlavních těžišť díla. Za zvláštní zmínku pak stojí podkapitola 4.5.3, týkající se zadávání veřejných zakázek souvisejících s kybernetickou bezpečností, neboť stávající právní úprava i praxe, zejména pak velmi drakonická snaha orgánů činných v trestním řízení vyhledávat či přímo generovat skutečnou nebo domnělou trestnou činnost v souvislosti se zadáváním veřejných zakázek, vytvářejí požadavky na vysokou míru předběžné opatrnosti u zadavatelů veřejných zakázek. Autoři knihy zde upozorňují na novelu ZKB provedenou zákonem č. 205/2017 Sb. jakožto nepřímou novelu zákona o veřejných zakázkách obsaženou v § 4 odst. 4 a odst. 7 ZKB, která by mohla pomoci v případě zadávání některých zakázek týkajících se kybernetické bezpečnosti.

Dalším těžištěm díla je 5. kapitola, popisující spletitým norem a metodik pro kybernetickou bezpečnost. Autoři zde uvádějí mezinárodní i národní organizace pro standardizaci, rekapitulují vývoj mezinárodních standardů a věnují detailní pozornost normám ČSN ISO/IEC řady 27000, jež jsou dnes považovány za hlavní, byť nikoliv jediný normativní zdroj informací pro budování kybernetické bezpečnosti. Součástí výkladu jsou také metodiky jako COBIT, ITIL apod., s přesahem k manažerským a organizačním aspektům kybernetické bezpečnosti. Navazující 6. kapitola popisuje systém řízení bezpečnosti informací.

Třetím hlavním těžištěm popisovaného díla je výše zmíněná právní analýza důsledků vyplývajících z porušování povinností uložených ZKB, jež se nachází v posledních dvou kapitolách. Ty pojednávají o trestní a přestupkové odpovědnosti fyzických i právnických osob za nesplnění povinností dle ZKB a o občanskoprávních aspektech bezpečnosti IS/IT z hlediska odpovědnosti za škody způsobené porušením ZKB.

Výklad je pak doplněn 7. kapitolou, o řízení rizik. Text vychází z požadavků ZKB a vyhlášky, ale zohledňuje i další v praxi používané normy a metodiky. Autoři zde vhodně navazují na dílo Smejkal, V. – Rais, K.: Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích. Grada, Praha 2013. Nechybí ani obsáhlý seznam použité literatury.

Knihou *Bezpečnost informačních systémů podle zákona o kybernetické bezpečnosti* představuje ideální kompendium pro každého, kdo se jako manažer či výkonný

pracovník podílí na činnostech správců nebo zpracovatelů dat, poskytovatelů služeb či jiných dodavatelů v oboru ICT, zejména pak na zajišťování bezpečnosti IS/IT, a to nejen informačních systémů spadajících do působnosti ZKB. Odpovědným pracovníkům (CIO, ředitelům IT nebo bezpečnostním manažerům) lze doporučit pečlivé prostudování závěrečných kapitol o právní odpovědnosti. Zjistí totiž mj. to, že existuje mnoho důvodů pro uplatnění příslušných zákonných ustanovení o trestní odpovědnosti fyzických i právnických osob v souvislosti s porušením povinností uložených ZKB.

Publikace je po odborné i jazykové stránce na vysoké úrovni a poznatky v ní uvedené odpovídají současnému stavu poznání v dané oblasti. Ačkoliv by se mohlo zdát,

že je určena pouze povinným osobám dle ZKB, není tomu tak. Měl by ji znát každý, kdo odpovídá za provoz nějakého nikoliv nepodstatného informačního systému. Varováním může být ohrožení vyvolané letošními útoky ransomwaru na významné informační systémy např. nemocnic, jež lze považovat za naplnění skutkové podstaty obecného ohrožení. V takových případech by zaměstnanci, kteří umožní provedení takového útoku, mohli být stíháni hned podle několika ustanovení trestního zákoníku (např. § 273, obecné ohrožení z nedbalosti, nebo § 232, poškození záznamu v počítačovém systému a na nosiči informací a zásah do vybavení počítače z nedbalosti).

Nakladatel: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Plzeň 2019, 378 stran. ISBN 978-80-7380-765-8.

