

Pojistný obzor/3

2016
Časopis českého pojišťovnictví

	Jan Matoušek: V oblasti povinného ručení je ČR evropská špička	4
	Přichází PRIIPs s „energetickými štítky“ pro investiční produkty	6
	Směrnici o distribuci pojištění lze implementovat (2. část)	15
	Analýza pojistného trhu: Ve znamení mírného růstu	33

4	Interview Jan Matoušek: V oblasti povinného ručení je ČR evropská špička	42	Pojistné spektrum Hlubková analýza dopravních nehod: Jaké jsou skutečné příčiny havárií?
6	Na aktuální téma Přichází PRIIPs s „energetickými štítky“ pro investiční produkty	46	Vliv LPŘ na sekundární nehody
10	PRIIPs: Jak se neztratit v (ne)legislativním procesu	49	Ze světa Budoucnost evropského trhu... Brexit mnohé napoví
15	Legislativa a právo Směrnici o distribuci pojištění lze implementovat (2. část)	52	Možné neobnovení blokové výjimky IBER. Jaký je aktuální vývoj?
20	IDD: Jak vnímá české pojišťovnictví způsob implementace?	54	Z domova Zdravotní pojištění cizinců zachovejme v režimu zdravého rozumu
24	Odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání... Zklamání na všech frontách	57	Aktuální trendy v oblasti zemědělského pojištění
28	Náhrada újmy podle NOZ v judikatuře	61	Z bankovníctví Brexit z pohledu britského bankovního sektoru
32	Novinky z legislativy	63	Personální změny
33	Ekonomické informace Analýza pojistného trhu: Ve znamení mírného růstu	66	Retrovize
38	Pojišťovny jako zdroj systémového rizika? Co na to ČNB...	67	Insurance Digest Insurance Market Growing Thanks to Collision Insurance



Jan Cigánik
šéfredaktor

Vážení čtenáři,

léto 2016 se zapíše do historie. Velká Británie se rozhodla opustit Evropskou unii. Výsledky referenda logicky vyvolaly globální bouři. Politici, ekonomové, akademici a další exponované osoby všech „vyznání“ se předháněli ve svých názorech a hodnoceních. Někteří se nepokrytě radovali, jiní se zármutkem v hlase předvíдали konec světa. Nyní, téměř tři měsíce po referendu, je jasné, že se nic až tak vážného nestalo. Tedy aspoň z pohledu onoho příslovečného Obyčejného člověka a jeho selského rozumu. A právě tento Obyčejný člověk rozhodl, že Británie z EU odejde. Obyčejný člověk by taky nejradši celou Unii rozpustil a všude postavil protimigrantské ploty. Obyčejný člověk by rád stavěl zed' i na hranicích USA s Mexikem. Obyčejný člověk samozřejmě rozumí Rusku a jeho anexi Krymu. Obyčejný člověk vidí rovněž za turecký puč. Obyčejný člověk nesnese uprchlíky z Iráku v Česku, i když se jedná o pár křesťanů utíkajících z války a v Boha věřících o několik století déle než jakýkoli Evropan. Zkrátka a dobře, Obyčejný člověk „rulez“! Samozřejmě nemám nic proti obyčejným lidem. Jsem ale přesvědčen, že pro další vývoj společnosti bude naprosto klíčové, abychom dokázali odlišit Obyčejného člověka, jako čistý populistický nástroj moci leckterých bezskrupulózních a nezodpovědných politiků, a obyčejného člověka, který s obavami sleduje globální vývoj postavený na strachu, nejistotě, nátlaku a čiré manipulaci. Historie nám totiž jasně ukazuje, že činy Obyčejného člověka nikdy nekončí dobře...

Důležité je, aby naopak dobře

dopadlo zářijové vydání Pojistného obzoru. Pojdme si tedy ve stručnosti představit, co jsme pro vás připravili. Před rokem jsme v rozhovoru čísla uvedli Jana Matouška jako nového výkonného ředitele ČAP. Po 12 měsících jsme pak stejného respondenta vyzpovídali v souvislosti s jeho jmenováním do čela České kanceláře pojistitelů. V rubrice Na aktuální téma se věnujeme další zásadní evropské regulaci, tentokrát jsme se v článcích zaměřili na klíčové nařízení PRIIPs. Legislativní sekci otevře druhým pokračováním příspěvku o IDD stálý dopisovatel Jaroslav Mesršmíd. Produktová manažerka České pojišťovny Stanislava Moravcová pak v dalším článku popisuje vývoj v oblasti odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání a Lucie Jandová z Generali připravila zajímavé judikáty z oblasti náhrady škody podle NOZ. V Ekonomických informacích specialista společnosti SUPIN Jaroslav Urban analyzuje výsledky pojistného trhu v kontextu výroční zprávy ČAP. Pojistné spektrum otevíráme článkem Centra dopravního výzkumu, který vytvořil hloubkovou analýzu dopravních nehod. Zprávy ze světa společně s rubrikou Z bankovníctví přináší článek Jaroslava Daňhela, potažmo hlavní ekonomky ČNB Evy Zamrazilové, na téma Brexit. Připravili jsme také dvě zbrusu nové rubriky. V Retrovizi se podíváme na vybraný článek z historie Pojistného obzoru a v Personálních, jak už název napovídá, budeme sledovat nejdůležitější „přestupy“ v rámci pojistného trhu.

Přeji vám hezké podzimní čtení.



Jan Matoušek
výkonný ředitel ČAP a ČKP

Sloupek Jana Matouška

Kvalita distribuce produktů pojišťoven je alfou a omegou obchodní úspěšnosti a budování dlouhodobého vztahu s klienty. Důležitost obchodní činnosti pro pojišťovny nejlépe dokládá známá teze: „Klienti si naše produkty nekupují, my jim je prodáváme,“ která se netýká snad jen povinného ručení. Ne náhodou považuje prezidium ČAP zlepšení kvality distribuce a boj proti missellingu za jednu ze 4 nejdůležitějších priorit sektoru pro období příštích 5 let. Jakkoli evropské regulační tsunami přináší řadu nových předpisů, o jejichž užitečnosti můžeme polemizovat a které bezesporu znamenají řadu nákladů, směrnici IDD lze považovat za příležitost. Stojí před námi zhruba roční období intenzivní diskuze s Ministerstvem financí, ČNB a ostatními partnery na trhu o podobě transpozice, tedy zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích. Jeho výsledná podoba na mnoho let ovlivní řadu aspektů prodeje produktů. Naše snaha se musí orientovat na prosazení racionálních opatření, přinášejících skutečnou změnu v kvalitě zprostředkování a v ochraně našich zákazníků. Klienti považují podle našeho průzkumu za slabou stránku pojišťoven právě vztah klient – pojišťovna. 44 % z nich mění pojištění na doporučení zprostředkovatele mnohdy motivovaného jen provizí. Misselling a neetické obchodní praktiky ve velkých externích prodejních sítích jsou známy všem. A my sami, často pod tlakem fetišu tržního podílu, soutěžíme o přízeň zprostředkovatele, ne klienta samotného. IDD přináší možnost přemýšlet o změně a usku-tečnit ji. Skutečná změna však leží v nás, v nesnadné změně našeho uvažování, odvaze a dlouhodobosti našeho horizontu úvahy. Máme příležitost.

Jan Matoušek: V oblasti povinného ručení je ČR evropská špička

Bc. Aleš Povr / tiskový mluvčí / Česká kancelář pojistitelů
Mgr. Jan Cigánek / šéfredaktor / Pojistný obzor

Výkonným ředitelem České kanceláře pojistitelů (ČKP) byl jmenován stávající výkonný ředitel České asociace pojišťoven (ČAP) Jan Matoušek. V rozhovoru pro Pojistný obzor jsme se ho zeptali na zhodnocení aktuální formy kanceláře a na jeho budoucí vize a plány s celou skupinou ČAP, ČKP a SUPIN.

Mohl byste prosím popsat, co bylo motivací pro změny ve vedení ČKP?

ČAP a ČKP zastávají na pojistném trhu odlišné role. Přestože společnosti fungují samostatně, tak je pro všechny tři organizace výhodné, aby některé služby sdílely. Cílem je tedy zejména zefektivnění interních procesů s využitím personálních a expertních kapacit všech společností ve skupině. Usilují o to, aby došlo k optimalizaci práce a sjednocení výstupů vůči nadřízeným orgánům, tedy správní radě ČKP, prezidiu ČAP, shromáždění členů i veřejnosti, ale především vůči regulátorovi, dohledu a voleným zástupcům. Rád naváži z pozice výkonného ředitele na mého předchůdce, jehož působení v ČKP napomohlo tomu, že dnes ČR patří v oblasti povinného ručení k evropské špičce.

Počet zaměstnanců, který nyní budete řídit, se vašim jmenováním výkonným ředitelem ČKP znásobil. Jak hodnotíte svoji novou roli v kontextu řízení celé skupiny?

Agenda ČKP je velmi specifická a zároveň rozsáhlá, proto se správní rada ČKP rozhodla rozšířit počet zástupců výkonného ředitele. Mými zástupci v ČKP byli jmenováni Stanislava Hojdomová z pozice provozní ředitelky ČKP a Jakub Hradec jako technický ředitel ČKP. Role výkonného ředitele spočívá zejména v manažerském řízení společností ve skupině, a to právě prostřednictvím odborných zástupců. Pochopitelně zde nebude prostor pro mikromanagement, klíčové naopak bude naplňování střednědobých a dlouhodobých strategických cílů celé skupiny.

Mohl byste v krátkosti nastínit, zdali v kontextu vašeho jmenování chystáte v ČKP nějaké novinky?

Činnosti ČKP jsou jasně vymezené zákonem a všechny tyto funkce bude kancelář profesionálně plnit i nadále. ČKP ročně odškodní ve výši stovek milionů korun zhruba 2500 poškozených, kterým škodu způsobí nepojištěný viník. Dalším stovkám lidí pomůže, pokud je zde nabourá zahraniční vozidlo. V této oblasti lze ČKP bez problémů přirovnat k malé efektivní pojišťovně. Navíc spravuje garanční fond, fond zábrany škod a provozuje Linku pomoci řidičům 1224, která ročně pomůže cca 140 tis. lidí přivolat pomoc pojišťovny s nepojízdným autem. Provozuje databáze pro systém bonus-malus atd. V budoucnu se v rámci digitalizace budeme zabývat i jednotným elektronickým systémem pro hlášení škod a budeme se muset postavit čelem k novým rizikům, jež přináší různé digitální technologie ve vozidlech. ČKP bude nadále plnit roli odborného garanta povinného ručení. Zároveň stále vnímám určitý dluh ČKP vůči veřejnosti v některých dnes již zastaralých nástrojích pro řidiče. Ještě letos spustíme nový web ČKP, který řidičům napomůže řešit komplikované situace při různých typech dopravních nehod. ČKP sice neplní žádné komerční cíle, je ale nedílnou součástí systému povinného ručení ČR. Rádi bychom tak více upozornili na činnosti, které vykonává ve prospěch českých motoristů.

Zmínil jste problematiku autonomních vozidel, jaká bude role ČKP v této oblasti?

Je třeba si uvědomit, že již nyní vozidla disponují některými podpůrnými prvky autonomního řízení, avšak jízdu vozidla stále zásadně ovlivňuje řidič. Ten také odpovídá za škodu, kterou vozidlem způsobí, a pro tyto případy má sjednané povinné ručení. V době, kdy posádka vozidla ztratí možnost vozidlo řídit, nebude moci nést ani odpovědnost za škody způsobené svým vozidlem, což zásadním způsobem změní přístup k povinnému ručení, které známe dnes. Přestože se bavíme o horizontu desítek let, tak se již nyní rozhoduje například o systému e-call a dalších technologiích, které mají napomoci zvýšit bezpečnost posádky vozidel. Pojistný trh se proto musí na tyto nové technologie včas začít připravovat. Změny se dotknou jak legislativy, tak například dopravní infrastruktury, výrazně však zasáhnou i samotné motoristy. ČKP pod mým vedením bude usilovat o hladkou implementaci změn



Foto: ČAP

„Pojišťovnictví si musí udržet schopnost pružně reagovat na technologický vývoj a nové trendy,“ říká Jan Matoušek.

s minimálním nepříznivým dopadem na motoristy. ČKP určitě nabídne své expertní kapacity a podporu také státu, který bude v budoucnu muset přijmout potřebné legislativní změny.

S novými technologiemi vzrůstá i obava z různých útoků hackerů. Jak se pojišťovnictví připravuje na tento problém?

Pojišťovnictví si musí udržet schopnost pružně reagovat na technologický vývoj a nové trendy. I když nám tyto technologie mohou velmi zpříjemnit život, je logické, že na intenzitě nabere i jejich stinná stránka. Pojišťovny se tak musí připravit i na to, že v budoucnu výrazně vzroste potřeba ochrany jejich klientů před kybernetickou kriminalitou. To je naše odpovědnost ke klientům. Vnímám to však jako společné téma pojišťovnictví a výrobců automobilů, kteří nové technologie do vozidel implementují a kteří musí přijmout i svůj díl odpovědnosti. A nejde jen o sofistikované autonomní řízení vozidla, ale i běžné problémy jako to, aby byly klientům nabízena vozidla, kde použitá technologie neusnadňuje jejich odcizení či vykradení.

V oblasti pojištění vozidel se hovoří o pojištění PAYD (pay as you drive), které je postavené na telemetrii. Jak vidíte budoucnost těchto technologií?

Tento produkt vznikl cca před 10 lety ve Velké Británii a postupně se začal v omezené míře objevovat i na některých jiných trzích. Jde zejména o země s vyšší úrovní cen povinného ručení, která umožňuje investice do technologií a vyšší míru diversifikace pojistného v závislosti na stylu jízdy. ČR patří mezi země

s nejlevnějším povinným ručením v EU, je zde proto na jedné straně omezený prostor pro zohledňování telemetrických dat ve výši pojistného zodpovědným řidičům, na straně druhé je ale velmi sympatické, že se pojišťovny mezi sebou snaží soutěžit o přízeň klienta i zaváděním technologických novinek. Jsem rád, že velmi vyspělý trh povinného ručení v ČR umožňuje motoristům vybrat si to, co jim vyhovuje. Telemetrie je jednou z možností, stejně tak budou moci časem zvolit například i produkty, které segmentují jiným způsobem. Velký potenciál dnes vidím například v zohlednění dat o přestupcích řidičů v pojistném.

Jak vnímáte činnost fondu zábrany škod, jehož správu třetím rokem zajišťuje ČKP?

Za první dva roky činnosti fondu zábrany škod (FZŠ) již byla dle zákonem stanoveného klíče rozdělena více jen 1,1 mld. korun. Rolí ČKP je technická správa FZŠ a dohlížení na dodržování správného čerpání prostředků. O tom, které projekty se podpoří, rozhoduje komise FZŠ. Dopady preventivních programů v oblasti silniční bezpečnosti bude možné vyhodnotit až v budoucnu, přesto bych považoval za vhodné již nyní posílit transparentnost FZŠ tím, že na webu fondu představíme motoristům projekty, na které přispěli 3 % ze svého povinného ručení.

Jaký je váš názor na znovuzavedení příspěvku nepojištěných do garančního fondu?

Současný systém financování nepojištěných škod je velmi nespravedlivý vůči motoristům, kteří mají řádně sjednané povinné ručení a musí doplácet na neplatiče povinného ručení. Zároveň je ale velmi tvrdý vůči těm, kteří způsobí škodu nepojištěným autem. Mezi viníky nepojištěných škod nejsou pouze notoričtí neplatiči povinného ručení, ale i ti, kteří o pojištění přišli pouhou nepořádností či administrativní chybou. „Daň“ za tuto nepozornost může dosahovat i statisíců či milionů korun, což pro většinu viníků znamená nepřiměřenou finanční zátěž a splácení do konce života. Aktuální stav proto považuji za nevyhovující a budu prosazovat zavedení takového systému, který zajistí spravedlivé financování nepojištěných škod bez finanční participace řádně pojištěných řidičů. To ale předpokládá zavedení principu solidarity mezi nepojištěnými, kteří se na vysoké nepojištěné škody do garančního fondu složí. ●

Přichází PRIIPs s „energetickými štítky“ pro investiční produkty

RNDr. Karel Veselý, Ph.D. / ředitel poradenských služeb pro pojišťovnictví / Deloitte Advisory
Ing. Hana Vondráčková / konzultant poradenských služeb pro pojišťovnictví / Deloitte Advisory
Bc. Lenka Godulová / konzultant poradenských služeb pro pojišťovnictví / Deloitte Advisory

Tento článek má dvojí cíl. Zaprvé stručně představit metodiku hlavních ukazatelů, které mají podle evropského nařízení PRIIPs již od počátku roku 2017 povinně zveřejňovat pojišťovny u všech produktů životních pojištění s investiční složkou. Zadruhé krátce zmínit dopady regulace na pojišťný trh, protože ty mohou být skutečně zásadní.

Vznik nařízení PRIIPs

Evropská komise při přezkumu právních předpisů o retailových investičních produktech provedeném v letech 2007–2010 dospěla k závěru, že existují asymetrické informace o investičních produktech. Informace o možných investicích, které jsou retailovým investorům poskytovány, jsou podle Komise často zavádějící a příliš složité a je obtížné podle nich hodnotit nebo srovnávat rizika produktů a náklady s nimi spojené. Komise proto v roce 2012 předložila návrh nových pravidel pro poskytování informací o retailových investičních produktech (původně známý jako nařízení PRIIPs). Cílem PRIIPs bylo zajistit, aby retailoví investoři porozuměli hlavním charakteristikám a rizikům retailových investičních produktů a mohli porovnat charakteristiky jednotlivých produktů. Zároveň se Komise zaměřila i na zajištění rovných podmínek pro jednotlivé tvůrce investičních produktů a subjekty, které tyto produkty prodávají. Po dvou letech jednání bylo vydáno finální znění ve formě nařízení Evropského

parlamentu a Rady č. 1286/2014 o sdělení klíčových informací týkajících se strukturovaných retailových investičních produktů a pojišťných produktů s investiční složkou (s upravenou zkratkou PRIIPs), které je přímo účinné ve všech členských státech EU (neprovádí se tedy transpozice do místní legislativy).

Inspirace

Přímoú inspirací pro vznik PRIIPs byl standardizovaný dokument Klíčové informace pro investory (KIID) u fondů kolektivního investování, který byl zaveden směrnicí UCITS IV v roce 2011. S dlouhodobou snahou Evropské unie o zjednodušení možnosti porovnat a pochopit produkty napříč trhem se však setkáváme například i při koupi domácích spotřebičů v podobě energetických štítků, které mají pomoci se zorientovat v široké nabídce podobných produktů. PRIIPs analogicky definuje šablonu „energetického štítku“ pro investiční produkty, která ponese název „Sdělení klíčových informací“ (dále již „KID“ jako Key Information Document) a má umožnit spotřebiteli porovnat produkty napříč trhem. KID bude vždy obsahovat devět oddílů, které se celkově musejí vejít na tři strany A4. V třetím oddíle nazvaném „Jaká podstupuji rizika a jakého výnosu bych mohl dosáhnout?“ bude mimo jiné zveřejněn i souhrnný ukazatel rizik a příslušné scénáře výkonnosti. V pátém oddílu pak bude zobrazení souhrnných ukazatelů nákladů.

Podrobná úprava obsahu KID

Samotné nařízení PRIIPs je poměrně obecné. Evropské orgány dohledu – Evropský orgán pro bankovnictví (EBA), Evropský orgán pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění (EIOPA) a Evropský orgán pro cenné papíry a trhy (ESMA) – byly zmocněny navrhnout podrobnější úpravu obsahu KID pomocí technických norem. Původně měl být návrh finálního draftu vydán do konce března 2015. Realizace však nabrala rok zpoždění. Protože normu ještě musí vydat Evropská komise a následně má Evropský parlament a Evropská rada až tři měsíce na vznesení námitek, je časová kapacita celého schvalovacího kolečka a následná reálná implementace ke dni platnosti 31. 12. 2016 poměrně ohrožena. Na tuto skutečnost již upozornila Insurance Europe a žádá alespoň o roční odklad. V době přípravy článku není známo rozhodnutí o možné změně termínu platnosti. Návrh technických norem upravuje tři oblasti nařízení PRIIPs:





Foto: Deloitte Advisory

Bc. Lenka Godulová

- prezentaci a obsah KID včetně metodiky pro výpočet a prezentaci rizik, odměn a publikování KID;
- přezkum, revizi a publikování KID;
- podmínky pro splnění požadavků poskytování KID v dostatečném časovém rozsahu.

Z pohledu pojistného trhu je určitě nejvýznamnější oblast první – konkrétně prezentace ukazatelů. Normy totiž stanovují metodiku výpočtů pro všechny investiční produkty. Navrhnout jednotnou metodiku pro všechny investiční produkty včetně pojistných, které jsou svojí konstrukcí rozdílné, se ukázalo skutečným oříškem a právě implementace na pojistné produkty může vést k problémům, jak ještě upozorníme dále.

Princip srovnatelnosti

Autoři normy zřejmě dávají přednost principu srovnatelnosti (a to v rámci celé EU!) před individualizovanou informací pro daného klienta, a to patrně s ohledem na obtížnou implementovatelnost v případě nutnosti přikládat individualizovaný KID. V praxi to znamená, že pro účely prezentace ukazatelů v KID bude pevně definována standardizovaná smlouva: investice 10 000 eur jednorázově, resp. 1000 eur ročně u běžně placených investic (u obojího se použije zaokrouhlený ekvivalent v domácí měně) a pevná doporučená doba trvání investice. Po přepočtu na české koruny budou tedy dokumenty KID prezentovat ukazatele určené pro běžně placený produkt s cca 27 000 Kč ročně (cca 2250 Kč měsíčně). U investičních životních pojištění v České republice je průměrné pojistné na trhu méně než poloviční. Nabízí se tedy otázka, do jaké míry budou tyto ukazatele pro konkrétního klienta relevantní.



◀ Nižší riziko ————— Vyšší riziko ▶

Souhrnný ukazatel rizik

Souhrnný ukazatel rizik má spotřebitelé jednoduše prezentovat výši rizik vybraného produktu. V KID bude znázorněno riziko investice graficky pomocí zařazení do jedné ze sedmi rizikových tříd, kde vyšší třída znamená vyšší



Foto: Deloitte Advisory

Ing. Hana Vondráčková

riziko. Za tímto jednoduchým porovnáním se skrývá složitější výpočet, který danou třídu určuje. Autoři se rozhodli založit ukazatel pouze na dvou rizicích, která jsou považována za zásadní, a to na tržním riziku (s větší vahou) a kreditním riziku. Agregací ukazatelů tržního a kreditního rizika, která je jasně stanovena tabulkou, se určí souhrnná riziková třída. Kreditní riziko bude stanoveno na základě ohodnocení ratingové agentury certifikované v ESMA (The European Securities and Markets Authority). Pojišťovna si sama zvolí agenturu (případně agentury), na základě jejichž hodnocení bude stanoveno kreditní riziko dané investice (v případě volby více agentur se pro stanovení kreditního rizika použije medián jednotlivých hodnocení). Pro účely výpočtu tržního rizika se PRIIPs produkty dělí do 4 kategorií¹.

První kategorie

Zhruba řečeno zahrnuje produkty s vysokou mírou rizika, kde investor může ztratit větší částku, než investoval, nebo u kterých je podkladem finanční derivát. Automaticky se tato kategorie zařazuje do nejvyšších rizikových tříd 6 nebo 7.

Druhá kategorie

Zahrnuje produkty, jejichž výnosy jsou vázané na podkladová aktiva. Tato vazba může být bez pákového efektu (tento postup lze předpokládat pro výpočet investičního životního pojištění, kde investiční riziko nese pojistník), nebo s pákovým efektem za předpokladu, že hodnota produktu je rovna konstantnímu násobku podkladového aktiva. Pro tyto produkty se tržní riziko bude určovat pomocí ukazatele hodnoty v riziku („VaR“). VaR se v tomto případě počítá přímo vzorcem, do kterého vstupují historická data dostupná v četnosti alespoň 2 roky v denních cenách, 4 roky v týdenních cenách nebo 5 let v měsíčních cenách. Zařazení do rizikových tříd je pevně stanovené tabulkou tržních rizik.

Třetí kategorie

Zahrnuje instrumenty, jejichž hodnota zohledňuje cenu podkladového aktiva, avšak nikoli konstantním násobkem této ceny. Zařazení do rizikových tříd a rozsah historických dat je shodný jako v druhé kategorii, avšak

¹ V případě chybějících historických dat pro výpočty v rámci druhé a třetí kategorie se použije náhrada pomocí benchmarku s odpovídajícími historickými daty, jinak budou produkty automaticky zařazeny do první kategorie.

Pojistné		1 rok	3 roky*	5 let**
Scénáře pro případ dožití				
Nepříznivý scénář	Co můžete dostat zpět po odečtení nákladů			
	Průměrné výnosy každý rok			
Umírněný scénář	Co můžete dostat zpět po odečtení nákladů			
	Průměrné výnosy každý rok			
Příznivý scénář	Co můžete dostat zpět po odečtení nákladů			
	Průměrné výnosy každý rok			
Akumulovaná investovaná částka				
Scénář pro případ smrti				
Pojistná událost	Co oprávněné osoby získají zpět po odečtení nákladů			
Akumulované pojistné				

* Polovina doporučené doby držení investice / ** Doporučená doba držení investice

na rozdíl od druhé kategorie má složitější (stochastický) výpočet, kde musí proběhnout minimálně na 10 000 simulací. Tento způsob pravděpodobně bude používán pro pojistné tranše, jejichž výnos závisí na kombinaci vývoje několika podkladových aktiv.

Čtvrtá kategorie

Do této kategorie budou klasifikovány investice, které (částečně) závisí na faktorech nepozorovaných na trhu. Za účelem stanovení jejich tržního rizika bude třeba oddělit jednotlivé komponenty takové investice. Pro ty, které jsou závislé na tržních faktorech, bude tržní riziko stanoveno na základě jejich klasifikace do předchozích tří kategorií. Pro stanovení tržního rizika pro zbývající komponenty (závislé na faktorech nepozorovaných na trhu) uvádí předpis pouze obecné principy a poskytovatel produktu bude muset vyvinout odpovídající metodiku. Do čtvrté kategorie pravděpodobně budou patřit produkty, u kterých poskytovatel (pojišťovna) poskytuje držiteli podíly na zisku (tedy především pojistné produkty s garantovaným výnosem a podíly na zisku).

Prezentace scénářů výkonnosti investic

Další významnou částí dokumentu KID je prezentace scénářů výkonnosti investice. V závislosti na doporučené délce doby trvání investice jsou uvedena maximálně tři časová období (konec prvního roku, střed doporučené

délky investice a konec doporučené délky investice) ve třech scénářích: příznivý na 90. percentilu, střední na 50. percentilu a nepříznivý na 10. percentilu očekávané hodnoty investice (výpočet se provádí konzistentně s výpočtem tržní míry rizika). Další scénáře nad povinné tři musí být uvedeny, pokud nepříznivý scénář dostatečně nepokrývá významně nepříznivé dopady. Nově se do ukazatelů budou započítávat náklady na biometrické rizikové pojistné, které se stanoví jako rozdíl mezi srážkami na biometrické riziko (rizikové pojistné) a očekávanou současnou hodnotou budoucích výplat z těchto rizik na základě nejlepšího odhadu předpokladů. To v podstatě vyjadřuje přírůstek na rizikovém pojistném. Zmíněný nejlepší odhad předpokladu by měl být konzistentní s předpoklady použitými v Solvency II.

Ukazatel nákladovosti

Třetím sledovaným parametrem investičního produktu je ukazatel nákladovosti. Evropské orgány dohledu po dohodě zvolily vyčíslení nákladů absolutní hodnotou v domácí měně a relativní hodnotou pomocí ukazatele snížení výnosu RiY (Reduction in Yield). Obě hodnoty (relativní i absolutní) budou uvedeny ve třech časových obdobích shodnou logikou jako u scénářů výkonnosti investic na středním scénáři 50. percentilu hodnoty investice. Obdobně jako u prezentace scénářů výkonnosti investic i zde budou započteny náklady na

Investice 10 000 EUR

Scénáře	Pokud inkasujete peníze po 1 roce	Pokud inkasujete peníze po 3 letech*	Pokud inkasujete peníze po 5 letech**
Celkové náklady			
Ukazatel snížení výnosu za rok (RIY)			

* Polovina doporučené doby držení investice / ** Doporučená doba držení investice

biometrické rizikové pojistné. S ukazatelem snížení výnosu má již zkušenosti Maďarsko (hodnoty jsou v rámci samoregulace zveřejňovány již nyní místní asociací pojišťoven a nezávisle ověřovány třetí stranou). Český ukazatel SUN (standardizovaný ukazatel nákladovosti) šel naopak jinou cestou než PRIIPs, a to individualizovanou informací založenou na prezentaci celkových nákladů vůči celkovému zaplacenému pojistnému.

Dopady na pojistný trh

Jaký může mít dopad srovnání investičních produktů pomocí definovaných ukazatelů na český pojistný trh? Samotný klient, který již dnes dostává a nečte desítky stránek popsaných malým písmem v podobě pojistných podmínek, předmluvních informací, záznamu z jednání, modelaci smlouvy atd., nebude ve většině případů patrně číst a porovnávat ani nové sdělení KID. Naopak očekáváme, že porovnání investičních produktů budou snadněji provádět novináři, analytici, zprostředkovatelé případně různé „nezávislé“ platformy. Patrně dále přibudou žebříčky srovnání produktů, a to nejen mezi pojišťovnami, ale i napříč všemi investičními produkty, kde budou produkty řazeny od „nejlepších“ po „nejhorší“ dle zveřejňovaných ukazatelů.

Biometrické pojistné

Ukazatel nákladovosti může přitom být tím hlavním ukazatelem, podle kterého se všechny investiční produkty budou navzájem porovnávat. Ačkoliv předpokládáme povinné započtení nákladů na biometrické pojistné (což u jiných investičních produktů samozřejmě není) jako hodnotu nižší v porovnání s ostatními náklady pojistných produktů, i díky němu může nastat situace, že pojistné produkty budou patřit do horší poloviny žebříčku. Insurance Europe upozorňuje, že kvůli započtení nákladů na biometrické pojistné nebudou pojistné produkty srovnatelné s ostatními produkty, a proto ostře protestuje

a navrhuje náklady na biometrické pojistné zmínit jen v sekci „Co je to za produkt“ a do číselných ukazatelů je nezahrnovat.

Rizikové produkty

Předpokládáme, že účinností PRIIPs dostanou pojišťovny další impuls soustředit se na prodej čistě rizikových produktů místo stávajících IŽP s vysokým zastoupením pojistného rizika. Právě investiční produkty s vysokými pojistnými částkami pro případ smrti, úrazu nebo nemoci mohou mít vysoké náklady na administraci pojistného rizika. Dalším dopadem bude optimalizace produktů, aby co nejpříznivěji vyšly prezentované ukazatele.

Další otázky

Tvorba KID a nastavení příslušných procesů může zamotat pojišťovny hlavu již při prvotní implementaci. Uvedme namátkou některé otázky. Kolik KID vlastně musí pojišťovna vytvořit u produktu IŽP s několika fondy a několika „investičními strategiemi“ včetně různých tzv. investičních autopilotů? Jak zajistit pro obchodníky řádnou informaci klientovi podle jeho volby fondů, a přitom dodržet podmínku rozsahu maximálně tří A4? Budou pojišťovny snižovat množství investičních fondů a strategií? Budou revidovat všechny možnosti, které nabízejí se změnou investiční strategie? Jak se postavit k technickým změnám na již sjednaném portfoliu, nemůže se jednat někdy o novou smlouvu s nutností připravit KID i pro starší produkty? Kolik KID bude muset připravit jednotlivá pojišťovna, nejsme ve stovkách kusů? A to není jistě vše...

Závěrem

Domníváme se, že implementace PRIIPs bude pro pojišťovny velkým tématem nadcházejících měsíců a kromě metodických a technických otázek může vést i ke změnám struktury a dokonce i velikosti samotného trhu životního pojištění. Proto si tato oblast zasluhuje podle našeho názoru zcela mimořádnou pozornost.

PRIIPs: Jak se neztratit v (ne)legislativním procesu

JUDr. Tereza Kunertová, Ph.D., LL.M. / koordinátor evropských aktivit ČAP / odborný asistent, Katedra evropského práva PF UK

Legislativní proces v Evropské unii je spleťtý a pro běžného čtenáře není zcela jednoduché se v něm orientovat. O to hůř, že vydáním legislativního aktu (někdy též nazývaného jako level1 předpis) cesta nekončí, a to nejen pro adresáty normy samotné, kteří se musí připravit na aplikaci nových pravidel, ale ani pro orgány EU. V současné době zejména v oblasti finančních služeb jsou mnohé prvky level1 předpisu dále specifikovány a upraveny v následujících nelegislativních aktech Evropské komise a/nebo evropských orgánů dohledu (tzv. level2 a level3 předpisy). Právě touto cestou na pozadí složitě se vyvíjející kauzy PRIIPs a souvisejících regulačních technických norem ke KID se budeme ubírat.

Na počátku bylo... nařízení PRIIPs

Pomyslným startovacím milníkem nám bude vydání legislativního aktu: Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014 o sdělení klíčových informací týkajících se strukturovaných retailových investičních produktů a pojistných produktů s investiční složkou (dále jen „nařízení PRIIPs“). Nařízení PRIIPs bylo publikováno v Úředním věstníku EU dne 29. prosince 2014 a vstoupilo v platnost tradičně dvacátým dnem od svého vyhlášení. Vzhledem ke složitosti materie, kterou upravuje, není nařízení PRIIPs přímo použitelné od vstupu v platnost, jak často u nařízení EU bývá, ale disponuje odloženou použitelností od 31. prosince 2016. Srovnatelně se směrnice EU je tak nadáno dvouletou implementační lhůtou, kterou mají příslušní adresáti na to, aby zavedli veškeré postupy a dokumenty, po nich v nařízení požadované. Oproti směrnicím se nařízení neprovádí do právních řádů, a tudíž nedochází k vydání transpozičního právního předpisu členského státu. Všechny dotčené osoby se řídí přímo nařízením samotným. Proto i výše uvádím termín implementační lhůta a ne transpoziční, která je významově užší a pro použití v souvislosti s nařízeními nevhodná.

Nařízení PRIIPs – předmět úpravy

Jelikož je nařízení PRIIPs závazné v celém rozsahu a bude přímo použitelné ve všech členských státech, je potřeba si osvětlit, na koho přímo dopadá a co vlastně upravuje. Zprostředkovatelé pojištění a pojišťovny podléhají při distribuci pojistných produktů s investiční složkou jednotným požadavkům. Nařízení PRIIPs stanoví jednotná pravidla pro formu a obsah „sdělení klíčových informací“ a pro poskytování tohoto sdělení retailovým investorům s cílem umožnit jim pochopit hlavní rysy produktu s investiční složkou a rizika spojená s jeho sjednáním. Jedním z hlavních důvodů při přijetí nařízení PRIIPs bylo, že při zvažování investic je retailovým investorům stále častěji nabízena široká škála strukturovaných produktů s investiční složkou (tj. investiční produkty a pojistné produkty s investiční složkou), kdy stávající informace o těchto produktech nejsou vzájemně provázané, a znesnadňují tak retailovým investorům porovnat a pochopit tyto produkty. V konečném důsledku investoři ne vždy činí informované rozhodnutí o investici. Jedním z prostředků jak tuto informační mezeru vyplnit je povinnost vytvoření sdělení klíčových informací (dále jen „KID“). KID má za cíl pomoci spotřebitelům k jasnějšímu porozumění různých investičních produktů.

Jádru problému

Nařízení PRIIPs by se mělo vztahovat na všechny produkty bez rozdílu formy nebo struktury vytvářené v odvětví finančních služeb s cílem poskytovat investiční příležitosti retailovým investorům, u nichž částka, která má být vyplacena retailovému investorovi, podléhá výkyvům v důsledku expozice vůči referenčním hodnotám či výkonnosti jednoho nebo více aktiv, která retailový investor přímo nezakoupil.¹ Právě ten fakt, že nařízení PRIIPs a KID se nevztahují pouze na posouzení a porovnatelnost pojistných produktů s investiční složkou, ale všech produktů s investiční složkou přináší úskalí, o nichž bude krátce pojednáno dále. Ač je nařízení PRIIPs co do formy a obsahu KID relativně detailní, tak přesto v zájmu zajištění jednotného uplatňování v celé EU se svěruje Evropské komisi přijmout regulační technické normy (dále jen „RTS“)

¹ Viz preambule nařízení PRIIPs, bod 6.



Ilustrační foto: Dreamstime.com

upřesňující podrobnosti týkající se prezentace a obsahu jednotlivých informací v KID, metodiku podporující prezentaci rizik a výnosů v KID a metodiku pro výpočet nákladů včetně konkrétních souhrnných ukazatelů v KID. Na scénu nám tak nastupují první klíčoví hráči, tj. Evropská komise a evropské orgány dohledu.

Regulační technické normy – evropské orgány dohledu

Dle nařízení PRIIPs byly k vypracování návrhu RTS pověřeny společně evropské orgány dohledu. Mezi tyto evropské orgány dohledu se řadí Evropský orgán pro bankovníctví (dále jen „EBA“), Evropský orgán pro cenné papíry a trhy (dále jen „ESMA“) a Evropský orgán pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění (dále jen „EIOPA“). Evropské orgány dohledu měly předložit návrh RTS Evropské komisi do 31. března 2016.

Legislativní a nelegislativní akty

V souladu s nařízením EU o zřízení EIOPA² jsou RTS nelegislativní akty technické povahy a nepředstavují strategická či politická rozhodnutí a jejich obsah je vymezen nařízením PRIIPs, ze kterého vycházejí a s nímž

musí být v souladu. Po obdržení návrhu RTS má Evropská komise tři měsíce na jejich schválení. RTS se obecně vydávají ve formě nařízení nebo rozhodnutí (v tomto případě byla zvolena forma nařízení) a jsou přijaty prostřednictvím aktů v přenesené pravomoci podle článku 290 Smlouvy o fungování Evropské unie (dále jen „SFEU“). Tyto akty v přenesené pravomoci, nebo též běžně nazývané jako tzv. delegované akty na základě anglického pojmu *delegated acts*, jsou nelegislativními akty s obecnou působností, kterými se doplňují nebo mění některé prvky legislativního aktu, které nejsou podstatné. Rozdíl mezi legislativními akty EU (např. nařízení PRIIPs) a nelegislativními je v podstatě v tom, že legislativní akty jsou přijímány (nejčastěji) společně Evropským parlamentem a Radou v legislativním procesu zakotveném v primárním právu Evropské unie. Oproti tomu nelegislativní akt s obecnou působností dle čl. 290 SFEU je přijímán pouze Evropskou komisí a složitým a často i zdoluhavým legislativním procesem tak neprochází, i když i zde hrají Evropský parlament a Rada významnou úlohu, jak bude vysvětleno dále.

Informační chaos

Dne 6. dubna 2016 schválila EIOPA jako poslední z evropských orgánů dohledu diskutabilní návrh RTS, které zakotvují prezentaci a obsah KID. Návrh byl již předtím schválen ze strany EBA a ESMA. Ač se již v přípravné fázi Insurance Europe intenzivně zapojovala do konzultací a snažila poukazovat na specifika pojistných produktů s investiční složkou,

² Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1094/2010 ze dne 24. listopadu 2010 o zřízení Evropského orgánu dohledu (Evropského orgánu pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění), o změně rozhodnutí č. 716/2009/ES a o zrušení rozhodnutí Komise 2009/79/ES, čl. 10

v přijatém návrhu RTS přetrvávají nejasnosti ohledně zahrnutí pojistného biometrických rizik do investičních nákladů v jediném indikátoru a metodologie kalkulace kreditního rizika. Začala tudíž narůstat reálná obava, že spotřebitelé mohou získat nesprávné informace o pojistném produktu s investiční složkou, který bude vnímán více nákladným a rizikovým než ve skutečnosti je. Již před přijetím návrhu RTS se ČAP aktivně zapojila do debaty a iniciativně oslovila ČNB s obavami nad návrhem RTS. Návrh RTS byl schválen většinou 65,23 %, kdy pro schválení v EIOPA bylo potřeba získat 65 %, tj. s minimálním rozdílem 0,23 %. V rámci diskuzí nad návrhem RTS se Insurance Europe snažila upozornit Komisi a EIOPA na zejména tyto problematické aspekty:

- Dle čl. 8(3)(f) PRIIPs musí být v KID uvedeny „náklady spojené s investicí do produktu s investiční složkou“. Mezi EIOPA a Insurance Europe nepanovala shoda ohledně otázky, zda má být zohledněn dohromady ukazatel nákladů i biometrického pojistného. Insurance Europe z důvodů zajištění level-playing field trvala na jasném oddělení. V opačném případě hrozí, že spotřebitelé nebudou schopni srovnávat podobné produkty. Návrh RTS zahrnuje pojistné biometrických rizik do investičních nákladů.
- Dle čl. 8(3)(d) PRIIPs musí být v KID uveden „souhrnný ukazatel rizik doplněný o slovní vysvětlení tohoto ukazatele, jeho hlavní omezení a slovní vysvětlení rizik, která mají pro produkt s investiční složkou zásadní význam“. V návrhu RTS se objevuje uvedení úvěrového rizika poskytovatele. Na základě metodologie v návrhu RTS může být úvěrové riziko poskytovatele naměřeno jako vyšší, než by bylo tržní riziko. V případě mnoha pojišťoven, které nemají žádná externí úvěrová hodnocení, bude standardní úvěrové hodnocení stupněm úvěrové kvality³. Insurance Europe soustavně upozorňovala, že se má jednat o riziko spojené s produkty, a ne poskytovatelem. Samy evropské orgány dohledu uznávaly, že měření úvěrového rizika s ohledem na externí úvěrová hodnocení není optimální, a tudíž bude možná muset být upraveno v průběhu dalších let, nicméně k tomuto přesto v návrhu RTS přistoupily.

Regulační technické normy – Evropská komise

Po vydání návrhu RTS se veškerá pozornost Insurance Europe a členských asociací obrátila směrem k Evropské komisi, která měla tříměsíční lhůtu na schválení návrhu RTS. I přes usilovné snahy o vysvětlení kritických bodů návrhu RTS Evropská komise zastávala názor, že se jedná o kvalitní návrh a má v úmyslu RTS přijmout. Zdá se, že v této záležitosti ne zcela pomohl i výsledek britského referenda o setrvání v EU. Po rozhodnutí o vystoupení z EU rezignoval na svoji funkci britský komisař lord Jonathan Hill, odpovědný za finanční stabilitu, finanční služby a unii kapitálových trhů. Ještě před předáním své funkce místopředsedovi Evropské komise Dombrovskisovi byl návrh RTS urychleně zařazen na pořad jednání. Dne 30. června Evropská komise vydala RTS. K přijetí došlo i přes aktivní snahu Insurance Europe, ČAP a dalších asociací upozorňující na problematické aspekty v návrhu a volající po napravení a změnách namísto unáhleného přijetí.

Regulační technické normy – Evropský parlament

Jelikož byla od počátku zjevná nechuť Evropské komise učinit jakékoliv zásadnější změny v návrhu RTS v souvislosti s pojistnými produkty s investiční složkou, začala se Insurance Europe společně s některými členskými asociacemi již v období před přijetím RTS obracet na Evropský parlament a Radu. Tyto orgány totiž po přijetí RTS ze strany Evropské komise mají lhůtu k vznesení námitek k RTS. RTS mohou vstoupit v platnost pouze tehdy, pokud k nim Evropský parlament nebo Rada takové námitky nevysloví. Dle čl. 31 nařízení PRIIPs činí lhůta pro vznesení námitek dva měsíce s možností prodloužení o jeden měsíc, avšak pouze v případě, že Evropská komise přijme RTS v totožném znění s jejich návrhem vydaným evropskými orgány dohledu. V případě, že Evropská komise vydá RTS v pozměněném znění, lhůta pro vznesení námitek činí tři měsíce s možností prodloužit ji o další tři měsíce.³

Jednání v EP

V Evropském parlamentu je příslušným k projednání RTS Výbor pro hospodářství a měnu (dále jen „výbor ECON“). Zpravodajkou byla ustanovena poslankyně Pervenche Berès (politická skupina S&D). Jedním ze stínových zpravodajů, za politickou skupinu ALDE, byl stanoven poslanec Petr Ježek. ČAP navázala intenzivní debatu s kabinetem poslance Ježka za účelem vysvětlení

3 Viz. čl. 13(1) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1094/2010 ze dne 24. listopadu 2010 o zřízení Evropského orgánu dohledu (Evropského orgánu pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění), o změně rozhodnutí č. 716/2009/ES a o zrušení rozhodnutí Komise 2009/79/ES.

Přes veškerou znalost práva Evropské unie dokážou evropské orgány v rámci přijímání předpisů level2 a level3 neustále překvapovat svojí nevyzpytatelností.

přetrvávajících nejasných ustanovení, které mohou mít negativní dopady nejen na celý pojišťný trh, ale i na retailové investory. Většina stínových zpravodajů výboru ECON (politické skupiny EPP, ALDE, ECR a za podpory Zelených) se ztotožnila s připomínkami Insurance Europe, ČAP a dalších asociací. Výbor ECON zaslal Evropské komisi dopis žádající o nápravu a vysvětlení některých sporných bodů, a to před vydáním RTS. Tento dopis, ač byl dopředu avizován, zastihl Evropskou komisi cca půl hodiny po přijetí RTS dne 30. června 2016.

Napnuté lhůty

Po prostudování RTS Evropský parlament shledal, že nebyly přijaty v totožném znění, a z toho důvodu indikoval tříměsíční revizní lhůtu místo dvouměsíční dle čl. 31 nařízení PRIIPs. Lhůta pro vznesení námitek v Evropském parlamentu tudíž končí 30. září 2016. Pro odmítnutí RTS Evropským parlamentem je potřeba nejen vznesení námitek a projednání na výboru ECON, ale následné hlasování v plénu, kdy pro odmítnutí by muselo hlasovat 376 poslanců z celkových 751. Navíc se do konce lhůty pro vyslovení námitek z důvodu letních prázdnin uskuteční pouze jedno a to zářijové plénum. Dle neoficiálních informací se politická skupina EPP, podporována ze strany ALDE, ECR a Zelených, rozhodla vznést námitky proti RTS a informovat o tom příslušný výbor ECON. Dle dostupných vyjádření EPP zakládá své námitky na faktech, že Evropská komise nebyla schopna zhojit nejasnosti, které vznesl výbor ECON ve svém dopise adresovaném Evropské komisi těsně před přijetím RTS, a dále na obavě, že RTS nenaplní cíl nařízení PRIIPs, tj. odpovědně a srozumitelně informovat spotřebitele. Je pravdou, že RTS v podobě

přijaté Evropskou komisí bohužel nenaplnují cíle nařízení PRIIPs srozumitelně informovat retailové investory a pomoci jim lépe pochopit a orientovat se v nabízených produktech s investiční složkou. Problém RTS nespočívá jen v nereálných lhůtách pro vytvoření KID, ale zejména i v obsahu samotného návrhu. Návrh RTS nejen nereflektuje specifika pojišťných produktů, ale navíc jde v některých svých částech i proti samotnému hierarchicky nadřazenému nařízení PRIIPs (zejména ustanovení čl. 14 RTS v rozporu s čl. 6(3) nařízení PRIIPs).