Recenze publikace: Kybernetická kriminalita

Autor: Vladimír Smejkal

Prof. Ing. Karel Rais, CSc., MBA, dr. h. c. / emeritní rektor / Vysoké učení technické v Brně

Vzhledem k nárůstu kybernetických útoků a zvyšující se potřebě ochrany proti nim vyvolalo mimořádnou pozornost v odborných kruzích i širší veřejnosti 2. vydání monografie *Kybernetická kriminalita* prof. Ing. Vladimíra Smejkala, CSc., LL.M., DrSc.

První kapitola obsahuje popis základních pojmů spojených s počítači, sítěmi, internetem, virtuálními objekty, sociálními sítěmi, 3D tiskem a dalšími pro dnešní dobu tak typickými fenomény, jako jsou Dark Web a Deep Web, malware a ransomware, jakož i robotika a průmysl 4.0. Ve 2. kapitole, nazvané „Kriminalita v prostředí informačních systémů a na internetu“, jsou popsány všechny možné druhy kybernetické trestné činnosti, ale i jiné trestné činnosti, která sice není primárně kybernetická, tj. počítač ani jeho část nejsou předmětem útoku, ale v ní hraje nějakou roli počítač jako nástroj, příp. která se odehrává nebo s vysokou pravděpodobností se může odehrát v blízké budoucnosti v kyberprostoru. Autor podrobně popisuje jednotlivé skutkové podstaty z hlediska právní úpravy v trestním zákoníku, forem a způsobů jejího páčání i příkladů z praxe. Součástí kapitoly je velké množství judikatury (rozhodovací praxe soudů, zejména Nejvyššího a Ústavního soudu); nacházejí se zde nejen tzv. „právní věty“ shrnující smysl toho kterého rozhodnutí, ale i části zdůvodnění každého rozhodnutí, což významně přispívá ke srozumitelnosti a správné aplikovatelnosti uvedené judikatury. V mnoha případech jsou připojeny vlastní komentáře autora, které judikaturu někdy zobecňují či doplňují, ale někdy – a nutno říci, že oprávněně – poukazují na její rozpornost či nepřesnost.

V této hlavní části knihy najdeme popis skutkových podstat trestných činů jako sabotáž, obecné ohrožení, poškození obecně prospěšného zařízení či cizí věci, neoprávněné užívání informačních a komunikačních zařízení, podvody, provozování nepoctivých her a sázek, poškození cizích práv, vydírání, neoprávněné nakládání s osobními údaji, pornografie, porušování tajemství dopravovaných zpráv a dokumentů uchovávaných v soukromí, ohrožení utajované informace a vyzvědačství, šíření poplašné zprávy, pomluva, nebezpečné vyhrožování a pronásledování, nekalá soutěž, porušování práv k duševnímu vlastnictví apod. Dle očekávání jsou podrobně popsány ryze „počítačové“ trestné činy, a to podle ustanovení § 230 (neoprávněný přístup k počítačovému systému a nosiči informací), § 231 (opatření a přechovávání přístupového zařízení a hesla k počítačovému systému a jiných takových dat) a § 232 (poškození záznamu v počítačovém systému a na nosiči informací

a zásah do vybavení počítače z nedbalosti). Autor rovněž věnoval velkou pozornost problematice kyberterorismu, jež se také stává stále více aktuální. Najdeme zde i zločiny spojené s bitcoiny a zločiny ve virtuálním prostoru. Závěr této kapitoly popisuje ostatní trestné činy související nějakým způsobem s počítači, jako jsou neoprávněné opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku, padělání a pozměnění veřejné listiny, zkraslování údajů o stavu hospodaření a jmění, vývoz zboží a technologií dvojího užití či neoprávněné provozování hazardní hry.