Regulační technické normy – Rada EU

Rada je druhým orgánem, který bude jednat o případných námitkách/odmítnutí RTS. Současné diskuze s příslušnými ministerstvy v členských státech naznačují podporu některých členských zemí EU k vznesení námitek v Radě. Ještě před přijetím RTS zaslala ministerstva dvanácti členských států Evropské komisi dopis žádající o prodloužení nereálné a příliš zatěžující implementační lhůty. Česká republika byla jednou z dvanácti zemí podepsanou pod dopisem. Tak jako na každý jiný dopis obdržely i tyto členské státy odmítavou reakci ze strany Evropské komise. Co se lhůty pro vyjádření týče, Rada sice setrvává na dvouměsíční dle čl. 31 nařízení PRIIPs, avšak indikovala její prodloužení o měsíc. Lhůta pro vznesení námitek tak stejně jako v Evropském parlamentu končí 30. září 2016.

Společný dopis

Asociace pojišťoven ze střední a východní Evropy připravily společný dopis, jenž upozorňuje na některé ze základních problémů s RTS, negativní dopady zejména na střední a malé podniky v regionu a nereálnou implementační lhůtu. Dopis byl prostřednictvím Slovenské asociace pojišťoven (SLASPO) poskytnut slovenskému předsednictví v Radě EU a v kopii příslušným ministerstvům. ČAP zaslala dopis Ministerstvu financí ČR a též byla záležitost RTS diskutována na schůzce ČAP s bankovní radou ČNB. V odpovědi byla ČAP informována, že v případě reálné šance na vznesení námitek ostatními členskými státy je Ministerstvo financí připraveno tuto iniciativu podpořit. Na základě neoficiálních informací by tuto vlajkovou loď mohlo zvednout maďarské Ministerstvo financí, které již avizovalo své nespokojení s výslednou podobou RTS.

Již před přijetím návrhu se ČAP aktivně zapojila do debaty a iniciativně oslovila ČNB s obavami nad návrhem RTS.

O další level níž

Ač Evropská komise zastává negativní postoj ke všem snahám urgujícím o nápravu RTS, tak si je přesto spolu s evropskými orgány dohledu vědoma některých problematických aspektů i faktu, že na plno dotazů neexistují relevantní odpovědi. Tato roztříštěnost může vést k tomu, že PRIIPs nakonec stejně nebudou jednotně uplatňovány napříč členskými státy. Z těchto důvodů se Evropská komise rozhodla uspořádat dne 11. července 2016 jednodenní workshop v Bruselu k zodpovězení nejpalčivějších otázek. Na tomto workshopu se ukázalo, že nejen Evropská komise, ale i EIOPA nebyly schopny odpovědět na většinu dotazů. Některé odpovědi Evropské komise a EIOPA byly dokonce vůči sobě konfliktní. Jelikož po workshopu panovalo všeobecné zklamání napříč celým sektorem finančních služeb, dohodli se zástupci zastřešujících asociací (tj. EBF, EFAMA, Insurance Europe a EUSIPA) k zaslání společného dopisu Evropskému parlamentu a Radě upozorňující na to, že workshop nepřinesl vytočené vyjasnění a dále přetrvávají zásadní problematické aspekty v RTS.

Level3 předpisy

Za účelem vyjasnění některých otázek plánují evropské orgány dohledu vydat doplňující level3 předpisy ve formě tzv. Q&A. Tato vysvětlení slíbila EIOPA spolu s Evropskou komisí vydat do konce léta. Zde je však potřeba uvést, že level3 předpis nemůže sloužit k nápravě hierarchicky vyššího level2 předpisu. Tudíž tento očekávaný předpis může maximálně přinést vodítko jakým způsobem jednotně vykládat některé požadavky uvedené v RTS s tím, že přednost má nadále vždy text RTS (stejně tak jako před RTS má vždy přednost text nařízení PRIIPs). Navíc Evropská komise na workshopu avizovala, že odpovědi na některé dotazy přenechá národním orgánům dohledu.

A co na to pojistný trh v ČR?

Jak z výše uvedeného vyplývá, situace kolem PRIIPs je i nyní čtyři měsíce před počátkem použitelnosti nařízení PRIIPs více než nejistá. I přes veškerou snahu ČAP, Insurance Europe a dalších asociací a zájmových stran je možné, že RTS nebudou v Evropském parlamentu ani v Radě odmítnuty. V takovém případě vstoupí RTS v platnost a budou spolu s nařízením PRIIPs použitelné od 31. prosince 2016. Formálně čas vyměřený k vytvoření KID mezi vstupem v platnost RTS a jejich použitelností činí pouhé tři měsíce. Vzhledem k formě nařízení budou RTS přímo použitelné a závazné v celém rozsahu ve všech členských státech. Díky přednosti práva EU před národními právními řádami budou adresáti těchto norem povinni se jimi řídit bez ohledu na jakékoli případně rozporné národní předpisy a národní orgány dohledu budou povinny jejich aplikaci kontrolovat a vymáhat. Z těchto všech výše uvedených důvodů vytvořila ČAP pracovní skupinu pro implementaci PRIIPs a též zahájila spolupráci s ČNB nad vytvořením KID. ČAP bude nadále bedlivě sledovat veškeré dění v orgánech EU k přijetí RTS. Vzhledem k tomu, že podobné nelegislativní kolečko se aktuálně rozbíhá v souvislosti s přijatou směrnicí Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016 o distribuci pojištění (IDD), je jisté přínosné se v těchto (ne)legislativních procesech pokusit blíže orientovat. Na závěr je však nutno přiznat, že někdy i přes veškerou znalost práva Evropské unie dokážou evropské orgány v rámci přijímání level2 a level3 předpisů neustále překvapovat svojí nevyzpytatelností. ●

Aktuální vývoj

Dne 1. září 2016 Hospodářský a měnový výbor (ECON) Evropského parlamentu absolutní většinou (z 58 členů jich 55 hlasovalo pro, 3 se zdrželi hlasování, nikdo nehlasoval proti) rozhodl o přijetí rezoluce odmítající RTS k PRIIPs v současném znění návrhu Komise. Hlasování o odmítnutí RTS bylo tak postoupeno na pořad pléna Evropského parlamentu, který jednal po uzávěrce časopisu ve dnech 12. až 15. září ve Štrasburku.

Směrnici o distribuci pojištění lze implementovat (2. část)

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA / poradce

V čísle 2/2016 časopisu Pojistný obzor byla prezentována vybraná ustanovení nové směrnice 2016/97/EU o distribuci pojištění (IDD). Pozornost byla věnována jejím cílům, klíčovým definicím, působnosti této směrnice, registraci, volnému pohybu služeb a dalším důležitým oblastem. V souvislosti s výkladem této právní úpravy byla nastíněna určitá doporučení, obecná i konkrétní, týkající se implementace, pokud jde například o zodpovědný a obezřetný přístup k diskrecím, aktům v přenesené pravomoci, překladu některých pojmů apod. V tomto článku bude výchozí výklad vybraných ustanovení směrnice o distribuci pojištění dokončen.

Vybrané Informační požadavky a výkon činnosti

V čísle 2/2016 Pojistného obzoru byly již rozebrány některé články kapitoly V IDD, jež se týká informačních požadavků a pravidel výkonu činnosti. Nyní je třeba se k této kapitole vrátit a předně vyložit, co se rozumí **obecnou zásadou** (viz čl. 17 odst. 1). Členské státy musí zajistit, aby distributoři pojištění jednali při distribuci pojištění vždy čestně, spravedlivě a profesionálně v souladu s nejlepšími zájmy svých zákazníků. Pomineme-li například nepopiratelnou problematičnost aplikace „nejlepších zájmů“, je nutno mít při výkonu činnosti obecnou zásadu na mysli i z toho důvodu, že její porušení může vést k uplatnění sankcí. V praxi bude třeba rovněž respektovat požadavky na propagační sdělení, které musí být korektní, jasné, neklamavé a odlišitelné od jiných informací a umí se vyrovnat s požadavky na způsob odměňování distributorů pojištění. Nesmí být odměňováni způsobem, který by byl v rozporu s jejich povinností jednat v nejlepším zájmu svých zákazníků. Teoreticky lze postup stanovený v čl. 17 odst. 3 pochopit, ale v praxi vyvážení odměn mezi jednotlivými pojistnými produkty, jež nabízí daná pojišťovna, nikdy nebylo a nebude určité jednoduché.

Povinné informace

V čl. 18 IDD jsou nově stanoveny mj. následující povinné informace, jež musí pojišťovna sdělit zákazníkovi

před uzavřením pojistné smlouvy: totožnost, adresa a skutečnost, že je pojišťovnou; zda poskytuje poradenství o prodáváných pojistných produktech; postupy týkající se podávání stížností a postupy pro mimosoudní řešení sporů. V tomto případě je nezbytné si uvědomit, že jde o úkoly pro pojišťovnu v postavení distributora. Určité úlevy z informačních povinností mají zprostředkovatelé doplňkového pojištění. Pokud jde o odměnu, bude postačovat informace o povaze odměny obdržené za pojistnou smlouvu. U obecných informací, jež musí poskytovat, není však úleva nikterak velkorysá. Zprostředkovatel doplňkového pojištění nemusí informovat o tom, zda poskytuje poradenství o prodáváných pojistných produktech a zda zastupuje zákazníka nebo jedná na účet či jménem pojišťovny. Další povinnosti dle čl. 18 písm. a) mu ale zůstávají. Opravdu významné výjimky z informační povinnosti jsou obsaženy v čl. 22. Dané informace není třeba poskytovat, jestliže distributor pojištění vykonává distribuci v souvislosti s pojištěním velkých rizik. Kromě toho členské státy mohou stanovit, že informace týkající se pojistných produktů s investiční složkou není třeba poskytovat profesionálním zákazníkům ve smyslu směrnice 2014/65/EU (MiFID II). To značí, že v IDD se odkazuje na MiFID II, a to nikoli jen v tomto případě.

Informační podmínky (čl. 23)

Předností IDD je nesporně ta skutečnost, že reaguje na digitalizaci. Informace mohou být zákazníkovi poskytovány na papíře, ale i na trvalém nosiči jiném než papír nebo prostřednictvím internetové stránky, a to při splnění v IDD stanovených podmínek. Jestliže zákazník obdrží informace na jiném nosiči než papír nebo prostřednictvím internetové stránky, musí mu být na jeho žádost poskytnuty též bezplatně v papírové verzi. **Dané informace mohou být poskytovány prostřednictvím internetové stránky, pokud jsou adresovány zákazníkovi osobně nebo pokud jsou splněny tyto podmínky:** poskytnutí těchto informací prostřednictvím internetové stránky je vhodné v souvislosti s obchodem uzavíraným mezi distributorem pojištění a zákazníkem; zákazník s poskytnutím těchto informací prostřednictvím internetové stránky souhlasil; zákazníkovi byla elektronicky sdělena adresa internetové stránky a místo na stránce, kde lze mít k těmto informacím přístup; je zajištěno, že tyto informace zůstanou na internetové stránce přístupné po takovou dobu, kterou zákazník může rozumně potřebovat k tomu, aby se s nimi



Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSC., MBA

mohl seznámit. V IDD se myslí dokonce na to, že při sjednávání pojištění musí být prokázáno, že zákazník má pravidelně přístup k internetu. Za takový důkaz se považuje, jestliže zákazník poskytne svou elektronickou adresu.

Vázaný a spojený prodej (čl. 24)

Tuto problematiku lze snáze pochopit, začneme-li výklad tím, že v návrhu směrnice o zprostředkování pojištění, z něhož nakonec rezultovala směrnice o distribuci pojištění, byl upraven tzv. křížový prodej. Navrhovalo se umožnit sdružování produktů, ale nikoli vázaný obchod. Nicméně požadavky stanovené na sdružování, které by se týkalo i pojištění produktů obsahujících více rizik, by omezovaly dlouhodobou praxi evropských pojišťoven výhodnou pro klienty (dodatečná pojištění ochrana, širší výběr pro zákazníky, zajištění pojistitelnosti, jelikož některá rizika by pojišťovny nemohly pojišťovat separátně). Proto se v IDD upravuje toliko vázaný a spojený prodej. **Pro pojišťování má zásadní důležitost čl. 24 odst. 5, v němž se uvádí, že se nebrání distribuci pojištění produktů, které poskytují krytí pro různá rizika (pojištění více rizik).** Jinak by v praxi nemělo být problémem dodržet například zásadu, že pokud je pojištění produkt nabízen společně s doplňkovým produktem nebo službou, které nejsou pojištěním, jako součást balíčku nebo v rámci jedné dohody, informuje distributor pojištění zákazníka o tom, zda je možné jednotlivé složky koupit odděleně. A pokud ano, poskytne náležitý popis jednotlivých složek dohody nebo balíčku a rovněž doloží náklady a poplatky za jednotlivé složky. Není možné přejít čl. 24 odst. 6, ve kterém se členským

státům ukládá povinnost zajistit, aby distributor v daných případech upřesnil požadavky a potřeby zákazníka v souvislosti s pojištěními produkty, které jsou součástí celkového balíčku nebo jedné dohody.

Požadavky na dohled nad produktem (čl. 25)

Tímto článkem se uzavírá kapitola V IDD upravující informační povinnosti a pravidla výkonu činnosti. Pojišťovna a zprostředkovatelé, kteří vytvářejí jakékoli pojištění produkty určené k prodeji zákazníkům, musí mít zaveden, uplatňovat a **podrobovat přezkumu postup schvalování každého pojištění produktu** nebo významných změn existujících pojištění produktů před jejich uvedením na trh nebo distribucí zákazníkům. Takový postup musí být přiměřený a vhodný s ohledem na povahu pojištění produktu. Jistě každého čtenáře zaujme, že daná povinnost se týká i zprostředkovatelů, jež vytvářejí pojištění produkty. Částečné vysvětlení plyne z odst. 55 preambule, z něhož lze odvodit, že v některých členských státech EU vytvářejí zprostředkovatelé pojištění produkty. Bylo by však žádoucí disponovat úplným a jednoznačným výkladem, a to ve vazbě na příslušná ustanovení směrnice Solventnost II a definici distribuce pojištění.

Schvalování produktu

Pokud jde o schvalování produktu, je třeba zdůraznit, že tato úprava má širší než produktový záběr. Svědčí o tom ta skutečnost, že postup schvalování produktu musí stanovit pro každý produkt určený cílový trh a musí zajišťovat posouzení veškerých rizik souvisejících s tímto určeným cílovým trhem a soulad zamýšlené distribuční strategie s určeným cílovým trhem atd. IDD se takto zaměřuje téměř na marketingovou strategii pojišťovny. Pravidelné přezkoumávání pojištění produktů by pak mělo odpovědět na otázku, zda je daná distribuční strategie nadále vhodná. **Evropský zákonodárce myslí i na to, že pojišťovna musí rozumět pojištění produktům, jež nabízí nebo uvádí na trh.** Pojišťovny musejí předávat distributorům veškeré informace o pojištění produktu, jeho schvalování i určeném cílovém trhu a distributor musí vypracovat postupy, jak získává tyto informace a jak se seznamuje s vlastnostmi a určeným cílovým trhem. Zbývá doplnit zvláště to, že Komise se zmocňuje k přijímání aktů v přenesené pravomoci za účelem upřesnění zásad stanovených v tomto článku a že platí výjimka pro pojištění velkých rizik.



Ilustrační foto: Dreamstime.com

Reakce EIOPA

V souvislosti se zmíněným zmocněním reagovala velmi iniciativně EIOPA (Evropský orgán pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění) a dne 6. dubna 2016 vydala přípravné pokyny k dohledu nad produktem a jeho řízení, aby prý překlenula období do nabytí účinnosti daného aktu v přenesené pravomoci. Přitom ji Komise požádala, aby dodala technické pokyny pro jeho přípravu do 1. února 2017. Česká asociace pojišťoven (ČAP) upozorňuje, že v nařízení 1094/2010/EU, jež se týká zřízení EIOPA, není k takovému postupu zmocnění a že hrozí nebezpečí nekonzistence mezi přípravnými pokyny a aktem v přenesené pravomoci.¹ Podle sdělení GDV (Celostátní svaz německého pojišťovnictví) německý orgán dohledu (BaFIN – Spolkový ústav pro dohled nad finančními službami) již oznámil, že plánované předpisy týkající se vývoje pojistného produktu budou aplikovány teprve tehdy, až bude v SRN implementována směrnice o distribuci pojištění, tj. nejpozději k 23. únoru 2018.² Věřme, že podobně postupuje i Česká národní banka, aby se zabránilo dvojí implementaci. Pro evropské pojistitele může být v tomto směru oporou, že aktivity EIOPA vcelku podrobně kontroluje Evropský parlament. Dne 28. dubna 2016 udělil EIOPA absolutorium za plnění rozpočtu na rozpočtový rok 2014, ale v příslušné zprávě uplatnil celou řadu připomínek k její činnosti.³ Evropský parlament zdůraznil, že se orgán musí důsledně zaměřovat na úkoly, které mu svěřil zákonodárce Unie, přičemž musí zajistit plnění svých pověření v celém rozsahu, avšak nesmí se snažit fakticky rozšiřovat svůj mandát nad rámec těchto činností. Trvá na tom, že musí být včas, pravidelně a souhrnně informován o přípravě technických norem a technických pokynů a zdůrazňuje, že v minulosti tomu tak vždy nebylo. Z toho plyne, že aktivity EIOPA je nutno sledovat a důsledně

vyhodnocovat, zda jsou v souladu s příslušným evropským právem.

Dodatečné požadavky (kapitola VI)

Předně je třeba vnímat, že jde o dodatečné požadavky v souvislosti s pojistnými produkty s investiční složkou k právní úpravě týkající se informačních požadavků a pravidel pro výkon činnosti obsažené v čl. 17 až 20. Vztahují se na distribuci pojištění vykonávanou jak zprostředkovatelem pojištění, tak pojišťovnou. Tyto požadavky nejsou však jen navíc k daným ustanovením, ale někdy jde též o odchylnou právní úpravu. Za druhé je třeba se vyrovnat s pojmem pojistné produkty s investiční složkou. Podle čl. 2 odst. 17 IDD se pojistným produktem s investiční složkou rozumí pojistný produkt, který nabízí určitou hodnotu odkupného nebo hodnotu v době splatnosti, jež je zcela nebo zčásti vystavena, přímo či nepřímo tržním výkyvům a který nezahrnuje: produkty neživotního pojištění uvedené v příloze I směrnice 2009/138/ES (Odvětví neživotního pojištění); smlouvy o životním pojištění, u nichž se pojistné plnění vyplácí podle smlouvy pouze v případě smrti nebo ve vztahu k pracovní neschopnosti způsobené úrazem, nemocí nebo postižením; penzijní produkty, jejichž primárním účelem je podle vnitrostátního práva poskytovat investorům příjem v důchodu a jež investora opravňují k získání určitých výhod; úředně uznané zaměstnanecké penzijní systémy spadající do oblasti působnosti směrnice 2003/41/ES nebo směrnice 2009/138/ES; individuální penzijní produkty, na něž podle vnitrostátního práva povinně finančně přispívá zaměstnavatel a zaměstnavatel ani zaměstnanec si nemohou zvolit penzijní produkt ani poskytovatele.

Princip „otevřenosti“

Za třetí je pro tuto kapitolu charakteristická „otevřenost“ v tom smyslu, že Komise je zmocněna přijímat akty v přenesené pravomoci k čl. 28, 29 a 30, a tím nelze odhadnout rozsah celkové právní úpravy. Obdobné zmocnění, mimo tuto kapitolu, má Komise pouze k čl. 25. Nejde přitom o zanedbatelné, ale o stěžejní zmocnění, protože Komise například: má určit kroky, jejichž přijetí lze od zprostředkovatelů pojištění a pojišťoven přiměřeně očekávat, k odhalování, předcházení, řešení a oznamování střetů zájmů při distribuci pojištění; má upřesnit kritéria pro posouzení toho, zda pobídky vyplacené nebo obdržené zprostředkovatelem pojištění nebo pojišťovnou mají škodlivý účinek na kvalitu služby poskytované zákazníkovi; upřesnit kritéria pro posouzení toho, zda zprostředkovatelé pojištění nebo pojišťovny poskytující či získávající stimuly dodržují povinnost jednat čestně, spravedlivě a profesionálně v nejlepším zájmu zákazníků atd. Je účelné upozornit na výše uvedené slovo „pobídka“, resp. „inducements“ v angličtině. Není v IDD definována a neodpovídá anglickému pojmu „incentive“ použitým v definici odměny (čl. 2 odst. 9 IDD) také přeloženém jako „pobídka“. Bude proto třeba se při implementaci vyrovnat i s tímto detailem.

Informování zákazníků

Důraz v této kapitole se pak klade zejména na informování zákazníků (čl. 29). Zákazníkům musí být v dostatečném předstihu před uzavřením smlouvy poskytnuty vhodné informace o distribuci těchto produktů a o všech nákladech a souvisejících poplatcích. Je-li poskytováno poradenství, musí sdělení obsahovat například informaci, že zákazníkovi bude poskytováno pravidelné posuzování vhodnosti pojistného produktu s investiční složkou. Informace o veškerých nákladech a poplatcích, včetně nákladů a poplatků spojených s distribucí pojistného produktu s investiční složkou, které nesouvisí s podkladovým tržním rizikem, se vyjadřují souhrnně, aby zákazník porozuměl celkovým nákladům a jejich souhrnnému dopadu na návratnost investice, a pokud o to zákazník požádá, poskytnou se rozepsané na jednotlivé náklady a poplatky. Tyto informace jsou, je-li to relevantní, poskytovány zákazníkovi pravidelně, nejméně jednou ročně, po celou dobu trvání investice. Z čl. 29 odst. 2 lze při určitém zjednodušení vyvodit, že zprostředkovatelé pojištění nebo pojišťovny mohou přijímat provize či poplatky, pouze pokud taková výhoda nemá škodlivý účinek na kvalitu příslušné služby poskytované

Při implementaci IDD je třeba se zodpovědně věnovat diskrecím a také maximálně využít prostor, který je dán pro proporcionalitu.

zákazníkovi a nemá nepříznivý vliv na plnění povinnosti zprostředkovatele pojištění nebo pojišťovny jednat čestně, spravedlivě a profesionálně v nejlepším zájmu zákazníků.

MiFID II jako potřebná „múza“

Inspirace MiFID II je zřejmá rovněž z čl. 30 IDD. Zprostředkovatel pojištění nebo pojišťovna musí totiž v případě poskytování poradenství o tomto produktu získat rovněž nezbytné informace o znalostech a zkušenostech zákazníka nebo potenciálního zákazníka v oblasti investic, a to včetně jeho schopnosti nést ztráty a jeho rizikové tolerance. Pokud se zprostředkovatel pojištění nebo pojišťovna na základě získaných informací od zákazníka domnívají, že produkt není pro zákazníka nebo potenciálního zákazníka vhodný, upozorní jej na to. V ustanovení čl. 30 se řeší i situace, kdy zprostředkovatel pojištění nebo pojišťovna není schopna určit, zda je pro zákazníka navrhovaný produkt vhodný nebo postup v případě, že není poskytováno žádné poradenství atd.

Problematika sankcí (kapitola VII)

K základním prvkům konstrukce právní úpravy sankcí patří jejich zveřejňování. Příslušný orgán má však možnost posoudit přiměřenost zveřejnění. Může dospět k závěru, že zveřejnění by bylo nepřiměřené, nebo že by mohla být ohrožena stabilita finančních trhů či probíhající vyšetřování. Pak se může rozhodnout zveřejnění odložit, nezveřejnit je nebo je zveřejnit s anonymizovanými údaji. V čl. 33 odst. 1 se vymezuje, co se pokládá za porušení předpisů. Tři skutky se týkají registrace, dále jde o neplnění příslušných povinností

stanovených v kapitolách V a VI. Porušením předpisů je též nedodržování čl. 10 IDD, což jsou profesní požadavky. V členských státech musí být zajištěno, že v případě porušení právních předpisů týkajících se pojistných produktů s investiční složkou příslušné orgány budou moci ukládat aspoň tyto sankce: veřejné prohlášení, příkaz ukončit a neopakovat dané jednání, zrušení registrace, dočasný zákaz výkonu řídicích funkcí ve zprostředkovatelích pojištění či v pojišťovnách.

Sankce pro právnické i fyzické osoby

IDD stanoví taktéž správní peněžní sankce pro právnické i fyzické osoby. Tato skutečnost stojí za zmínku, a to i vzhledem ke vskutku poměrně neobvyklému znění, čl. 33 odst. 2 písm. f). Fyzické osobě lze udělit maximální správní peněžitou sankci minimálně 700 000 eur nebo až ve výši dvojnásobku výše zisku plynoucího z porušení předpisů nebo dvojnásobku výše ztráty, které se dotýká osoba díky porušení vyhnula, pokud je lze zjistit. To značí, že členské státy mohou při implementaci jít nad úroveň 700 000 eur. V čl. 34 se uvádí, že členské státy musí zajistit, aby příslušné orgány při určování druhu správních sankcí a jiných opatření a úrovně správních peněžitých sankcí zohlednily všechny relevantní okolnosti. Dává se ovšem vodítko, jaké okolnosti by to mohly být – například závažnost a doba porušení předpisů, míra odpovědnosti dané osoby, ztráta zákazníků a třetích osob, pokud je lze stanovit, atd. Souhrnně lze k sankcím uvést, že jde o zpřísnění postupu a o posun k dalšímu sjednocení pravidel platných pro jednotný pojistný trh. Vzroste role EIOPA, neboť bude mít nárok na informaci o všech uložených sankcích v daném členském státě.

Závěrem

IDD představuje poměrně rozsáhlou právní úpravu, jejíž implementace bude náročná. I když jde o minimální harmonizaci, ustanovení IDD mají široký záběr a budou mít věcné, administrativní a nákladové dopady



Ilustrační foto: freemages.com

(u distributorů i u orgánu dohledu). Bylo by nesprávné se domnívat, že jde pouze o distribuci. Řada ustanovení, například k dohledu nad produktem, bude mít větší vliv na příslušné útvary pojišťovny než doposud, kdy jejich součinnost byla případně určována samotnou pojišťovnou. Informační požadavky plynoucí z této směrnice, ze směrnice Solventnost II a nařízení PRIIPs vyžadují dokonalé sladění postupu. To však není vůbec vše. Jak bylo v tomto článku uvedeno, v některých ustanoveních k tomu přistupují na základě příslušného odkazu povinnosti z MiFID II. Například v čl. 41 odst. 2 se Komisi ukládá povinnost přezkoumat IDD do 23. února 2021, přičemž se má též zjistit, zda úroveň ochrany spotřebitele je v souladu se standardy ochrany investora podle MiFID II. Pro implementaci, která musí být dokončena nejpozději do 23. února 2018, plynou z IDD desítky závažných úkolů. Je třeba se postavit správně k diskrecím a také maximálně využít, třeba relativně malý prostor, který je vykolíkován pro proporcionalitu, aby byli jen v nezbytné míře regulováni ti distributoři, jež lze označit jako malé a střední podniky.

1 ČAP. News/6. duben 2016, s. 2.

2 GDV. AssekuranzAgenda. Nr. 47/2016, s. 4. [on-line]. [citace 2016-05-09]. Dostupné z WWW: <http://www.gdv.de/pressemitteilungen/>.

3 Evropský parlament. Zpráva o udělení absolutoria za plnění rozpočtu EIOPA za rozpočtový rok 2014. A8-0091/2016, s. 10-11.

4 Toto vymezení je v zásadě identické s ustanovením čl. 2 odst. 2 nařízení PRIIPs (č. 1286/2014/EU), nebereme-li v úvahu vklady a cenné papíry navíc zahrnuté v PRIIPs, neboť se netýkají pojišťovací činnosti. Určení, zda daný pojistný produkt je produktem s investiční složkou, nemusí být vůbec jedno-
duché v souvislosti například s tím, jak pojmout „tržní výkyv“.

IDD: Jak vnímá české pojišťovnictví způsob implementace?

JUDr. Zuzana Hlaváčková / Mgr. et Mgr. Drahomíra Murínová / oddělení legislativy a práva / Česká asociace pojišťoven

Dne 20. ledna 2016 vyšla v Úředním věstníku EU směrnice Evropského parlamentu a Rady EU 2016/97 o distribuci pojištění (IDD), která nahrazuje dosavadní směrnici č. 2002/92/ES o zprostředkování pojištění (IMD) a přináší do oblasti sjednávání pojistných produktů a služeb oproti současné úpravě řadu nových regulatorních prvků. Ty odpovídají celkové koncepci Evropské komise k ochraně spotřebitele na finančním trhu, kterou lze identifikovat jak právě v sektoru pojišťovnictví, tak i na kapitálovém trhu a v oblasti spotřebitelských úvěrů. Směrnici IDD je nutné transponovat do českého právního řádu nejpozději k 23. únoru 2018.

Úkolem České republiky (ČR) je tedy nyní připravit odpovídající právní předpis, který směrnici IDD provede. Před jeho vypracováním se Ministerstvo financí (MF) jako gestor chystaného zákona o distribuci v pojišťovnictví rozhodlo nabídnout (nejen) odborné veřejnosti možnost vyjádřit se k tomu, jak by měla budoucí právní úprava v této oblasti vypadat – tedy jaké směrníkové diskrece by měla ČR využít, jaké tuzemské problémy na trhu by měl nový zákon řešit či v čem by se měla změnit stávající sektorová architektura regulace atd. MF proto zpracovalo k dané problematice konzultační materiál a soubor otázek, jejichž prostřednictvím se pokusilo zjistit názor veřejnosti na jednotlivé oblasti budoucí právní úpravy v zákoně o distribuci v pojišťovnictví. Česká asociace

pojišťoven (ČAP) se této konzultace zúčastnila a odeslala MF stanovisko za pojistný trh.

Základní problémy současné právní úpravy

Nejednotnost právní úpravy

Konzultace obsahovala výčet celé řady problémů, se kterými se potýká současná právní úprava. Mezi ty nejvýznamnější patří dle MF nejednotnost právní úpravy regulace pro jednotlivé sektory finančního trhu, s čímž se pojišťovny zcela ztotožňují. Upozorňují pouze na nutnost zohlednit specifika distribuce jednotlivých produktů zejména s ohledem na odborné znalosti, informační povinnosti či nutnost provádět analýzu potřeb, resp. hloubku této analýzy.

Základním kritériem by měla být složitost produktů a potenciální finanční ztráta, kterou může takový finanční produkt spotřebiteli přinést.

Neúčinná ochrana spotřebitele?

Pojišťovny naopak nemohou souhlasit s tvrzením MF, že problémem současné právní úpravy je neúčinná ochrana spotřebitele, která je vykonávána pouze formálně. V této oblasti je nutné pracovat s institutem průměrného spotřebitele a nelze veškerou odpovědnost přenášet na stranu distributorů nebo finančních institucí. Navíc nelze problémy distribuce vztahovat plošně na všechny pojistné produkty. Tomu by mělo odpovídat zaměření a rozsah budoucí regulace, která by měla cílit na odstranění problémů tam, kde skutečně vznikají, a v míře, ve které existují.

Jak zvýšit kvalitu distributorů

K problému identifikovanému MF jako „neefektivní výkon dohledu a nízká kredibilita distributorů pojištění“ dlužno dodat, že není dostatečně podchycena hlavní příčina tohoto problému. Tou je vysoký počet registrovaných pojišťovacích zprostředkovatelů (PZ), kteří fakticky zprostředkovatelskou činnost nevykonávají. Jako řešení se nabízí zjednodušení kategorií PZ, což přispěje jak k efektivnějšímu výkonu dohledu ze strany České národní banky (ČNB), tak k lepšímu pochopení ze strany klienta, jaký subjekt, s jakým právním postavením, povinnostmi a odpovědností s ním vlastně jedná. S tím souvisí i zákaz vícenásobné registrace týchž PZ, zejména dvojí registrace v pozici agenta a makléře pro stejnou pojišťovnu, a rovněž zavedení pravidelného

Směrnice IDD přinese řadu zásadních systémových změn a novinek, na které se musí celý pojistný trh důsledně připravit.



Ilustrační foto: ČNB

přezkumu platnosti registrace. Tvrdou nízkou kredibilitu distributorů by mohlo naopak vyřešit nastavení rozumných požadavků na odbornost (vzdělání nebo praxe), proporcionální regulace jednotlivých kategorií PZ (s ohledem na jejich postavení při distribuci a druh distribuovaného pojištění) či zákaz činnosti (odebrání licence) při zásadním porušení povinností. Jedním z nejvýznamnějších problémů, které pojišťovny také identifikovaly, je chaotická právní úprava informačních povinností, z nichž velká část nemá pro běžného spotřebitele žádnou přidanou hodnotu. Tomuto tématu se budeme více věnovat níže.

Otázka rozsahu působnosti směrnice

Zprostředkovatelé doplňkového pojištění

V rámci diskuze nad rozsahem působnosti směrnice řešilo MF tři základní okruhy – zprostředkovatele doplňkového pojištění, flotilové pojištění a samostatné likvidátory pojistných událostí. Pojišťovny se domnívají, že zakotvení institutu zprostředkovatele doplňkového pojištění je nutné, neboť IDD předjímá

existenci kategorie zprostředkovatelů doplňkového pojištění, kteří nebudou splňovat podmínky pro vynětí z působnosti IDD (nebudou tedy spadat pod výjimku uvedenou v čl. 1 odst. 3 IDD). Je tedy nezbytné definovat pro jejich činnost proporcionální požadavky ve všech případech, kde směrnice stanoví povinnosti distributorům pojištění. Zároveň by vytvoření této kategorie mělo znamenat faktickou výjimku z plnění některých standardních povinností PZ. Plnění požadavků na odbornou způsobilost, jak jsou nastaveny v zákoně o spotřebitelském úvěru, není reálné.

Flotilové pojištění

Ve vztahu k flotilovému pojištění se pojišťovny shodly na tom, že se jedná o efektivní způsob sjednávání pojištění, které je doplňkem zboží nebo služby poskytované jeho distributorem, v případech, kdy by uzavírání individuální pojistné smlouvy nebylo z časového ani nákladového hlediska efektivní. Tento způsob distribuce pojištění má pozitivní přínosy pro všechny zúčastněné strany včetně pro pojištěného. Prodej některých pojistných produktů by jinak byl obtížně představitelný z důvodu například administrativní náročnosti

či zvýšených nákladů. Přesto však pojišťovny připouští, že tento způsob sjednávání pojištění obsahuje některé problémy, které by bylo vhodné legislativně řešit. Jedná se zejména o nedostatečné vymezení informačních povinností pojistníka vůči pojištěným a celkově snížená úroveň ochrany pojištěného jako spotřebitele, zejména při uplatňování práv z pojištění a výplatě pojistného. Dále je problematická otázka existence pojistného zájmu, nepřehlednost v předmětu pojištění a výši pojistného či skutečnost, že pojištěný není smluvní stranou pojistné smlouvy. Současný právní stav spočívající v neexistenci právní úpravy flotilových pojištění vede k nejasným výkladům, nejasnému vymezení rozsahu povinností distributorů flotilového pojištění či riziku regulační arbitráže. Proto se pojišťovny domnívají, že by nový zákon měl spíše otázku skupinových pojištění upravovat, avšak na rozsah či podobu této právní úpravy neexistuje napříč pojistným trhem jednotný názor.

Samostatní likvidátoři pojistných událostí

Rovněž se pojišťovny zcela neshodují na tom, zda by měl nový zákon

o distribuci v pojišťovnictví dopadat i na samostatné likvidátory pojistných událostí. Jednotně jsou však přesvědčeny, že by měly být vůči likvidátorům zachovány stávající regulatorní požadavky.

Odbornost a důvěryhodnost

Pojišťovny souhlasí se záměrem MF definovat skupiny odbornosti, neboť je to nutné pro evidenci a segmentaci PZ s ohledem na požadovaný rozsah jejich odbornostních znalostí. Navíc produktové portfolio je velmi široké a jednotlivé produkty se liší svou komplexností a srozumitelností. Podle pojišťoven není vhodné rozlišovat podle typu PZ, nýbrž definovat skupiny odbornosti podle produktů, například skupiny odbornosti odpovídající základním typům pojištění. Obecně lze souhlasit s vymezením skupin odborností v posledním návrhu novely zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích, avšak s některými drobnými odchylkami.

Jako nejvhodnější způsob prokazování kontinuální odborné přípravy distributorů pojištění považují pojišťovny kombinaci školení a zkoušky, která by se konala při vstupu do profese a následně každých pět let. Odborná příprava by měla být zajišťována akreditovanou osobou.

Co se týče právní úpravy důvěryhodnosti, pojišťovny preferují vyjít ze stávající právní úpravy a upravit ji jednak dle požadavků IDD a rovněž tak, aby byly požadavky v jednotlivých sektorech finančního trhu co nejvíce obdobné a aby zastoupený nemusel zkoumat důvěryhodnost pro každý segment finančního trhu z jiných hledisek a požadovat jiné doklady.

Úprava informačních povinností

Jednou ze stěžejních oblastí je právní úprava informačních povinností. Dnešní stav vnímáme jako velmi neuspokojivý a jeho změnu považujeme za nutnost. Spotřebitel je v současné době zahlcen množstvím informací uložených různými právními předpisy, které nejsou vzájemně kompatibilní a některé informace jsou dokonce poskytovány duplicitně, což je pro spotřebitele matoucí. Rozsah požadovaných informací neumožňuje povinným osobám poskytnout je spotřebiteli v takové podobě, aby byly stručné, rychle čitelné a snadno srozumitelné. Spotřebitel se tedy paradoxně dostává k menšímu množství skutečně potřebných a využitelných informací, a význam povinných informací je tak pro něj velmi omezený.

Příklad nadbytečných informací

Jako nadbytečné považují pojišťovny informace například o důvodech, které PZ vedly k doporučení produktu. Ty jsou ze strany klientů vnímány jako formální a někdy i matoucí a nemají významný přínos pro rozhodnutí spotřebitele. Tyto důvody měly být zaznamenány jen tehdy, pokud se poskytuje poradenství založené na analýze a porovnání konkurenčních produktů. Jako další nadbytečnou vnímají pojišťovny také informace o majetkovém propojení mezi PZ a pojišťovnou či o pojišťovnách, pro které je PZ činný, či informace, jež jsou obsaženy ve smlouvě a které nemají vliv na průběh ani nastavení pojištění. Zveřejňování informace o výši odměny PZ nepovažují pojišťovny za nezbytné.

Informace zásadní

Pojišťovny naopak považují za potřebné a zásadní ty informace, které se týkají pojistného produktu, tj. dle čl. 185 směrnice Solvency II. Klient by měl být srozuměn s rozsahem poskytované pojistné ochrany, tedy s upozorněním na omezení pojistného plnění, poplatky či výluky z pojištění. U investičního životního pojištění je zásadní informace o tom, že investiční riziko nese pojistník, a informace o všech negativních dopadech spojených s předčasným ukončením investičního životního pojištění. Jako zcela zásadní dokument pak vnímají tzv. KID (Key Information Document), který by v ideálním případě měl být jediný, který klient dostane v rámci plnění informačních povinností.

Poskytování poradenství

MF dalo v rámci konzultace ke zvážení varianty poradenství jako možnosti, povinnosti nebo jinou úpravu poradenství. Pojistný trh se jednoznačně vyslovil pro variantu první, tedy poradenství jako možnosti. Důvodem je zejména skutečnost, že při sjednávání některých pojištění často není poradenství třeba nebo dokonce není vůbec možné – například když distributor prodává pouze jeden či dva produkty daného typu pojištění. Dalším důvodem je, že někteří klienti mají dostatečné expertní znalosti a často po PZ chtějí pouze sjednání produktu, pro který se již dávno sami rozhodli. Takovým klientům nelze poradenství povinně vnucovat. I průměrný spotřebitel pak má svou svobodnou vůli a je mu podáván dostatek informací, je

tedy nepochybně jeho právem poradenství nepožadovat. Rovněž je třeba upozornit na skutečnost, že například investiční poradenství v rámci regulace kapitálového trhu není obligatorním a není tomu tak ani v doplňkovém penzijním spoření, proto by se měla i regulace v oblasti distribuce pojistných produktů vydat stejným směrem.

Podle čeho ale rozlišit situace, kdy by mělo být poradenství poskytnuto? Dle názoru pojišťoven rozhoduje objektivní skutečnost, zda je klientovi dána individualizovaná rada směřující k volbě konkrétního pojistného produktu a jeho parametrů. Jestliže se PZ v konkrétním případě přihlásí k poskytování poradenství, pak by měl následovat jeho faktický výkon, tj. posouzení několika možných konkurenčních produktů, z nichž je formou individualizovaného rozhodnutí doporučen nejvhodnější.

Mimosoudní řešení sporů

Čl. 15 IDD ukládá členským státům zajistit postupy mimosoudního řešení sporů v oblasti distribuce pojištění. Již v současné době je oblast životního pojištění v kompetenci finančního arbitra a pro ostatní případy je dána „zbytková“ kompetence České obchodní inspekce (ČOI). Stávající systém mimosoudního řešení sporů je poměrně nový a zatím neuplynul dostatečný časový prostor pro jeho vyhodnocení, zejména pokud jde o spory s příslušností ČOI. Proto pojišťovny doporučují tento stávající stav zachovat a pouze upravit tak, aby byly pokryty veškeré požadavky IDD, a dále blíže upravit procesní pravidla rozhodování obou subjektů.

Dohled nad produktem a jeho řízení

Zcela nová je povinnost stanovit požadavky na produktový management spočívající v zajištění souladu mezi vlastnostmi daného produktu a cílovou skupinou klientů, která si má daný produkt sjednávat. Jelikož IDD předpokládá konkretizaci požadavků prostřednictvím aktů v přenesené pravomoci, nepovažují pojišťovny za vhodné tuto oblast v rámci národní legislativy aktuálně konkretizovat. Uvedly však některá kritéria, podle kterých by mohl být daný produkt vyhodnocen jako potenciálně nevhodný pro určitý cílový trh. Těmi kritérii jsou například rizikovost, nákladovost či zjevný nesoulad mezi definovaným cílovým trhem a vlastnostmi a charakteristikami produktu (osoby cílového trhu jsou v rámci produktu nepojistitelné s ohledem na svůj věk, povolání apod., nebo je produkt pro cílový trh finančně nedostupný).

Registr smluv

Registr smluv bývá označován jako jeden z nástrojů řešení problému „přepojišťování“. Pojišťovny však nenašly jednotný názor, zda se v praxi může jednat skutečně o nástroj účinný. Navíc panují některé obavy například z možného zneužití informací, resp. úniku citlivých informací o klientech, nedůvěry klientů a jejich neochoty uzavírat smlouvy, které by byly evidovány v registru, nebo z ohrožení obchodního tajemství jednotlivých pojišťoven. Zavedení registru by navíc vyžadovalo rozsáhlý a nákladný IT aparát, bylo by nutné stanovit provozovatele registru a podmínky pro přístup

k informacím vedeným v registru. Rizika jsou však závislá na rozsahu registrovaných údajů a na tom, kdo bude mít k údajům přístup, kdo je bude vyhodnocovat a rozhodovat, zda jde o přepojišťování.

Bylo by proto vhodné, aby byl registr upraven zákonem a aby byla zákonem regulována i činnost jeho provozovatele. Tím by mohla být ČNB, MF či jiný orgán veřejné správy nebo společnost, která by k provozování byla oprávněna na základě takového zákona (např. ČAP). Dohled nad registrem by měla vykonávat ČNB nebo Úřad na ochranu osobních údajů. Rovněž je nutné dodat, že v registru by musely být obsaženy pouze smlouvy, u kterých dochází k negativnímu přepojišťování, tj. smlouvy životního pojištění (životní pojištění ve smyslu zákona o pojišťovnictví), jejichž předčasné ukončení může mít negativní dopad na klienta. S případným rozšířením záměru na jiné oblasti pojištění nelze souhlasit, jelikož „přepojišťování“ je zde pozitivním projevem hospodářské soutěže a nikoli praktikou, kterou by bylo žádoucí omezovat.

Závěrem

Ačkoliv je otevření možnosti konzultace budoucí právní úpravy s veřejností velmi vítaným krokem, je třeba si uvědomit, že jednotlivá témata jsou stále řešena na velmi obecné úrovni a rozhodující bude konkrétní znění zákona. Věříme, že i v dalších fázích přípravy návrhu zákona o distribuci v pojišťovnictví bude vedena živá diskuze mezi MF a odbornou veřejností a že výsledné znění zákona bude přijatelným kompromisem pro všechny dotčené strany.

Odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání... Zklamání na všech frontách

JUDr. Stanislava Moravcová / produktová manažerka pojištění odpovědnosti / Česká pojišťovna

Čtenáři, kteří se o problematiku odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání zajímají, jistě zaznamenali, že došlo k dalšímu posunu ve vývoji. Vláda totiž zpracovala poměrně podrobný návrh věcného záměru zákona o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. Poté, co si dotčené subjekty, tj. zástupci zaměstnavatelů, odborové organizace, Rady vlády pro BOZP, pojišťovny, ale i odborníci na danou problematiku, v zásadě oddechli, že zůstal zachován systém náhrady újmy a snad již definitivně odzvonilo variantě dávek, však přišlo rozčarování. Navrhované praktické řešení nás vrací před rok 1993 a jeho proklamované výhody při bližším prozkoumání rozhodně neobstojí.

Trocha historie nikoho nezabije

Systém odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání se zdá být „prokletý“ již od svého vzniku v roce 1993. Pamětníci si možná vzpomenou, že ještě na podzim roku 1992 vše nasvědčovalo tomu, že systém bude koncipován jako povinné smluvní pojištění. Poměrně překvapivě pak zákonodárce změnil názor a pojištění se vyklubalo na svět jako zákonné. Zároveň již bylo téměř současně se zavedením systému zákonného pojištění deklarováno, že tento způsob řešení je dočasný a že byl zvolený pouze z důvodu nutnosti rychlého přijetí nějakého funkčního systému. Horizont jeho trvání byl tehdy označován na rok až dva, při pesimistických (či z jiného pohledu optimistických) odhadech systém neměl rozhodně vydržet déle než pět let. V podstatě souběžně se zavedením systému zákonného pojištění tedy začala diskuze o tom, čím bude systém nahrazen. Od počátku byla ve hře dvě zásadní řešení: 1) povinné smluvní pojištění

odpovědnosti zaměstnavatele; 2) úrazové pojištění. Obě varianty se pak rozpadaly na další podvarianty, podle toho, kdo by který systém administroval. Zdá se neuvěřitelné, že dvacet let diskuzí a hledání dosud nepřineslo žádný životaschopný výsledek.