Třetí kapitola se zabývá odhalováním a vyšetřováním kybernetické kriminality. Největší pozornost věnuje autor důkazům, resp. celému procesu dokazování a digitálním stopám. Je zde popsán postup před zahájením trestního stíhání (tzv. „prověřování“) a poté etapa vyšetřování a dokazování, probíhající po sdělení obvinění konkrétní osobě, a to z hlediska specifíků souvisejících s vyšetřováním kybernetické trestné činnosti. Klíčovou záležitostí dneška a ještě více budoucnosti, kdy se většina činností přesouvá do kyberprostoru, je problematika digitálních stop a digitálních důkazů, přičemž jejich důkazní hodnota (věrohodnost) je velmi proměnlivá. Autor zde podrobně rozebírá současné problémy při odhalování a dokazování kybernetické kriminality, jakými podle něj jsou především problém jurisdikce, problém odhalování trestné činnosti a problém jejího dokazování. Popsána je také typologie pachatelů kybernetické kriminality a jejich nejčastější motivace. Důležitým je zdůraznění, že hlavním nástrojem obrany proti útokům v kyberprostoru není represe přicházející po útoku a pouze za předpokladu odhalení pachatele, ale prevence, tj. budování zabezpečených informačních systémů a různé způsoby redukce rizika, kam mj. patří i pojištění.

Ve 4. kapitole („Prognóza dalšího vývoje kybernetické kriminality“) se autor věnuje nepříliš známým stránkám kyberprostoru, kam zařadil virtuální světy a v nich probíhající virtuální – ve skutečnosti ale i zcela reálnou – kriminalitu, jakož i virtuální a kybernetické peníze (bitcoiny a další měny). Oproti prvnímu vydání knihy tato kapitola obsahuje zcela novou část „Trestněprávní aspekty robotiky“, na níž se podílel významný advokát JUDr. Tomáš Sokol. Zde jsou poprvé, přinejmenším v ČR a SR, publikovány myšlenky zabývající se oblastí trestných činů v robotice, neboť dosavadní úvahy (a to i v zahraničí) se doposud soustředily takřka výlučně na různé filozoficko-právní otázky (robot jako další druh „osoby“), příp. na otázky související s občanskoprávní odpovědností za škodu způsobenou

v souvislosti s robotem (nejčastěji autonomními vozidly). Tento výklad navazuje na věcný popis robotů v 1. kapitole a analyzuje různé aspekty trestní odpovědnosti za jednání robotů: deliktní odpovědnost a zavinění z nedbalosti v robotice, příčinnou souvislost mezi určitým jednáním robotů a jeho následkem, deliktní odpovědnost za software robotů a vady v něm, jakož i další faktory ovlivňující jednání robotů. Nechybí ani speciální problematika, kterou je odpovědnost za autonomní vozidla. V závěru této části nalezneme i úvahy o fyzické a právnické osobě coby pachateli „robotické“ kriminality a úvahy o robotech jako obětech trestné činnosti. Zmíněné pasáže nabývají stále většího významu, a to se zvyšujícím se podílem elektrických motorových vozidel, jejichž míra automatizace, až autonomie narůstá.

Dalším významným tématem, které v této kapitole autor diskutuje, jsou útoky na technologické řídicí systémy, jež jsou součástí všech složek společnosti, zejména na tzv. „kritickou infrastrukturu“. Nalezneme zde rovněž problematiku odpovědnosti za škodu způsobenou provozem

nezabezpečeného informačního systému, včetně pojištění kybernetických rizik.

Kniha je doslova nabitá informacemi – autor v ní totiž prezentuje výsledky svého celoživotního vědeckého a odborného působení jako univerzitního profesora a soudního znalce, který se podílel na vyšetřování a objasňování mnoha případů kybernetické trestné činnosti, ať již na straně obžaloby, či obhajoby. Publikace Vladimíra Smejkalů by se měla stát povinnou součástí knihovny každého kriminalisty, státního zástupce, soudce a obhájce působícího v oblastech souvisejících s kybernetickou trestnou činností. Velmi přínosná bude i pro vysokoškolské učitele, doktorandy a studenty právnických, technických či policejních vysokých škol, stejně jako pro specialisty na kybernetickou bezpečnost a manažery v oblasti informačních systémů a technologií. V neposlední řadě pak pro specialisty zabývající se pojištěním kybernetických rizik.

Nakladatel: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Plzeň 2018, 936 stran. ISBN 978-80-7380-720-7.



Pojistné rozpravy

37/2020

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 Hlavicka

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
(předseda); JUDr. Věra Škopová; Mgr. Jan Šváb, Ph.D.;
prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Sazba

Q point Praha

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.



www.pojistnerozpravy.cz