Definice

Zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu vzniklou zaměstnanci pracovním úrazem nebo nemocí z povolání se řídí jednak § 205d zák. č. 65/1965 Sb., zákoník práce, a dále vyhl. č. 125/1993 Sb. Oba tyto právní předpisy byly sice zrušeny novým zákoníkem práce (zák. č. 262/2006 Sb.), ale dokud nebude systém zákonného pojištění nahrazen jiným systémem, zůstávají příslušná ustanovení zákona č. 65/1965 Sb. a vyhl. č. 125/1993 Sb. v platnosti. Základním znakem zákonného pojištění je to, že pojištění vzniká okamžikem, kdy jsou splněny podmínky, které právní předpis (zákon)

pro vznik pojištění předpokládá. Zákonné pojištění tedy nevzniká na základě pojistné smlouvy. Zákonným pojištěním jsou pojištěni všichni zaměstnavatelé zaměstnávající alespoň jednoho zaměstnance. U České pojišťovny jsou pojištěni zaměstnavatelé, kteří byli pro případ své odpovědnosti pojištěni u ČP k 31. 12. 1992, a právní nástupci těchto organizací. Ostatní zaměstnavatelé jsou pojištěni u Kooperativy pojišťovny.

Specifika

Charakter tohoto pojištění s sebou nese některá specifika. Plnění z pojištění není omezeno limitem, pojištěný se nepodílí na plnění z pojištění (u pojištění není spoluúčast). Pojištění není výslovně omezeno časově, trvá po celou dobu, po kterou má pojištěný alespoň jednoho zaměstnance. Pojištění není omezeno ani územně, vztahuje se na pracovní úrazy nebo nemoci z povolání vzniklé kdekoli na světě. Ani rozsah pojištění není nijak omezen. Pojištěný má právo, aby za něho pojišťovna uhradila škodu v tom rozsahu, v jakém je zaměstnavatel povinen ji podle zákoníku práce nahradit. Podmínky vzniku odpovědnosti i rozsah náhrady jsou upraveny aktuálně platným zákoníkem práce (zák. č. 262/2006 Sb.). V rámci pojištění má pojištěný zaměstnavatel poměrně komfortní servis. Zákonné pojištění se chová jako standardní pojištění odpovědnosti. Pojištěný zaměstnavatel má tedy právo, aby za něj pojišťovna v případě pojistné události (pracovního úrazu) nahradila poškozenému újmu v rozsahu určeném zákonem, v tomto konkrétním případě zákoníkem práce.



Ilustrační foto: freeimages.com-banner

Role pojišťoven

Z praktické zkušenosti můžeme říci, že drtivá většina zaměstnavatelů se při odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání spoléhá na pojišťovny. Jen malá část opravdu velkých a významných zaměstnavatelů si může dovolit vlastní odborníky, ať již zaměstnance nebo právní kancelář. I tito zaměstnavatelé však sami odškodňují pouze drobné pracovní úrazy. Složitější případy, kde došlo k závažnému poškození zdraví, většinou předávají k přímému odškodňování pojišťovnám. Totéž můžeme vztáhnout i na odškodnění nemocí z povolání. Oblast náhrady škody/újm na zdraví je jedním z nejsložitějších právních odvětví. Už posouzení toho, zda se jedná o pracovní úraz a jestli se případně zaměstnavatel své odpovědnosti zčásti nebo zcela nezprostit, by vydalo na samostatnou knihu. Dále posouzení výše jednotlivých nároků vyžaduje značný rozsah vědomostí. Pro odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění jsou potřebné medicínské znalosti.

Pro odškodnění finančních škod, zejména ztráty na výdělku, pak znalost mzdových předpisů, předpisů práva sociálního zabezpečení a v neposlední řadě též daňových předpisů.

Nestranní specialisté

Poškozený zaměstnanec pak má jistotu, že jeho případ bude posuzován nestranně, objektivně očima odborníků v oboru náhrady škody. Pojišťovny skutečně nemají v nastaveném systému ani ekonomický, ani jiný zájem na tom prodlužovat či odmítat odškodnění zcela jasných případů. I se složitějšími případy si dovedou poradit a vyřídit je v časovém horizontu daném právními předpisy a ve vzájemné shodě s pojištěnými i poškozenými. Pouze v malém procentu či spíše promile případů nedojde ke shodě a věc je pak řešena soudně. Pojišťovny vystupují v těchto sporech na straně zaměstnavatele, zpravidla přímo, jako vedlejší účastníci. Vysoká úspěšnost pojišťoven v těchto sporech pak dokládá, že neodmítají nároky bezdůvodně.

Rodí se kočkopes

Navrhovaný systém sice deklaruje, že se nezmění nic, pouze nositel pojištění, ale podíváme-li se na návrh věcného záměru, vidíme jasně, že tomu tak není. Návrh předpokládá, že všechny pracovní úrazy a nemoci z povolání budou zásadně odškodňovat sami zaměstnavatelé. ČSSZ, jako nositel pojištění, pak bude zaměstnavatelům pouze refundovat vyplacené náhrady. Pouze ve výjimečných případech bude ČSSZ odškodňovat poškozené zaměstnance přímo. Bude to možné v podstatě pouze v případě, že zaměstnavatel zanikl bez právního nástupce nebo pokud je prokazatelně insolventní. Zaměstnavatelům, kteří by si snad nevěděli při odškodnění rady, je pak nabízena ze strany ČSSZ konzultace.

Návrat před rok 1990

V tomto směru se vracíme hluboko před rok 1990, ovšem s tím rozdílem, že současné právní prostředí je mnohem složitější, dynamičtější a náhrady újm jsou mnohem vyšší. Také připravenost

Stručně řečeno: když jako zaměstnavatel nevím přesně proč a co mám zaplatit a navíc na to nemám moc peněz, pravděpodobně svého zaměstnance rychle neodškodním.

zaměstnanců k uplatňování nároků soudní cestou (a množství advokátů) a rovněž právní nejistota je mnohem vyšší. Zaměstnanec a zaměstnavatel se pohybují v oblasti náhrady újmy, tj. z hlediska právní teorie v oblasti soukromého práva. Znamená to, že jejich postavení i v případném sporu je rovnoprávné, mají rovná práva i povinnosti. Naproti tomu vztah zaměstnavatele a ČSSZ je v návrhu koncipován jako veřejnoprávní (správní právo). Základním znakem tohoto vztahu je nerovnoprávnost postavení zúčastněných subjektů, přičemž ČSSZ zde bude vystupovat z pozice státního orgánu, tj. proti jeho rozhodnutí má zaměstnavatel pramalé šance. Tento zvláštní hybrid nemá prozatím v českém právu oporu. Jeho zavedení by znamenalo novely dalších právních předpisů, zejména zákona o pojišťovnictví a pravděpodobně též občanského zákoníku.

Nechtěný výsledek

Diskuze, vedené na téma „způsob odškodňování pracovních úrazů“, snad již definitivně dospěly k závěru, že je výhodné zachovat v zákoníku práce jako zásadu systém náhrady škody. Na druhou stranu to však přineslo výsledek, který zjevně není optimální a pravděpodobně jej v této podobě téměř nikdo nechtěl.

ČSSZ rozhodně nebude poskytovat takový servis, jako poskytují pojišťovny. Zaměstnavatelé budou na odškodňování sami. Pro obě strany (zaměstnavatele i zaměstnance) to znamená neúměrně vysoké riziko finanční ztráty. Pro zaměstnavatele je to navíc „vylepšeno“ tím, že před rokem 1990 mu hrozily pouze obecné sankce, zatímco podle chystané právní úpravy je velmi pravděpodobné, že další speciální správní sankce přibudou.

Zaměstnavatelé

Předpokládá se, že pojistné bude i nadále vybíráno v nezměněné výši. Každý zaměstnavatel bude muset dále počítat s tím, že se někomu z jeho zaměstnanců stane pracovní úraz či onemocnění z povolání. Měl by si pro tyto případy ponechat finanční rezervu. U drobných pracovních úrazů jsou to řádově desetitisíce, ale u vážných pracovních úrazů jsou to řádově statisíce, až miliony. Zaměstnavatel by si měl vypracovat nějakou strategii, jak danou situaci zvládnout. Zaměstná specialistu? Najme si ad hoc odborníka (pravděpodobně advokáta)? Nastuduje si příslušnou problematiku sám? Např. u drobných živnostníků i tato varianta připadá v úvahu. Problematika je to zajímavá a spousta podnikatelů si ve volném čase

jistě ráda rozšíří obzory. Ale vážně: právní úprava náhrady škody je poměrně složitá a čas od času se mění (např. aktuálně vyšla novela nař. vlády č. 276/2015 Sb., o odškodnění bolesti a ZSU). K doplnění právní úpravy existuje bohatá, i když často rozporuplná judikatura. I to by měl zaměstnavatel sledovat, což se nejeví jako reálné.

Drobní podnikatelé

Zvláště drtivě pak nová právní úprava dopadne na drobné podnikatele. Jestliže je v souvislosti s drobnými podnikateli zmiňováno jako likvidační zavedení registračních pokladen, které představují jednorázový náklad v řádu do 10 tis. Kč a dále mírně zvýšenou administrativní náročnost, co pak bude znamenat fakt, že drobný podnikatel bude muset vynaložit nejprve náklady na svého advokáta a poté statisíce na odškodnění?

Shrnutí

- Zaměstnavatel bude vynakládat minimálně stejné prostředky na pojistné.
- Bude mít vyšší administrativní náklady.
- Měl by si získat a udržovat znalosti v oblasti náhrady škody, případně počítat s tím, že si bude muset zaplatit odborníka.
- Bude nucen udržovat volné prostředky pro případné odškodnění.
- Nebude mít ze strany ČSSZ žádnou reálnou podporu, pouze může požádat o konzultaci.
- V případě složitých věcí bude sám jednat s advokáty, zastupujícími jeho zaměstnance.
- V soudním sporu bude sám,

resp. si bude muset zaplatit advokáta.

- Vůči ČSSZ bude v ne-rovnoprávném postavení, tj. zpravidla se až zpětně dozví, co udělal špatně a proč mu ČSSZ vyplacené prostředky nemůže refundovat. Protože zaměstnanec pobral náhradu v dobré víře, nemusí ji vracet. Vyplacené prostředky tedy půjdou k tíži zaměstnavatele.

Zaměstnanci

Navrhovaná právní úprava vychází z předpokladu, že zaměstnance odškodní vždy zaměstnavatel. Není to změna oproti současné právní úpravě, ale je to podstatná změna oproti faktickému způsobu odškodňování. To, co dopadne jako nevýhoda na zaměstnavatele – viz výše, dopadne nemalou měrou jako podstatná nevýhoda i na zaměstnance. Stručně řečeno: když jako zaměstnavatel nevím přesně proč a co mám zaplatit a navíc na to nemám moc peněz, pravděpodobně svého zaměstnance rychle neodškodním. Hrozí, že zvláště těžce zranění zaměstnanci budou po dlouhou dobu bez finančních prostředků a ve značné nejistotě. Představa, že zaměstnavatel je zaměstnanci blíže, a proto je pro zaměstnance jednodušší se domoci náhrady přímo, může být lichá.

ČSSZ

ČSSZ bude také v nezáviděníhodném postavení. Měla by v poměrně krátkém časovém horizontu převzít agendu, která je jí zcela cizí a neznámá. Posuzování náhrady škody pro případnou refundaci vyžaduje naprosto odlišný přístup,

jehož předpokladem je v podstatě zapomenout na standardní praxi výplaty dávek, zejména na správní řád. ČSSZ bude potřebovat odborníky na náhradu škody, z nich část by měla mít právnické vzdělání. Takové lidi nebude jednoduché získat. Vyškolení dobrého a znalého likvidátora v této oblasti netrvá dva či tři měsíce, ale spíše dva či tři roky, a to zcela bez nadsázky. I pro právníka se jedná o extrémně obtížné zaškolení, měl-li by ho zvládnout v kratším čase tak, aby mohl udělovat proklamované konzultace.

Státní rozpočet

Současný i navrhovaný systém je napojen na státní rozpočet (velmi zjednodušeně řečeno). Z tohoto pohledu se tedy zdánlivě nic nezmění. Přestože o peníze jde vždy až v první řadě, jsou ekonomické dopady nové varianty zpracovány velmi vágně. Zpravidla předkladatelé vždy uvádějí, že nový systém bude levnější. Pravděpodobně tomu však tak nebude. Kromě pevných administrativních nákladů je nutno počítat se zvýšenými výdaji na prevenci a rehabilitaci. Jedná se o nové instituty, jejichž systém je v dostupných

materiálech zatím pouze naznačen. Budou-li však v této podobě přijaty, bude se jednat o nekontrolované a nekontrolovatelné rozdělování peněz ze státních prostředků, což systém značně prodrazdí. Navrhovaná úprava návaznosti výše pojistného v závislosti na škodním průběhu (systém bonus/malus) pak může při nevhodném nastavení jen zatlouct další pomyslný hřeb do rakve ekonomické výhodnosti.

Bude líp?

V mezidobí od napsání článku do jeho publikace došlo ke změně náhledu na odškodňování v tom smyslu, že ČSSZ bude odškodňovat poškozené zaměstnance přímo. I přes tuto skutečnost to nicméně vypadá, že se opět nepodařilo naplnit deklarovaný záměr, který měla nová právní úprava přinést. Nový systém si nezachovává výhody starého, naopak přinese značné administrativní obtíže, právní nejistotu, vyšší finanční zátěž a nespokojené zaměstnance i zaměstnavatele. Je otázkou, zda měnit něco, co prokazatelně funguje, a nahrazovat to něčím, jehož funkčnost je ve hvězdách. ●



Náhrada újmy podle NOZ v judikatuře¹

Mgr. Lucie Jandová / předsedkyně Pracovní skupiny občanský zákoník / Česká asociace pojišťoven

Problematicke náhrady újmy podle tzv. nového občanského zákoníku nebo také NOZ (zákona č. 89/2012 Sb.) jsme se na stránkách Pojistného obzoru věnovali již několikrát. Tato právní oblast, pro pojistitele jedna ze stěžejních, zůstává v mnoha ohledech stále ještě „velkou neznámou“, a to zejména ve vztahu k odškodňování nemajetkových újem při ublížení na zdraví a při usmrcení. Na některé otázky dá odpověď zřejmě až soudní výklad příslušných ustanovení nového občanského zákoníku. V této souvislosti bychom čtenáře rádi seznámili se dvěma rozhodnutími soudů vyšších stupňů v této oblasti.

Náhrada nemajetkové újmy při usmrcení z nedbalosti

Ustanovení § 2959 NOZ stanovuje, že při usmrcení nebo zvláště závažném ublížení na zdraví odčiní škůdce duševní útrapy manželu, rodiči, dítěti nebo jiné osobě blízké peněžitou náhradou vyvažující plně jejich utrpení. Částečně podobné právo pozůstalého znala i dosavadní právní úprava, která upravovala v § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb., že za škodu usmrcením náleží pozůstalým jednorázové odškodnění v rozmezí od 85 000 Kč do 240 000 Kč. Nárok na toto odškodnění podle předchozí právní úpravy měli manžel nebo manželka, děti, rodiče, rodiče při ztrátě dosud nenarozeného počatého dítěte a sourozenci zesnulého a další osoby blízké žijící ve společné domácnosti s usmrceným v době vzniku události, která byla příčinou škody na zdraví s následkem jeho smrti.

Nový občanský zákoník

Nový občanský zákoník toto právo nově vztahuje nejen k případům smrti, ale také ke zvláště závažnému ublížení na zdraví, aniž by byl tento pojem blíže definován. Dále dochází k úpravě okruhu osob, jimž toto právo může vzniknout, když nový občanský zákoník hovoří o manželu, rodiči, dítěti nebo jiné osobě blízké, aniž by

pro osobu blízkou byla stanovena podmínka společné domácnosti s usmrceným (nebo osobou, již bylo takto zvláště závažně ublíženo na zdraví). V neposlední řadě však zákon uvádí pouze obecné měřítko pro určení výše takového odškodnění, když stanoví, že škůdce odčiní duševní útrapy peněžitou náhradou vyvažující plně utrpení těchto osob. V případě, že výši náhrady nelze takto určit, stanoví se podle zásad slušnosti. Důvodová zpráva k novému občanskému zákoníku k tomu uvádí, že se opouští pojetí § 444 odst. 2 a 3 zákona č. 40/1964 Sb. a vůbec myšlenka, že by sazebník výše náhrad měl a priori stanovit zákon nebo dokonce podzákoný předpis. Soukromý život je nekonečně variabilní a snaha po jeho nivelizaci v záležitostech tak navýsost individuálních, jako je např. ztráta blízkého člověka, není důvodná. Částky stanovené dosavadní právní úpravou (viz výše) mohou být za určitých okolností příliš málo, za jiných příliš mnoho (např. podle délky trvání manželství, poměrů mezi manžely apod.). Důvodová zpráva tedy konstatuje, že „Odpovědnost za spravedlivé rozhodnutí v konkrétním případě nemůže ze soudce nikdo sejmut a snaha o nivelizaci soukromého života v jeho rozmanitostech nevyvolá nic jiného, než rigor nesrovnávající se s povahou jednotlivých případů.“ Dále důvodová zpráva uvádí, že „Pociťují-li někteří představitelé soudní moci potřebu tabulek, vzorců nebo klíčů speciálně pro tyto účely, nic nebrání tomu, aby se soudní praxe sama shodla na zásadách, podle nichž bude postupováno.“

Rozsudek Nejvyššího soudu

Nejvyšší soud dne 12. 4. 2016 vydal rozhodnutí sp.zn. 4 Tdo 1402/2015, v rámci něhož se poměrně podrobně vyjádřil k samotnému rozsahu nároku na náhradu nemajetkové újmy tzv. sekundárních obětí. Příklad řešený Nejvyšším soudem se týkal tragické dopravní nehody se smrtelným následkem. Pozůstalí oběti dopravní nehody (matka, bratr a dcera) uplatnili mj. nárok na náhradu nemajetkové újmy.

Navázání na dosavadní rozhodovací činnost

Nejvyšší soud v rozhodnutí konstatuje, že primárním zájmem zákonodárce bylo odstranění paušálních zákonných náhrad, nikoliv zpochybnění samotné rozhodovací činnosti soudů a tím nastolení diskontinuity v rozhodovací činnosti (ve vztahu k odškodňování těchto újem i podle § 13 odst. 2 a 3 zákona č. 40/1964 Sb. – ochrana osobnosti), a v posuzovaném případě se mu jeví vhodné na tuto rozhodovací činnost navázat a připomenout základní východiska ustálené judikatury ve vztahu k dřívější právní úpravě.

1 Zdroj článku: znění důvodové zprávy k novému občanskému zákoníku: Eliáš, K. a kol., Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou. Ostrava: Sagit, 2012, www.nsoud.cz, www.usoud.cz

Peněžitá kvantifikace duševních útrap

Citové vztahy mezi rodinnými příslušníky shledal Nejvyšší soud naprosto unikátním druhem společenských pout, s tím, že za nejsilnější vazby lze označit ty, které se tvoří v přímé příbuzenské linii či jsou utvářeny na základě dlouhodobého soužití ve společné domácnosti (mezi tradičně nejužší spojení lze řadit vztahy mezi rodičem a dítětem, manželi, event. sourozenci). Narušení takových pout vyvolává nejen zásah do integrity (typicky tělesné) samotného jedince dotčeného takovou událostí, ale také do integrity s ním spjatých blízkých osob. Na druhé straně však snaha o peněžitou kvantifikaci duševních útrap, při níž není možné vycházet z objektivně měřitelných výsledků, musí vycházet z velmi pečlivého uvážení všech okolností případu. Okolnosti na straně dcery zemřelé podle názoru soudu v tomto případě dosahují samotné pomyslné horní hranice způsobené nemajetkové újmy, resp. tuto hranici dokonce přesahují, neboť poškozená dcera byla sama přítomna dopravní nehodě a smrtelnému poranění své matky, navíc jednáním škůdce přišla o jediného z fakticky pečujících a spolužijících rodičů. Nejvyšší soud s ohledem na okolnosti shledal důvodným, aby v tomto případě výsledná částka nemajetkové újmy prolomila níže uvedený základní rámec, a to o 200 000 Kč.

Majetková vs. nemajetková újma

Nejvyšší soud v rozhodnutí dále konstatoval, že náhrada za duševní útrapy slouží k jednorázovému odčinění duševního strádání dcery, matky a bratra zemřelé poškozené plynoucí z jejich rodinného a sociálního vztahu charakteristického úzkou vazbou a intenzivními citovými pouty, a jejím prostřednictvím již nemohou být nahrazovány nároky poškozených majetkové povahy. Tento nárok nelze zaměňovat s reparací ztráty v majetkové sféře nezletilé v podobě její výživy či u matky zemřelé poškozené co se týče ztráty příspěvku na domácnost. Postup soudů, které podstatnou měrou přihlédly při stanovení náhrady duševních útrap k finančnímu zabezpečení poškozených do budoucna, považuje Nejvyšší soud za nepřipustný.

Popírání viny

Z hlediska postoje obviněného pak Nejvyšší soud uvedl, že pokud se jedná o otázku popírání viny obviněného, která jej vedla k podání řádného a mimořádného opravného prostředku, nelze takový přístup obviněného z hlediska nazírání na nemajetkovou újmu považovat za jakkoliv přitěžující kritérium, mající vliv na úvahy o zpřísnění přiznané kompenzace. Popírání viny obvině-



Mgr. Lucie Jandová

Foto: Archiv autorky

ným nelze bez dalšího hodnotit jako jednání, které zvyšuje utrpení poškozeného, ale jako neutrální a legitimní výkon práva na obhajobu.

Rozsah nároku

Nejvyšší soud v rámci výše uvedeného rozhodnutí shledal za potřebné vyjádřit se k samotnému rozsahu nároku na náhradu nemajetkové újmy. Uvedl, že přijetí nového občanského zákoníku na jedné straně odstranilo absenci propracovanější úpravy pro odškodnění nemateriální újmy sekundárních obětí, na druhé straně vyvolalo u širší veřejnosti ničím nepodložené představy o několikanásobném, potažmo dokonce nelimitovaném, navýšení dříve přiznávaných částek (viz § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb.). Původní paušální limit za současného stavu lze vnímat jako nízký, a to minimálně u nejužších vazeb, a to současně s ohledem na specifika každého případu a jeho individuálního odrazu ve sféře poškozeného. Primárním zájmem zákonodárce však bylo odstranění paušálních náhrad, nikoliv zpochybnění samotné rozhodovací činnosti soudů, která se k této problematice před nabytím účinnosti nového občanského zákoníku vyvinula.

Neaplikace Metodiky na tyto případy

Nejvyšší soud v rozhodnutí z hlediska výše újmy určené soudem prvního a druhého stupně konstatoval, že tyto soudy vycházely při určení výše reflexní (odvozené) újmy z Metodiky k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (bolesti a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 občanského zákoníku), která ale na daný případ nedopadá a nelze ji využít pro zjištění výše nemajetkové újmy v podobě duševních útrap pozůstalých poškozených sekundárních obětí ve smyslu § 2959 NOZ.

Stanovení výše náhrady

Z hlediska obecného posouzení tedy Nejvyšší soud dochází k závěru, že se mu jeví jako ospravedlnitelné, aby se stanovení výše náhrady odvíjelo v základním rozpětí mezi 240 000 Kč až 500 000 Kč, a to pro skupinu citově nejbližší spjatých osob, jakými jsou rodiče, děti a manže-

Zákonodárce chtěl odstranit paušální zákonné náhrady, nikoliv zpochybnit rozhodovací činnosti soudů.

lé. Takto stanovený rozsah kompenzace odpovídá typovým (neutrálním) případům, kde nejsou naplněny pro konkrétní situaci zpřísňující nebo naopak zmírňující kritéria (např. v podobě rozdílné formy zavinění, věku pozůstalého, zvýšené intenzity vztahu k zemřelé osobě apod.). V případě méně intenzivních příbuzenských vazeb pak bude uvedené rozpětí přiměřeně modifikováno. Toto základní rozpětí podle názoru Nejvyššího soudu plně odráží jeho dosavadní přístup v obdobných případech a vychází též z progresu, kterou přinesly změny v úpravě odškodňování nemajetkové újmy. Ačkoliv totiž Metodika k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (bolesti a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 občanského zákoníku) dopadá výhradně na případy stanovení výše náhrad bolesti a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 NOZ, a nikoliv na odškodnění při usmrcení osoby blízké, nelze odhlédnout od určité paralely při snaze o maximální aktualizaci hodnot, které odráží současné celospolečenské očekávání. Metodika dospěla k potřebě zvýšení hodnoty jednoho bodu ze 120 Kč na 1 % hrubé měsíční nominální mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok předcházející roku, v němž vznikl takový nárok. V roce 2014 tak došlo ke skokovému zvýšení jednoho bodu na 251,28 Kč. Nárůst tak představuje 2,1 násobek původního stavu. Horní hranice kompenzace smrti blízké osoby akceptovaná Nejvyšším soudem ve výši 500 000 Kč (pro typové případy) tak ve vztahu k původnímu nastavení ve smyslu paušální částky podle § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb. ve výši 240 000 Kč z hlediska navýšení plně odráží novou koncepci a úpravu v obdobné sféře.

Náhrada újmy a pojištění

Z hlediska pojištění je také třeba zmínit, že se v rámci výše uvedeného rozhodnutí Nejvyšší soud vyjádřil také ve vztahu k pojištění, když uvedl, že nelze akceptovat úvahy, že je bezpředmětné se otázkou náhrady nemajetkové újmy zabývat za situace, kdy již přiznaný nárok byl pojišťovnou vyplacen. Podle názoru Nejvyššího soudu není totiž přijatelné připustit názor, že v případě existence pojistného krytí události, která zakládá nárok k uplatnění náhrady nemajetkové újmy, není třeba se zabývat hlubšími úvahami o výši této náhrady a způsobu jejího určení. I v těchto situacích je nutno řídit se stejnými pravidly, jako je tomu v případech ostatních, kdy nároky poškozených žádná pojišťovna hradit nebude, ale bude tak povinen učinit pachatel (škůdce) sám.

Pravidla pro odškodňování újem na zdraví

K pravidlům odškodňování újem na zdraví se vyjádřil v únoru tohoto roku i Ústavní soud, a to v rámci rozhodnutí sp.zn. IV. ÚS 3122/15. Ačkoliv podstata sporu spočívala v odškodnění pracovního úrazu z roku 2009, tedy v odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění, které mělo být vyčísleno podle rozhodnutí soudu pomocí bodového ohodnocení na základě § 372 zákoníku práce ve znění účinném do 30. 9. 2015 a podle vyhlášky č. 440/2001 Sb. ve znění účinném do 31. 12. 2013, Ústavní soud se v tomto rozhodnutí k odškodňování újem na zdraví vyjádřil širěji. Ústavní soud poukázal na zjevnou a dlouhodobou disproporci mezi základními sazbami odškodnění podle vyhlášky č. 440/2001 Sb. a skutečným rozsahem újmy poškozených, a to zejména v typově závažnějších případech. K tomu Ústavní soud uvádí, že ve vztahu k úpravě povinnosti k odčinění újmy na zdraví podle občanského zákoníku následně došlo k celkové koncepční změně právní úpravy, která stanovení konkrétní výše zcela ponechává na posouzení soudu. Jako nezávazné vodítko byla následně Nejvyšším soudem vydána Metodika k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (bolest a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 obč. zák.) (dále jen „Metodika“), která sice zavádí určitou podobu bodového ohodnocení, avšak pouze pro oblast odčinění bolesti. Pro oblast ztížení společenského uplatnění Metodika bodový systém zcela opouští. K tomu Ústavní soud dodává, že z hlediska ochrany ústavnosti může být problematické i omezené bodové hodnocení podle Metodiky, neboť o odčinění újmy pojmově nelze rozhodovat na základě určitých tabulkově předvídaných bodových počtů, nýbrž výhradně vycházejí z dokazování a s náležitým zřetelem k okolnostem konkrétní věci.

Odškodňování pracovních úrazů

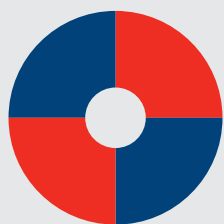
Pro oblast odškodňování bolestí a ztížení společenského uplatnění způsobených pracovním úrazem nebo nemocí z povolání Ústavní soud konstatuje, že po zrušení vyhlášky č. 440/2001 Sb. bylo s výrazným časovým odstupem na základě zmocňovacího ustanovení přistoupeno k vydání prováděcího nařízení č. 276/2015 Sb., účinného od 26. 10. 2015, které pro oblast pracovních vztahů znovuzavádí systém bodového ohodnocení, a to

jak pro odčinění bolesti, tak i pro ztížení společenského uplatnění. Takový postup se z pohledu Ústavního soudu jeví jako problematický, a to jak tím, že prováděcí předpis přinejmenším ve vztahu k odčinění ztížení společenského uplatnění nerespektuje systém stanovení náhrady podle Metodiky, zejména však tím, že opomíjí výchozí premisu rekodifikovaného civilního soukromého

práva, na níž staví rovněž Metodika, totiž že rozhodovací činnost soudů při stanovení konkrétních částek odškodnění je třeba oprostit od vlivu moci výkonné. Nařízení mimoto fixuje hodnotu 1 bodu na 250 Kč, avšak Metodika ji odvozuje od průměrné mzdy.

Další judikatorní vývoj v oblasti náhrady těchto nemajetkových újem bude jistě zajímavé sledovat. ●

Pojišťovnictví jako garant bezpečné budoucnosti klienta



**Konference
pojistného trhu
22. listopad 2016
Kongresové
centrum ČNB**

Česká asociace pojišťoven pořádá první výroční konferenci pojistného trhu, která se zaměří na aktuální vývoj a moderní trendy této unikátní finanční sféry. Konference se bude konat 22. listopadu 2016 a hostitelem je Česká národní banka, v jejímž kongresovém centru se bude celá akce odehrávat. Záštitu nad konferencí přijal guvernér ČNB Jiří Rusnok.

Cílem této konference je vytvoření prestižní platformy pro pravidelná setkání zástupců pojistného trhu a odborné veřejnosti, seznámení se s aktuálními problémy, novými trendy a výzvami pro pojistný sektor. ČAP tímto chce zahájit novou formu dialogu

nejen s orgány státní správy, regulátorem, ale se všemi aktéry pojistného trhu a veřejností. Program konference je rozdělen do tří diskuzních bloků:

Regulace pojišťovnictví

První blok se bude věnovat vlivu zvýšené regulace na stabilitu odvětví, aktuálnímu vývoji legislativy v ČR jak z pohledu regulátora či orgánu dohledu, tak z pohledu samotného trhu. Tematicky blok uvede prezentace předsedy EIOPA Gabriela Bernardina na téma regulace pojišťovnictví na evropské úrovni. Do panelové diskuze byli přizváni zástupci dohledového orgánu ČNB, regulatorního orgánu MF, akademické veřejnosti, pojistného trhu a experti partnerských asociací.

Pojištění odpovědnosti – příležitosti a výzvy

V této části konference se budou pozvaní specialisté věnovat dopadům nového občanského zákoníku do pojištění odpovědnosti a zamyslí se nad tím, jaké přináší daná situace nové výzvy a příležitosti k vyšší ochraně klienta. Diskuzní blok uvede Petr Jedlička, vedoucí oddělení pojistné matematiky a analýz ze společnosti SUPIN prezentací analýzy dat pojištění odpovědnosti, vývoje a aktuálních trendů. Do panelové diskuze byli přizváni zástupci pojistného trhu, advokacie a Nejvyššího soudu.

Vyhlídky pojistného trhu do roku 2020

Jakým překážkám bude v budoucnu čelit pojistný trh, v čem vidíme nové příležitosti a výzvy pro další rozvoj pojišťovnictví – to jsou témata posledního diskuzního bloku, který uvede svou prezentací ředitelka Insurance Europe Michaela Koller. To, jak vidí budoucnost pojišťovnictví, prodebatují v závěrečné diskusi nejvyšší představitelé pojišťoven.

Novinky z legislativy

Období 1. 5. 2016 – 31. 7. 2016

Mgr. Eva Kozojedová / právník expert / Generali Pojišťovna

- 1** Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Nařízení je rovněž nazýváno zkratkou GDPR (General Data Protection Regulation). Cílem nařízení je jednotná úprava regulace ochrany osobních údajů v členských státech EU. Klade se důraz na ochranu soukromí od počátku zpracování, souhlas se zpracováním osobních údajů musí být pro subjekt údajů jasně rozpoznatelný. Zakazuje se podmiňování poskytnutí služby či uzavření smlouvy souhlasem se zpracováním osobních údajů. Zakotvuje se např. právo být zapomenut, právo na výmaz osobních údajů nebo právo na přenositelnost údajů. Nově bude mít správce osobních údajů povinnost oznamovat narušení bezpečnosti údajů příslušnému dozorovému úřadu, a to do 72 hod. od okamžiku, kdy se o něm dozví. **Platnost 24. 5. 2016, účinnost 25. 5. 2018.**
- 2** Zákon č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Zřizuje se Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, který se stanovuje správcem Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Mění se podmínky sběru dat a jejich rozsah do NZIS. Mění se podmínky provádění prohlídky zemřelého a pitvy. **Účinnost 1. 7. 2016.**
- 3** Zákon č. 161/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 549/1991 Sb., o soudních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb., a zákon č. 91/2012 Sb., o mezinárodním právu soukromém, ve znění zákona č. 375/2015 Sb. Nově se ve vyjmenovaných případech osvobozuje od poplatku za zápis skutečnosti do veřejného rejstříku provedený notářem. Upravuje se nový institut Evropské dědické osvědčení. **Účinnost 23. 5. 2016.**
- 4** Vyhláška č. 168/2016 Sb., o uveřejňování formulářů pro účely zákona o zadávání veřejných zakázek a náležitostech profilu zadavatele. V návaznosti na přímo použitelný předpis EU se stanoví formuláře, sloužící pro uveřejňování informací podle zákona o zadávání veřejných zakázek, které je povinen zadavatel použít. Stanoví se způsob jejich vyplňování a přístup k uveřejněným informacím na profilu zadavatele nebo strukturu údajů uveřejňovaných na tomto profilu. **Účinnost 1. 10. 2016.**
- 5** Vyhláška č. 171/2016 Sb., o stanovení paušální částky nákladů řízení o přezkoumání úkonů zadavatele při zadávání veřejných zakázek. Stanoví se paušální částka nákladů řízení o přezkoumání úkonů zadavatele, kterou musí zadavatel uhradit v případě, že Úřad pro ochranu hospodářské soutěže rozhodl o uložení nápravného opatření nebo zákazu plnění smlouvy. Paušální částka činí 30 000 Kč. **Účinnost 1. 10. 2016.**
- 6** Prováděcí nařízení Komise (EU) 2016/869 ze dne 27. 5. 2016, kterým se stanoví technické informace pro výpočet technických rezerv a primárního kapitálu pro vykazování s referenčními daty od 31. 3. do 29. 6. 2016 v souladu se směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2009/138/ES o přístupu k pojišťovací a zajišťovací činnosti a jejím výkonu. **Platnost 4. 6. 2016.**
- 7** Nařízení vlády č. 172/2016 Sb., o stanovení finančních limitů a částek pro účely zákona o zadávání veřejných zakázek. Stanoví se limity pro jednotlivé typy nadlimitních veřejných zakázek. **Účinnost 1. 10. 2016.**
- 8** Zákon č. 183/2016, kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů. Rozšiřuje se okruh trestných činů, za které lze stíhat právnickou osobu. Nově se může právnická osoba zprostit trestní odpovědnosti, pokud vynaložila veškeré úsilí, které na ní bylo možno spravedlivě požadovat, aby spáchání protiprávního činu vyjmenovanými osobami zabránila. **Účinnost 1. 12. 2016.**
- 9** Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb., a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Zvyšuje se výše příspěvku na péči ve všech stupních závislosti. Posiluje se ochrana osob před nepřipustným držením v zařízeních sociálních služeb. **Účinnost 1. 8. 2016.**
- 10** Vyhláška č. 218/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Mění se vymezení schopností zvládat základní životní potřeby. Stanoví se přijatelným standard při zvládání základní životní potřeby. **Účinnost 1. 9. 2016.**
- 11** Nařízení vlády č. 224/2016 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 276/2015 Sb., o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání. U vybraných poškození zdraví se mění počty bodů pro ohodnocení bolesti a ztížení společenského uplatnění. **Účinnost 21. 7. 2016.**

Analýza pojistného trhu: Ve znamení mírného růstu

Ing. Jaroslav Urban / pojistný analytik / SUPIN

Česká asociace pojišťoven (ČAP) po roce opět vydává výroční zprávu, ve které představuje nejdůležitější prvky své činnosti a zároveň zveřejňuje detailní statistiky o výsledcích členů v posledních letech. Protože již v minulosti bylo možné zaznamenat značný vývoj v řadě pojistných odvětví i v konkrétních produktech a v některých případech se z pohledu statistiky jedná i o významné změny trendů, je nyní vhodné nově zhodnotit aktuální situaci. A to i v souvislosti s dalšími aspekty, jako je vývoj legislativy a ekonomické situace v ČR, atraktivita některých pojistných produktů pro klienty nebo případné změny jejich preferencí.

Rok 2015 v číslech

Celkové předepsané pojistné přepočtené podle metodiky ČAP se meziročně opět zvýšilo o 0,9 %. V absolutních hodnotách to znamená 116,5 mld. Kč a nárůst o cca 1,1 mld. Kč. Opakuje se tedy situace z roku 2014. Více se však mění rozložení sil z pohledu neživotního a životního pojištění. V obou segmentech došlo k dalšímu zrychlení vývoje, a to v případě neživotního pojištění k růstu a u životního pojištění naopak k propadu. Pokud se tedy rok 2014 označil z tohoto pohledu za přelomový, tak v roce 2015 se změna trendu již potvrdila.

Neživotní pojištění

Neživotní pojištění prolomilo negativní vývoj již v roce 2013 s mírným růstem o 0,3 %, který v roce 2015 zrychlil již na 3,9 %. Předepsané pojistné dosáhlo hodnoty 71,9 mld. Kč a meziročně narostlo o více než 2,7 mld. Kč. Na celkovém předepsaném pojistném tak neživotní pojištění získalo 62% podíl. Dlouhodobě posiluje pojištění majetku i všeobecné odpovědnosti, když se v roce 2015 na pojistném dohromady vybralo přes 23,6 mld. Kč. V rámci těchto odvětví se v posledních letech pozitivně vyvíjí i oblast pojištění podnikatelských rizik, kde byla hodnota předepsaného pojistného řadu let stabilní. Spolu s pojištěním motorových vozidel udávají nyní tyto

produkty hlavní impuls k zaznamenanému růstu. Daný výsledek zjevně souvisí se zlepšující se ekonomickou situací v ČR v roce 2015, kdy pro ilustraci její výkonnost překonala úroveň EU, eurozóny i např. USA.

Pojištění motorových vozidel

V případě pojištění motorových vozidel je situace stále pozitivní spíše opticky než reálně. U pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, jehož předepsané pojistné narostlo o 2,2 % na 20,5 mld. Kč, je zlepšení podmíněno především samotným růstem počtu pojištěných vozidel (meziročně o 3 %), zatímco průměrné pojistné se stále zásadně nemění. To dokresluje ještě více vypovídající kombinovaný škodní poměr, který v roce 2015 dosahuje hodnoty 110 %. Lepší výsledky zaznamenalo havarijní pojištění, které v předepsaném pojistném posílilo o 6,2 % na 15,2 mld. Kč. I zde je růst podpořen zvyšujícím se počtem pojištěných vozidel, ale ve srovnání s povinným ručením je dynamika růstu výraznější. Do oblíbenosti se navíc dostávají produkty s omezeným rozsahem krytých rizik (typicky bez rizika havárie), kdy nižší průměrné pojistné v takovém případě nemusí znamenat zhoršení škodního poměru. To dokládá i skutečnost, kdy počet vyřízených pojistných událostí roste rychleji než vyplacené pojistné plnění.

Další produkty

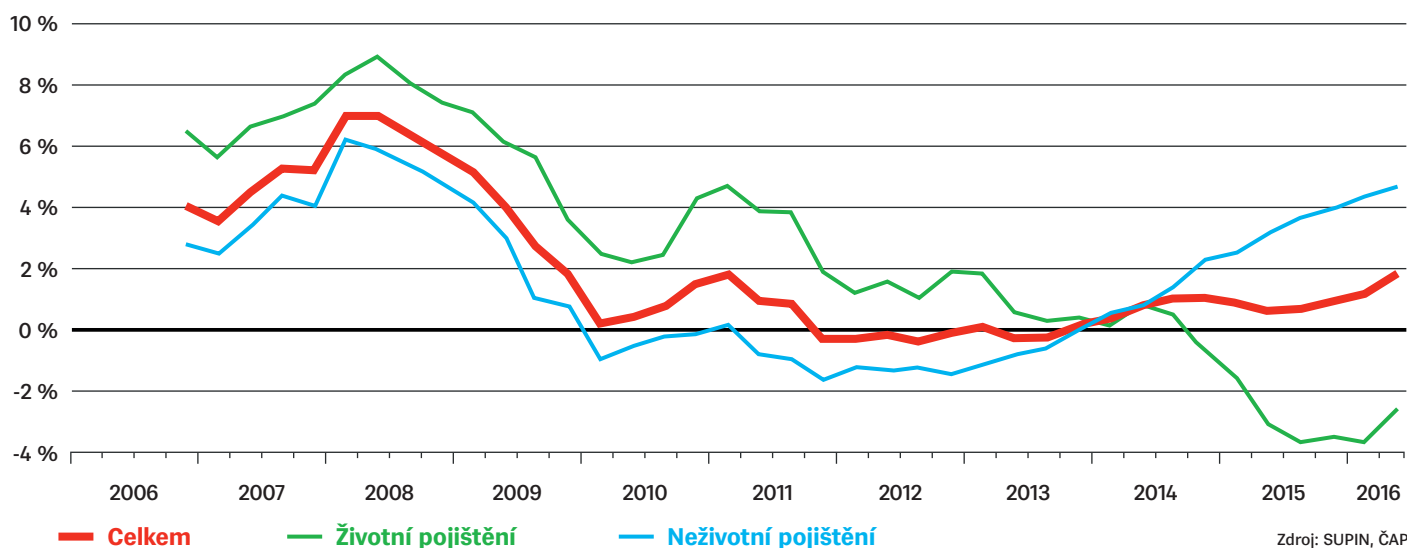
Další sledovaný produkt cestovního pojištění sice aktuálně mírně poklesl o 3,3 %, ale s předepsaným pojistným cca 2 mld. Kč dosahuje od roku 2011 stabilních výsledků. Dlouhodobý pokles samostatných smluv úrazového pojištění na úkor připojištění v rámci smluv životního pojištění se v roce 2015 zastavil, kdy předepsané pojistné dosáhlo hodnoty 2 mld. Kč (+0,8 %), tedy v podstatě stejně jako v předchozím roce.

Životní pojištění

Jiné výsledky byly dosaženy v oblasti životního pojištění. Růstový trend se obrátil v roce 2014 a pokles předepsaného pojistného upraveného podle metodiky ČAP (jednorázové pojistné je započtené 1/10 účetních hodnot) zrychlil z loňských 0,7 % na aktuálních 3,6 %. Předepsané pojistné tak v roce 2015 dosáhlo hodnoty 44,6 mld. Kč, meziročně o 1,6 mld. Kč méně. Pro srovnání při zachování hodnot podle českých účetních standardů by propad zrychlil na 11 %, protože právě značně rozkolísaný výběr jednorázově placeného pojistného má



Meziroční změny předepsaného pojistného přepočteného podle metodiky ČAP*



na meziroční změny životního pojištění rozhodující vliv. A to navzdory tomu, že jednorázově placených smluv životního pojištění není aktuálně na počet ani desetina. Ale i po aplikaci metodiky ČAP zůstává znatelný rozdíl mezi běžně a jednorázově placenými smlouvami. Běžně placené předepsané pojistné kleslo méně, konkrétně o 2,2 % na 42,6 mld. Kč (meziročně o cca 1 mld. Kč). Naproti tomu jednorázově placené pojistné pokleslo řádově více, o téměř 27 %. I celkový počet smluv životního pojištění se meziročně snížil o více než 260 tis.

Vývoj v obchodní produkci

Pokud to dále srovnáme s vývojem v obchodní produkci, která se neupravuje podle pravidel metodiky ČAP, tak se situace může zdát ještě horší. Produkční pojistné kleslo v roce 2015 o 6,7 mld. Kč na 23 mld. Kč, tedy meziročně o 22,5 %. I stabilnější a na počet smluv dominantní běžně placené životní pojištění ztratilo znatelných cca 11 % a jednorázově placené životní pojištění dalších 26 %. Situace v životním pojištění se tak po letech nestandardního prodeje, který dosahoval ročně i milionu nových smluv, ačkoliv se propojištěnost v životním pojištění nijak nenavýšovala (spíše naopak), začíná stabilizovat. Celkově sice dochází k poklesu, ale ten zasáhl především nový obchod a produkty s jednorázově placeným pojistným. Protože celkový vývoj životního pojištění je výrazně stabilnější než obchodní produkce, tak se zároveň zlepšuje perzistence smluv, což

představuje pozitivní posun proti jejich dosavadní vysoké stornovosti. Odklon od jednorázově placených produktů souvisí jak s nedávnými legislativními změnami, které omezily daňové benefity spojené se smlouvami životního pojištění, tak s aktuálním neuspokojivým vývojem na finančních trzích, který nepřeje investičně orientovaným produktům, jež tyto smlouvy převážně reprezentují.

Tradiční produkty

Vývoj v jednotlivých odvětvích životního pojištění se značně liší. Tradiční produkty reprezentované především tzv. kapitálovým a důchodovým pojištěním dále klesají. Předepsané pojistné v pojištění pro případ dožití a pro případ smrti nebo dožití se meziročně snížilo o téměř 21 % na 6,9 mld. Kč a přitom v roce 2013 ještě přesáhlo 10 mld. Kč. Tomu odpovídá i 14% meziroční pokles počtu smluv, tedy o cca 200 tis. na aktuálních 1,2 mil. Důchodové pojištění s podstatně menším podílem na předepsaném pojistném také oslabilo, konkrétně o 4,7 % na 1,4 mld. Kč (1,6 mld. Kč v roce 2013). I zde rychle klesá počet smluv, a to více než 10% tempem (meziročně -22 tis.). Obdobně se vyvíjí i svatební pojištění a pojištění prostředků na výživu dětí, kde se nyní předepsalo méně než 1 mld. Kč, nebo produkty z odvětví kapitálové činnosti, které v roce 2015 žádná pojišťovna na českém trhu už ani nenabízí. Mezi tradičními produkty tak lze růstový trend pozorovat pouze u čistě rizikového

pojištění pro případ smrti. Jeho popularita jistě souvisí i se současným boomem na hypotečním trhu, protože tyto produkty jsou vhodným nástrojem pro krytí rizik spojených se splácením vysokých úvěrů pro případ nepříznivé události. Pojištění smrti je dlouhodobě výrazně stabilnější. Předepsané pojistné v roce 2015 vzrostlo o 2,6 % na 2,4 mld. Kč (2,3 mld. Kč v roce 2013). Počet pojistných smluv vzrostl mírně o 0,5 %, tedy meziročně o cca 5 tis.

Investiční životní pojištění

Proti tradičním produktům životního pojištění stojí pojištění spojené s investičním fondem, tzv. investiční životní pojištění, které v roce 2015 už získalo 50% podíl na celkovém předepsaném pojistném v životním pojištění. Dlouhodobě tyto produkty rychle posilovaly, ale převážně jen na úkor těch tradičních. Klienti pod silným vlivem zprostředkovatelů motivovaných vysokými provizemi z nového prodeje ukončovali staré smlouvy zpravidla kapitálového životního pojištění a přecházeli na nové produkty, které jim kromě krytí rizik umožnily i investovat, ale zároveň tak na sebe vzali veškerá rizika s tím spojená. Tomu dříve nahrávala i příznivá situace na finančních trzích, která slibovala potenciálně vyšší výnosy z vložených finančních prostředků, a řada klientů proto na tyto smlouvy jednorázově vložila i značně vysoké částky. Z tohoto pohledu je rekordním rokem 2010, kdy jednorázově placené pojistné stouplo v neredukované výši meziročně o 10 mld. Kč. Po několika turbulentních na finančních trzích, legislativních omezeních, poklesu úrokových sazeb i únavy z přepojišťování, které zatěžují opakovaně vyplácené provize, začíná popularita těchto produktů mezi klienty hledajícími vhodnou investiční příležitost klesat. Růst předepsaného pojistného u investičního životního pojištění se tak v roce 2015 téměř zastavil. Pojistné vzrostlo jen mírně o 0,3 % na 22,2 mld. Kč, tedy jen o 56 mil. Kč. Běžně placené pojistné ale posílilo, přesně o 1,2 % na 20,8 mld. Kč (+240 mil. Kč). Ještě výrazněji roste počet smluv, meziročně o 42 tis. Navíc u běžně placených smluv je výsledek téměř dvojnásobný, když se jejich počet zvýšil o necelých 82 tis. Průměrné pojistné kvůli tomu sice mírně klesá, ale to jen dále dokresluje stabilizaci tohoto odvětví, kdy se omezuje předpis jednorázově placeného pojistného reprezentující převážně investiční příležitost místo krytí rizika pojištěného, zatímco běžně placené pojistné i počet smluv stále roste. Tempo růstu proto v souvislosti s redukcí v obchodní produkci meziročně oslabilo, což ale v důsledku představuje pozitivní omezení dlouhodobě kritizovaných přepojišťovacích aktivit.

Doplňková pojištění

Bokem stojí tzv. doplňková pojištění, tedy pojištění nemoci a úrazu, v rámci připojištění k platným smlouvám životního pojištění. Jako celek rostlo předepsané pojistné mírně přes 2 %. Podíl na tom mělo jen pojištění nemoci, které se meziročně navýšilo o 8,8 % na 2 mld. Kč, zatímco pojištění úrazu dosahuje v posledních 3 letech v předpisu stabilní hodnoty 8,8 mld. Kč. Vedle pojištění úrazu, které je tradičním prvkem nabídky na českém pojistném trhu, si tak stále větší podíl klientů získává i pojištění nemoci, u kterého se předepsané pojistné od roku 2011 více než zdvojnásobilo.

Vývoj vyplacených pojistných plnění

Celkové náklady na pojistná plnění v roce 2015 poklesly o téměř 6 % na hodnotu 94,8 mld. Kč, tedy o 5,9 mld. Kč. Z toho samotná vyplacená plnění pro klienty pojišťoven představují částku 92,3 mld. Kč. Výsledek je způsobený vývojem v životním pojištění, kde se pojistné plnění oproti roku 2014 sice snížilo o 10,7 % na 49,7 mld. Kč, ale i tak si na výplatách klientům stále zachovalo dominantní podíl (56 %). Naproti tomu neživotní pojištění zůstalo v pojistném plnění stabilní na hodnotě 38,8 mld. Kč (meziročně jen +0,2 %). V neživotním pojištění se navyšuje plnění v odvětví všeobecného pojištění odpovědnosti za škodu a také v segmentu pojištění motorových vozidel, což přímo souvisí s již zmíněným rostoucím počtem pojištěných vozidel. Proti tomu se snížily pojištěné škody způsobené živly díky absenci významnějších přírodních katastrofických událostí v roce 2015. Ve srovnání s rokem 2013, kdy ČR zasáhly především povodně, nedosahují takové škody ani poloviční hodnoty. V ostatní odvětvích je vývoj vyplaceného pojistného plnění stabilní. Výše vyplaceného pojistného plnění v životním pojištění v posledních 10 letech postupně rostla a rekordní hodnoty 55,7 mld. Kč dosáhla v roce 2014. Tato skutečnost úzce souvisí i se zpřísněním pravidel daňové uznatelnosti smluv životního pojištění, které bylo schváleno již před začátkem roku 2015. Pro její zachování již není možné průběžně vybírat finanční prostředky akumulované na daňově uznatelných smlouvách, a tak řada klientů využila poslední příležitosti k jejich získání a přitom neztratila zajímavý daňový benefit. Další růst se v roce 2015 už neopakoval a výše vyplaceného pojistného plnění opět klesla na úroveň roku 2013, na necelých 50 mld. Kč. Na skokovém růstu v roce 2014 se společně podílelo investiční

Celkové předepsané pojistné přepočtené podle metodiky ČAP se meziročně zvýšilo o 0,9 %.

i kapitálové životní pojištění. V aktuálním období pak pojistné plnění kleslo nebo zůstalo stabilní ve všech odvětvích životního pojištění vyjma doplňkových pojištění (připojištění). Tam se dlouhodobě zvyšuje úměrně s posilováním v předepsaném pojistném, jehož růst se znatelně akceleroval od roku 2008.

Význam českého pojištnictví

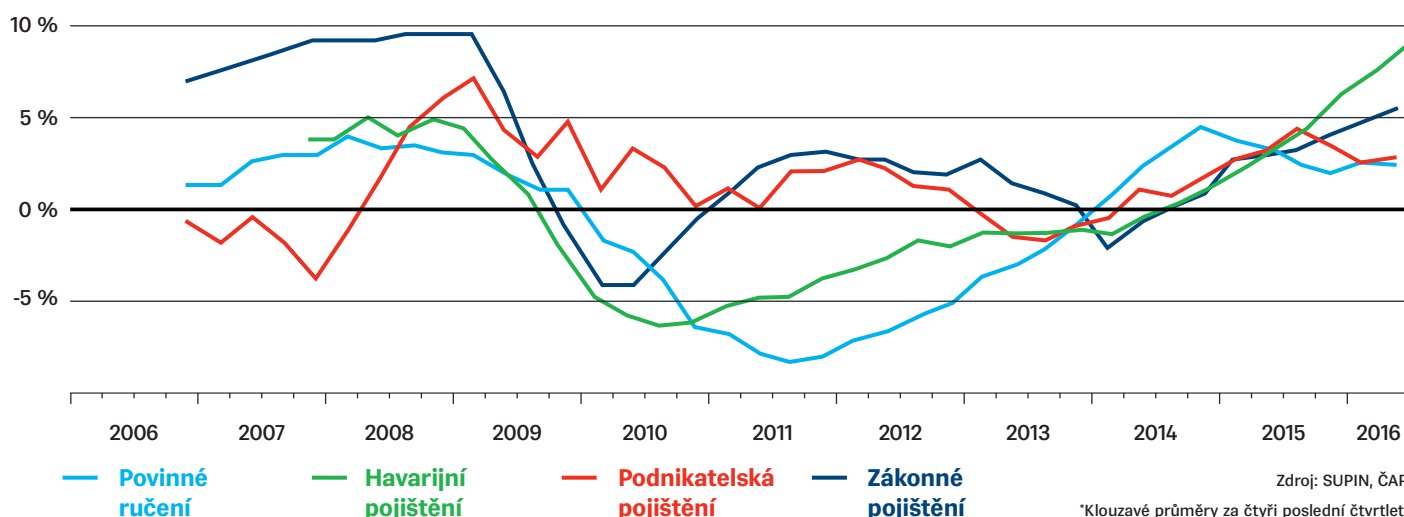
Hospodaření pojišťoven se dá podle stavu technických účtů posoudit zvláště pro životní i neživotní pojištění. Dlouhodobě dosahuje vyrovnanějších výsledků technický účet k neživotnímu pojištění, který se v posledních letech pohybuje kolem hodnoty 8 mld. Kč. Naproti tomu jsou výsledky technického účtu k životnímu pojištění značně rozkolísané od nepatrné ztráty v roce 2008 až

po rekordních cca 16 mld. Kč v roce 2010 (především z důvodu skokového nárůstu jednorázově placeného pojistného spolu se zotavením na finančních trzích). V roce 2015 se stavy obou účtů k sobě více přiblížily, kdy životní pojištění s hodnotou 8,6 mld. Kč výsledek neživotního pojištění překonalo o cca 1,2 mld. Kč. Pozitivní zprávou je, že od roku 2005 je to poprvé, co všechny pojišťovny sdružené v ČAP vykázaly zisk, i když se jeho výše mezi jednotlivými členy výrazně liší. Nicméně celkový zisk všech členů za běžné účetní období dosáhl hodnoty 13,8 mld. Kč, což je o 14,5 %, resp. 1,8 mld. Kč více než o rok dříve. V rozmezí 10 a 14 mld. Kč se zisk až na výjimky pohybuje dlouhodobě a dále dokládá stabilitu českého pojistného trhu.

Pojištnictví pilířem ekonomiky

Pojišťovny proto významně přispívají i k finančnímu hospodaření státu. Daně, které ze svého zisku odvádí do státního rozpočtu, se pohybují v rozmezí 2 až 4 mld. Kč ročně a v posledních 3 letech se jejich výše ustálila na úrovni 2,4 mld. Kč. Pojišťovací společnosti jsou také nejvýznamnějším institucionálním investorem, a to v celosvětovém měřítku. Celkové investice, bez finančního umístění životního pojištění, je-li nositelem investičního rizika pojištník, dosáhly v roce 2015 hodnoty 324 mld. Kč, resp. 403 mld. Kč s jeho zahrnutím. Největší 81% podíl mají dluhové cenné papíry (např. státní nebo

Neživotní pojištění: Meziroční změny předepsaného pojistného přepočteného podle metodiky ČAP*



korporátní dluhopisy) a poté se 7,5 % akcie a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem. Celková výše technických rezerv vytvářených členskými pojišťovnami ke krytí budoucích závazků z provozované pojišťovací činnosti byla v roce 2015 330 mld. Kč. Z toho 56 mld. Kč připadá na neživotní pojištění a zbývajících 274 mld. Kč na životní pojištění (v tom 80 mld. Kč, je-li nositelem investičního rizika pojistník). Pojistný trh je i důležitým zaměstnavatelem a partnerem pro řadu společností ze souvisejících odvětví. I když se počet zaměstnanců v pojišťovnictví dlouhodobě mírně snižuje, tak české pojišťovny stále přímo zaměstnávají přes 13 tis. lidí. Také při prodeji svých pojistných produktů pojišťovny spolupracují s více než 13 tis. zprostředkovateli, z nichž je téměř 10 tis. výhradních pojišťovacích agentů.

Rok 2016

Pro dokreslení situace i jako odhad dalšího vývoje lze na závěr doplnit základní předběžné výsledky z pololetí roku 2016. Celkové předepsané pojistné upravené

Pojišťovny významně přispívají k finančnímu hospodaření státu. Daně, které ze svého zisku odvádí do státního rozpočtu, se pohybují v rozmezí 2 až 4 mld. Kč.

podle metodiky ČAP vzrostlo meziročně o 2 %, kdy se v neživotním pojištění navýšilo o 4,5 %, zatímco v životním pojištění klesá již pomaleji o 2,2 %. Ve všech těchto ukazatelích se tedy jedná o mírné zlepšení. Růst v neživotním pojištění podpořily všechny základní složky. Předepsané pojistné v pojištění odpovědnosti z provozu vozidla se zvýšilo o 2,5 %, v havarijním pojištění o 9,6 % a v podnikatelských pojištěních o 2,9 %. Dynamika růstu má tak v neživotním pojištění pozitivní stoupající tendenci. Běžně placené pojistné v životním pojištění meziročně klesá již jen mírně o 0,8 %, zatímco jednorázově placené pojistné se dále propadá o 30 %. To u na počet dominantních běžně placených smluv představuje příznivé zmírnění ztráty. V obchodní produkci je ale patrný výraznější pokles, kdy běžně placené pojistné klesá řádově více o 13,5 %, jednorázově placené pojistné meziročně ztrácí 26 % a dynamika změny v životním pojištění se proto zatím zásadně nemění. Tento vývoj signalizuje další omezení v přepojišťování smluv životního pojištění a tedy stávající trend přirozené stabilizace v tomto segmentu. Protichůdný vývoj je patrný i v počtu pojistných smluv, resp. pojištěných rizik. V rámci neživotního pojištění přibývá smluv v podnikatelských pojištěních, a to úměrně předepsanému pojistnému meziročně o 2,9 %. Významně se zvyšuje i počet pojištěných vozidel v odpovědnostním i havarijním pojištění, konkrétně o 3,4 % resp. 10,1 % oproti stejnému období předchozího roku. Proti tomu propojištěnost v životním pojištění dále klesá, v pololetí o 163 tis. smluv, což je ale o 100 tis. smluv meziročně méně, než platilo ke konci roku 2015. Tyto předběžné pololetní výsledky tak jen potvrzují nové trendy na českém pojistném trhu ustálené během roku 2015 a lze očekávat, že v podobném duchu bude pokračovat i vývoj v celém roce 2016. Zda se tento předpoklad skutečně potvrdí, bude ovšem možné zhodnotit opět až za rok.



Pojišťovny jako zdroj systémového rizika? Co na to ČNB...

Michal Dvořák, Marcela Gronychová, Václav Hausenblas, Zlataše Komárková / Česká národní banka

Česká národní banka (ČNB) publikovala v pořadí už dvanáctou Zprávu o finanční stabilitě, jejímž cílem je analýza a identifikace rizik pro finanční stabilitu České republiky. Podívejme se, jakým způsobem dohledový orgán vnímá aktuální stav českého pojišťovnictví.

Pojišťovací sektor zůstává stabilní

Finanční stabilita českého pojišťovacího sektoru zůstává vysoká. Ziskovost sektoru jako celku je relativně stabilní (13,3 % ROE) a solventnost vysoko nad regulačním minimem 100 % (solventnostní poměr u životního pojištění 319 % a u neživotního 338 %).¹ Skladba finančního umístění je konzervativní, tvořená zejména dluhovými cennými papíry (cca 60 % aktiv), z nichž více než polovina jsou české státní dluhopisy. Trh neživotního pojištění, který je úžeji spojen s vývojem hospodářského cyklu, dokonce zaznamenal v souvislosti s oživením české ekonomiky růst napříč produktovými segmenty, zejména pak v pojištění souvisejícím s provozem motorového vozidla.

Prostředí nízkých výnosů

V roce 2015 došlo ke znatelnému poklesu v celém odvětví životního pojištění. U tradičních produktů životního pojištění došlo kromě dalšího postupného poklesu počtu pojistných smluv také k výraznému poklesu celkové výše placeného pojistného. V posledních letech je pro sektor životního pojištění zdrojem rizik přetrvávající prostředí nízkých sazeb. Dlouhodobě klesající výnosnost z kvalitních aktiv je nepříznivá zejména pro pojišťovny s dlouhodobými závazky ze životního pojištění s garantovanými výnosy. Pro omezení expozice vůči úrokovému riziku je pro životní pojišťovny klíčové dostatečně obezřetné nastavení technické úrokové míry oproti očekávané výnosnosti z finančního umístění a udržení nízkého splatnostního nesouladu technických rezerv a finančního umístění. Český pojišťovací sektor také již delší dobu omezuje nabídku těchto tradičních pojistných produktů a zaměřuje se spíše na produkty s vyhlášenou garancí a na produkty investičního životního pojištění, kde je nositelem investičního

rizika pojistník. Průměrná délka závazků ze životního pojištění většiny českých pojišťoven navíc příliš nepřevyšuje délku aktiv sloužících k jejich krytí (obojí se v průměru blíží 7 letům). Střednědobá rizika pro životní pojišťovny však představuje současný klesající trend výnosnosti kvalitních aktiv, která tvoří převážnou část finančního umístění pojišťoven. Na sekundárním trhu českých státních dluhopisů klesla výnosnost do záporných hodnot až do splatnosti 6 let a na primárním trhu se snižuje nabídka dluhopisů s kladnou výnosností. Specialisté ČNB Michal Dvořák, Marcela Gronychová, Václav Hausenblas, Zlataše Komárková se na sektor pojišťovnictví podíval ještě bližším pohledem, konkrétně se pak věnovali otázce, zdali se pojišťovnictví může stát zdrojem systémového rizika. Zaměříme se na některé jejich závěry.

Zdroje systémového rizika v pojišťovnictví

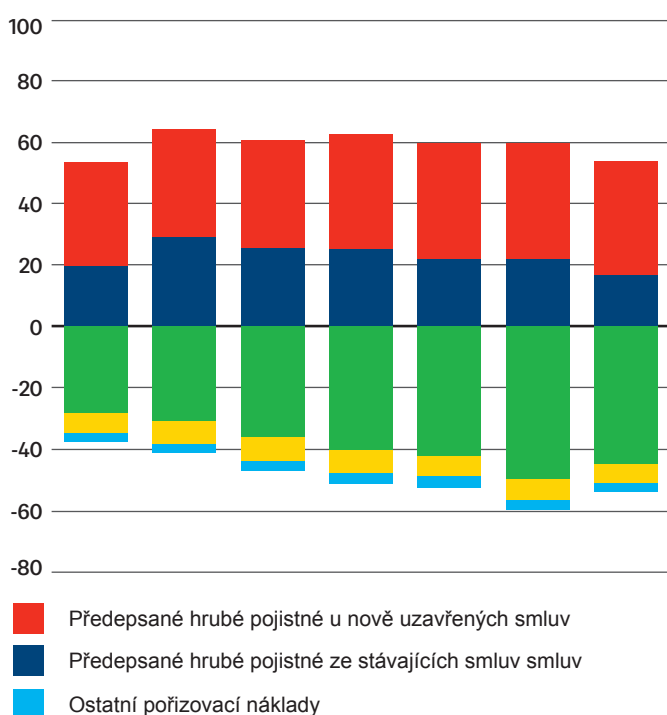
Obecně může finanční instituce přispět k vytváření systémového rizika² svým procyklickým chováním (cyklická složka systémového rizika) nebo provázaností s ostatními finančními institucemi (strukturální složka systémového rizika)³. V případě pojišťovacího sektoru však není ve srovnání s bankovním sektorem vztah mezi jeho chováním a systémovým rizikem přímý. Životní pojišťovny jsou z důvodu velmi dlouhodobých závazků méně zranitelné vůči krátkodobému pohybu tržních cen, a tedy méně citlivé na dočasnou krizi systémové likvidity. Pojišťovací sektor může působit ve finančním systému i proticyklicky a do určité míry absorbovat krátkodobé až střednědobé šoky. Za určitých podmínek však může přispět k budování systémového rizika a v krajních případech k jeho materializaci.

Ovlivnění ekonomiky

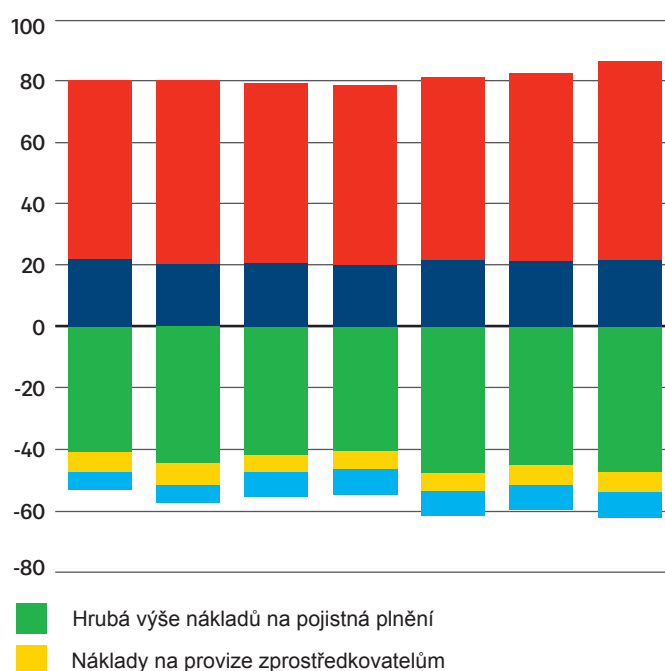
Přes aktivní stranu bilance mohou pojišťovny ovlivnit reálnou ekonomiku nepřímo, a to kvůli své provázanosti s jinými finančními institucemi. Přes pasivní stranu bilance, která je tvořena zejména závazky vůči domácnostem a nefinančním podnikům, mohou mít pojišťovny přímý vliv. Procyklicky se mohou pojišťovny chovat při alokaci svých investic. To způsobují svým hromadným chováním, které pramení zejména z podobné struktury jejich bilancí a obchodních modelů, podobných pravidel a regulace, přílišné mechanické závislosti na benchmarkových hodnotách a úvěrových ratingech. Typickým příkladem, kdy pojišťovny posilují tvorbu cenových bublin, je honba za výnosem.

Vývoj základních finančních ukazatelů v pojišťovacím sektoru (v mld. Kč)

Životní pojištění



Neživotní pojištění



Zdroj: ČNB

Pozn.: Údaje zahrnují pouze pojišťovny se sídlem v ČR aktivní k 30. 9. 2015

V takové situaci se pojišťovny se závazkem dosáhnout garantovaného výnosu snaží kompenzovat všeobecně nízkou výnosnost bezpečných aktiv vyhledáváním rizikovější investiční příležitosti (např. investicemi do akcií, nemovitostí nebo dluhopisů s dlouhou durací). Toto chování může podpořit růst cen těchto aktiv a přispět k systémové kumulaci akciového rizika či rizika úvěrového rozpětí. Výrazné a neočekávané snížení cen aktiv může naopak pojišťovny motivovat k hromadnému výprodeji rizikovějších aktiv, čímž dojde k posílení propadu cen a zvýšení finančního napětí.

Specifické produkty

Procyklické chování pojišťoven může být umocněno také specifickými produkty, které poskytují uvnitř finančního systému. Těmi mohou být půjčky cenných papírů, uložení vkladů do bank nebo zajištěné financování. Ochota a schopnost pojišťoven poskytovat likviditu (v rámci vkladů či repo obchodů) a objem jejich disponibilního finančního kolaterálu rostou

ve vzestupné fázi finančního cyklu a naopak klesají v jeho sestupné fázi. Procyklicky se mohou chovat pojišťovny i v případě oceňování a poskytování samotného pojištění. Týká se to převážně pojištění neschopnosti splácet úvěr a pojištění pohledávek. Pojištění úvěrů může motivovat k podceňování úvěrového rizika a v případě pojištění hypotečních úvěrů i nemovitostního rizika. Tím dochází k posílení optimismu věřitelů a dlužníků v rostoucí fázi úvěrového cyklu. V okamžiku obratu cyklu, kdy ceny nemovitostí klesají a kdy pravděpodobnost selhání dlužníků roste, mohou pojišťovny klesající fázi cyklu podpořit zvýšením pojistné sazby nebo výrazným omezením nabídky úvěrového pojištění. Obdobně je tomu i v případě prodeje swapu úvěrového selhání⁴. Při uzavření tohoto produktu vzniká pojišťovně plnění v okamžiku selhání emitenta dluhového cenného papíru, který je podkladovým aktivem tohoto derivátu. Pojišťovny se při poskytování pojištění úvěrů vystavují riziku silně korelujícímu s hospodářským cyklem.

V posledních letech je pro sektor životního pojištění zdrojem rizik přetrvávající prostředí nízkých sazeb.

Materializace úvěrových rizik

Následkem zvýšeného plnění z důvodu materializace úvěrových rizik mohou pojišťovny zahájit reakce na finančních trzích a dále zesílit klesající fázi úvěrového cyklu. Analýzy Bank of England (2014) nebo Duijm a Bisschop (2015) ukázaly procyklické chování některých pojišťoven po splasknutí dot-com bubliny nebo po vypuknutí světové finanční krize v roce 2008 a následné dluhové krize v eurozóně. Určitou procykličnost v chování pojišťovacího sektoru pozorujeme i v ČR zhruba od roku 2012, kdy výrazně klesly tržní úrokové sazby. Setrvalé prostředí velmi nízkých až záporných výnosů z bezpečných aktiv motivuje pojišťovny v ČR postupně realokovat portfolia ve prospěch akcií, nemovitostí či korporátních dluhopisů⁵.

Analýza

Pro ověření možné procykličnosti v umísťování finančních aktiv domácími pojišťovnami byla testována závislost mezi zhodnocením investic do cenných papírů a čistou hodnotou transakcí s těmito cennými papíry. Analýze byly podrobeny všechny transakce s majetkovými a dluhovými cennými papíry v období od března 2009 do září 2015⁶. Výše koeficientu korelace i výsledky lineární regrese naznačují statisticky signifikantní vztah mezi výnosností akciového indexu a hodnotou transakcí s majetkovými cennými papíry (které kromě akcií zahrnují také podílové listy). Ekonomický význam tohoto vztahu je však poměrně malý, neboť čtvrtletní zhodnocení akcií o 10 % se promítne ve zvýšení čistých nákupů majetkových cenných papírů v průměru pouze o 0,006 % celkových investic pojišťoven. Průměrně přitom naroste hodnota těchto aktiv za stejné období o 0,013 % hodnoty celkových investic. V případě dalších dvou kategorií aktiv nebyl statisticky významný vztah za celé sledované období pozorován. Výsledky pro individuální pojišťovny nebo pro omezené časové období naznačují závislost i u těchto druhů aktiv, v některých případech

však spíše negativní. Například v letech 2009–2011 došlo v souvislosti s evropskou dluhovou krizí u dluhopisů českých emitentů k poklesu výnosnosti investic. Řada českých pojišťoven (a bank) však tato aktiva v dané době nakupovala, a potvrdila tak spíše proticyklické investiční chování.

Strukturální riziko

Systémové riziko mohou pojišťovny zvyšovat i prostřednictvím strukturálního rizika, které je dáno především systémovou významností institucí, jejich provázaností a koncentrací jejich aktivit. Šíření případných potíží pojišťoven závisí na síle konkrétních vazeb uvnitř a vně systému a na systémovém významu a množství zasažených protistran. Je-li pojišťovna při poskytování svých služeb uvnitř systému dominantní, může její selhání způsobit vysoké ztráty pojistníkům, věřitelům a akcionářům, a ohrozit tak hladké fungování systému s následným dopadem do reálné ekonomiky. Tato situace je často spojována s případem malého počtu pojišťoven, které nabízejí komplexní produkty spadající spíše do oblasti investičního bankovníctví, u nichž je složitější odhadnout všechna s nimi spojená rizika, a tím i výši pojistného (např. americká pojišťovna AIG při prodeji swapů úvěrového selhání).

Agresivní cenová politika

Koncentrovaná činnost pojišťovny může vznikat i v důsledku agresivní cenové politiky, kdy je z trhu specializovaných pojišťovacích produktů postupně vytlačována konkurence. V případě selhání cenově agresivní pojišťovny může dojít k narušení poskytování některých typů komerčních pojištění s dopadem do reálné ekonomiky. Zejména v dopravě či stavebnictví jsou některá pojištění nezbytná či dokonce povinná ze zákona. Pravděpodobnost tohoto scénáře se odvíjí od rychlosti a snadnosti, s jakou může být přerušena činnost pojišťovny v selhání převzata zpět konkurencí. Určité překážky by mohly představovat komplexní regulatorní a institucionální podmínky (např. zdoluhavý proces licencování) nebo i náročné požadavky na personální specializaci v konkrétních pojišťovacích segmentech. Svou roli však hraje i ziskovost, která může být vzhledem k trvale vysoké poptávce po povinném pojištění pro nového hráče atraktivní. Vyšší koncentraci lze v Evropě obecně pozorovat na trhu neživotního pojištění, přičemž nejvyšší je u úvěrových produktů (ESRB, 2015b)⁷. V ČR má vyšší koncentraci rovněž segment neživotního pojištění, a to hned u několika produktů. Podíl těchto produktů na

celkovém trhu neživotního pojištění je však relativně malý. Mezi odvětvími s vyšší koncentrací má nejvyšší podíl všeobecné pojištění odpovědnosti (např. za škodu z provozní činnosti) a pojištění úvěrového rizika. U ostatních produktů, představujících více než 80 % odvětví, nebyla zvýšená koncentrace identifikována. Na trhu životního pojištění lze pozorovat zvýšenou koncentraci pouze v segmentech svatebního pojištění a pojištění důchodu. Ani tyto segmenty však nemají systémový význam.

Výprodeje aktiv

Pojišťovny mohou teoreticky šířit finanční nákladu i nepřímo prostřednictvím výprodeje aktiv kryjících technické rezervy. Na trzích s nižší obchodní aktivitou v poměru k velikosti držby pojišťoven mohou výprodeje pojišťoven spustit náhlý pokles cen. Ten svou zpětnou vazbou nejen dále zhorší situaci pojišťoven a zvýší jejich riziko selhání, ale může přivodit obtíže i dalším finančním institucím. Celkovou zranitelnost pojišťoven vůči investičním rizikům může snížit diverzifikace portfolia. V období finančních krizí avšak bývají ceny finančních nástrojů korelovány a případná diverzifikace ve prospěch rizikovějších aktiv může přinést spíše vyšší ztráty. Značné výkyvy na finančních trzích mohou prostřednictvím tržně přeceňovaných aktiv v bilancích pojišťoven vést ke zvýšené volatilitě kapitálu

a dlouhodobější masivní propady mohou dokonce způsobit nedostatečné krytí technických rezerv a vést až k insolvenční pojišťovny, viz případ německé životní pojišťovny Mannheimer Lebensversicherung s vysokým podílem akcií nebo kalifornské pojišťovny Executive Life s investicemi do rizikových korporátních dluhopisů.

Závěrem

Z provedených analýz vyplývá, že české pojišťovny nejsou v současnosti významným zdrojem systémového rizika. Hlavním důvodem je jejich zaměření na tradiční pojišťovací produkty, omezený nesoulad mezi durací aktiv a pojištných závazků a poměrně konzervativní složení investičního portfolia. Při pohledu na portfolia jednotlivých institucí lze konstatovat, že v současném prostředí nízkých úrokových sazeb se pojišťovny snaží kompenzovat všeobecně nízkou výnosnost bezpečných aktiv změnou produktové skladby a vyhledáváním výnosnějších, ale rizikovějších investičních příležitostí. Potenciální nepříznivý vývoj cen těchto aktiv kombinovaný s růstem hodnoty závazků (v důsledku dlouhodobě nízkých úrokových sazeb nebo opakovaných živelných katastrof) by se mohl negativně projevit v jejich hospodaření.

1 Pokud není uvedeno jinak, zahrnují údaje v této části pojišťovny se sídlem v ČR včetně EGAP.

2 Dle základní definice jde o riziko poruchy fungování finančního systému s potenciálem negativně dopadnout na vnitřní trh a reálnou ekonomiku (ESRB, 2015b).

3 Systémové riziko má dvě základní dimenze, časovou a průřezovou. Časová dimenze odráží akumulaci systémového rizika v čase a jejím zdrojem je procykličnost v chování finančních institucí. Průřezová dimenze odráží existenci a rozmístění systémového rizika v daném časovém okamžiku a jeho zdrojem jsou vzájemné a zřetězené expozice mezi finančními institucemi.

4 U českých pojišťoven se swapy úvěrového selhání v současné době nevyskytují.

5 České pojišťovny rovněž již delší dobu omezují nabídku tradičních pojištných

produktů s dlouhodobými garancemi výnosnosti a více se zaměřují na produkty s vyhlášenou garancí, jejíž výši pojišťovna v pravidelných intervalech upravuje, a na produkty investičního životního pojištění (IŽP), kde je nositelem investičního rizika pojistník. Podíl IŽP (vyjádřeno jako podíl na finančním umístění) vzrostl od roku 2011 ze 14 % na nynějších cca 17 %.

6 V rámci těchto tří kategorií byly hodnoty transakcí za uplynulé čtvrtletí sečteny tak, že transakce s výsledkem navýšení počtu daného cenného papíru v portfoliu vstupovaly s kladným znaménkem a transakce vedoucí ke snížení stavu se záporným znaménkem. Výsledný součet byl nakonec normován celkovou hodnotou investic na konci daného období. Výnosnost jednotlivých tříd aktiv byla aproximována čtvrtletním zhodnocením finančních indexů.

7 Úvěrovými produkty jsou míněna pojištění schopnosti splácet úvěr (např. hypoteční) určená dlužníkům a pojištění poskytnutého úvěru (např. obchodního) určená věřitelům.



Hloubková analýza dopravních nehod: Jaké jsou skutečné příčiny havárií?

Ing. Jindřich Frič, Ph.D. / ředitel / Centrum dopravního výzkumu

Každoroční statistiky dopravní nehodovosti v České republice poskytují obraz úrovně bezpečnosti na silnicích. Od konce osmdesátých let prudce vzrostl počet dopravních nehod. V posledních letech dochází, s drobnými výkyvy, k postupnému snižování počtu usmrcených při dopravních nehodách. Tento pokles však není dostatečný, zejména v porovnání s některými vyspělými státy. Následky dopravních nehod mají závažné socioekonomické dopady na celou společnost. Celospolečenské ztráty související s dopravní nehodovostí byly jen za rok 2014 v České republice vyčísleny na 55,2 miliard korun. Snižování dopravní nehodovosti je proto v současnosti prioritou většiny vyspělých států.

Pro určení nejvhodnějších a nejefektivnějších opatření, která pomohou předcházet vzniku dopravních nehod a zmírňovat jejich následky, je nepostradatelná podrobná analýza nehodového děje, která se provádí v rámci Hloubkové analýzy dopravních nehod (HADN) a významně přispívá k pochopení příčin, souvislostí a specifických okolností dopravních nehod. Hloubková analýza dopravních nehod se provádí v různém rozsahu v mnoha

státech Evropy i jiných kontinentů. V České republice byl výzkum dopravní nehodovosti realizován již v sedmdesátých a na počátku osmdesátých let dvacátého století. V současnosti se HADN provádí na našem území v rámci projektu CZIDAS (Czech In-Depth Accident Study), jehož partnery jsou Centrum dopravního výzkumu, v. v. i. a IDIADA CZ a.s. Projekt CZIDAS je realizován z vlastních zdrojů CDV, ze zdrojů fondu zábrany škod a zdrojů ŠKODA AUTO a.s.

Na nehodu má vliv více faktorů

Přestože statistiky dopravní nehodovosti udávají, že většina nehod je způsobena chybou lidského činitele, velký podíl nehod zapříčiňuje spolupůsobení více faktorů (dopravní prostor, lidský činitel, vozidlo). Dopravní systém by měl minimalizovat negativní dopady chyb lidského činitele, tedy dopravní infrastruktura i dopravní prostředky by měly být svými parametry upraveny tak, aby v případě chybného chování byly vážné následky na zdraví co nejmenší. Komplexní analýze je proto v rámci HADN podrobena jak dopravní infrastruktura, tak i automobilová technika a lidský faktor.

Lidský faktor a psychologie

Zhodnocení lidského faktoru, resp. deskriptci psychologických aspektů, které zapříčiňují nebo se podílejí na vzniku dopravní nehody, zajišťuje v rámci hloubkové analýzy dopravních nehod psycholog, který s účastníky dopravní nehody bezprostředně po nehodě komunikuje a získává informace o průběhu a okolnostech dopravní nehody. Rozhovor je zaměřen na více oblastí, jež jsou k posouzení příčin dopravních nehod a k zohlednění lidských rizikových faktorů klíčové. Nedílnou součástí je popis dopravní nehody ze subjektivního pohledu řidiče, který objasňuje vlastní verzi průběhu nehody. Následně je dotazován na významné podrobnosti, jako jsou jeho reakce v kritické situaci, rozhledové podmínky, odhadovaná rychlost vozidla, možnost zabránění nehodě, jiné činnosti při řízení apod. Věrohodnost výpovědi lze posoudit na základě srovnání informací



Foto: CDV

Měření nehomogenity materiálu.



Foto: CDV

Skenování deformací vozidla pomocí 3D skeneru.

z dalších zdrojů, jako jsou stopy z místa dopravní nehody, výpovědi svědků, technická data o vozidle a provedená simulace dopravní nehody ve speciálním softwaru.

Další informace

Jsou také zjišťovány informace týkající se interakce řidiče a vozidla a možné distrakce (narušení pozornosti), okolnosti jízdy (účel jízdy, znalost místa nehody a další), dopravní situace před nehodou (např. intenzita provozu, vnímání obtížnosti situace), informace k průběhu dne a aktuální psychický stav před nehodou (emoční rozpoložení řidiče, doba jeho spánku, pocíťování únavy, míra koncentrace), zdravotní stav (krátkodobé nebo dlouhodobé onemocnění, požití léků, drog, alkoholu) a také jízdní zkušenosti (doba vlastnictví řidičského oprávnění, počet ujetých kilometrů za rok a podobně). Důležité jsou také základní sociodemografické údaje: pohlaví, věk a vzdělání. Zjištěné informace jsou využity k posouzení všech rizikových

faktorů, které se podílejí na pochybení řidiče a vzniku dopravní nehody, ať už přímým nebo nepřímým způsobem a zároveň slouží jako nástroj k predikci chování různých skupin řidičů v jednotlivých situacích, k identifikaci rizik i k jejich predikci a prevenci.

Celospolečenské ztráty

V případě potřeby psycholog současně poskytuje účastníkům nehody krizovou intervenci s cílem stabilizace psychického stavu. Vývoj traumatizace u lidí po zkušenosti z dopravní nehody může způsobit velké celospolečenské ztráty. Může dlouhodobě ovlivnit normální fungování člověka, způsobuje praceneschopnost a riziko potřeby dlouhodobé psychiatrické a psychologické zdravotní péče. Riziko se týká nejen přímých poškozených, ale také členů rodiny. Pokud dojde při dopravní nehodě k závažnému zranění nebo usmrcení jednoho z členů rodiny, pak následně první tři roky více než 70 % osob ztrácí zájem o všední činnosti, jako jsou povolání,

studium, domácí práce nebo koníčky. Stát tak přichází o hospodářský přínos poškozených osob a investuje do jejich zdravotního a sociálního zabezpečení. Pokud je zabezpečena včasná psychologická pomoc a informovanost poškozených o dostupnosti forem pomoci, je možno těmto následkům předcházet. Anonymita zaručená výzkumem a nehodnotící přístup k viníkům nehod poskytuje účastníkům prostor pro důvěru a sdílnost informací. Psycholog má tak možnost bezprostředně po nehodě získat aktuální autentické výpovědi účastníků a svědků dopravních nehod.

Zranění účastníků nehody

V komplexním hodnocení dopravních nehod se posuzuje i zranění jednotlivých účastníků. Pro jejich hodnocení se používá metoda AIS (Abbreviated Injury Scale). Zranění účastníků je důležitým podkladem pro hodnocení jednotlivých prvků konstrukce vozidla, interiéru, ale i aktivních a pasivních bezpečnostních systémů. Dalším důležitým zdrojem informací je porovnání zranění s průběhem nehodového děje. Na základě těchto informací lze navrhnout opatření, která by počet a závažnost zranění snížila.

Vliv dopravního prostředí na nehodový děj

Na místě dopravní nehody se rovněž zjišťuje, zda se na jejím vzniku podílelo nebo nehodu zapříčinilo dopravní prostředí, případně zda mělo dopravní prostředí negativní vliv na její následky. V rámci šetření je analyzováno



prostorové vedení silnice, směrové a výškové vedení trasy, rozhledové poměry i vhodnost konstrukčního uspořádání křižovatek. Analyzován je také stav vodorovného a svislého dopravního značení a rovněž vhodnost jeho umístění. Hodnotí se stav povrchu pozemní komunikace, včetně konstrukčních případně jiných závad, jako jsou vyjeté koleje na vozovce, snížený součinitel adheze a další. Je-li to relevantní k předmětné dopravní nehodě, posuzuje se rovněž okolí pozemní komunikace a jeho vliv na vznik a následky dopravní nehody. Především v souvislosti se závažností následků nehod je významným parametrem bezpečné infrastruktury výskyt pevných překážek v bezprostředním okolí komunikace (stromy, propustky, sloupy, nechráněné stavební konstrukce a další). Pro analýzu dopravní nehody je nutná také kvalitní dokumentace a zaměření stop zanechaných po nehodě, jako jsou brzdné, smykové a dřecí stopy, konečné polohy vozidel a biologické stopy. Pokud je shledán negativní vliv dopravního prostoru na vznik dopravní nehody, případně na její následky, jsou správcům komunikace navrhována doporučení k jeho zlepšení.

Technický stav a konstrukce vozidel

Nedílnou součástí analýzy dopravních nehod je také ohledání vozidla po nehodě a sběr jeho technických parametrů včetně informací o činnosti prvků aktivní a pasivní bezpečnosti vozidla. Data z hloubkové analýzy demonstrují funkci bezpečnostních systémů v reálném provozu. Výrobci vozidel sice provádí řadu testů, ale na

Příklady dopravních nehod, které lze využít k odhalení nesrovnalostí při posuzování pojistných událostí, mohou být zpracovány ve formě katalogu.

nových typech vozidel. Při laboratorních zkouškách nemohou nasimulovat veškeré podmínky a situace z reálného silničního provozu. Data z ohledání vozidla při hloubkové analýze dopravních nehod tak mohou být využita jako podklad pro zvýšení bezpečnosti nových modelů a také pro vývoj asistenčních systémů. Příkladem mohou být data z reálných nehod s chodci, která přispívají k vývoji aktivní kapoty nebo airbagu pro chodce. Centrum dopravního výzkumu vyvíjí aktivní opěrku hlavy, která se tvaruje podle typu dopravní nehody. V případě, že je možno získat zúčastněná vozidla k podrobnému ohledání, je provedena analýza technického stavu vozidla a jeho poškození v akreditované laboratoři Hloubkové analýzy dopravních nehod.

Jak laboratoř vypadá a co nabízí?

Centrum dopravního výzkumu disponuje akreditovanou zkušební laboratoří se zaměřením na analýzu poškození osobních vozidel po dopravní nehodě. Ta umožňuje provedení diagnostických a technických úkonů pro zjištění co nejpodrobnějšího popisu poškození a technického stavu vozidla. V laboratoři se provádí zejména velmi přesná dokumentace poškození a stop na vozidle včetně bezdemontážní diagnostiky technického stavu. Umožňuje také

provedení demontáže dílů nebo i celku vozidla. Odborné technické zázemí slouží pro podrobné ohledání vozidel po dopravní nehodě. Získané poznatky tak mohou být velmi užitečné také pro pojišťovny. Detailní diagnostika vozidla za pomoci speciálních měřicích a diagnostických přístrojů může odhalit skryté technické poruchy nebo i podvody.

Unikátní přístrojové vybavení laboratoře

VINtest

Pomocí přístroje VINtest je možné na zkoumaném vozidle provést kontrolu identifikátoru VIN vyraženém na skeletu vozidla a odhalit neoprávněnou manipulaci s identifikačním číslem vozidla, zejména v podobě přeražení jednotlivých znaků nebo navaření identifikátoru z jiného vozidla.

μECSCAN

Zařízení μECSCAN umožňuje nalézt nehomogenitu materiálu, dokáže tedy odhalit například skryté sváry, které mohou indikovat například opravu vozidla po dřívějším těžkém poškození.

EZ Calibre

Informaci a o technickém stavu vozidla poskytuje také přístroj EZ Calibre, pomocí kterého se měří kontrolní rozměry. Jsou-li zjištěny rozdíly zejména na kontrolních

místech skeletu vozidla, může se jednat o vozidlo, které v minulosti prodělalo těžkou dopravní nehodu.

Fázový laserový 3D scanner

Pro přesné zadokumentování a zaměření deformací na vozidle se využívá fázový laserový 3D scanner. Pomocí scanneru je možné zkoumané vozidlo nasnímat z několika míst a následně ve speciálním programu jednotlivé scany složit. Vznikne tak velmi přesný trojrozměrný model vozidla, na kterém lze odměřovat potřebné vzdálenosti nebo rozměry. Takto složený model je možné také následně porovnat s modelem nepoškozeného vozidla a získat velmi přesné údaje o hloubce deformace s přesností v řádu milimetrů.

Autodiagnostika

Mezi další používané přístroje patří sériová univerzální autodiagnostika, která se využívá například pro výčet závad uložených v řídicí jednotce motoru. Informace o závadách mohou pomoci při zjišťování technického stavu vozidla před nehodou, eventuálně odhalí možné příčiny vzniku dopravní nehody. Při vzniku závady na motoru se do řídicí jednotky motoru uloží kromě kódu závady i další údaje (rychlost vozidla, otáčky motoru atd.). Data z řídicích jednotek tak pomohou zjistit, jakým způsobem řidič vozidlo ovládal. To může být další užitečnou informací pro analýzu pojistných podvodů, protože nesoulad mezi zaznamenanými údaji o nehodě (např. výpovědi řidičů) a údaji ze sériové autodiagnostiky můžou indikovat manipulovanou škodní událost. Výčet závad ovšem není možné provést vždy. Příkladem mohou být případy, kdy dochází ke značné deformaci přídě vozidla



Výsledný naskenovaný model havarovaného vozidla.

s následným poškozením řídicí jednotky nebo elektroinstalace.

Využitelnost pro pojišťovny

Data z hloubkové analýzy jsou zaznamenávána do rozsáhlé mezinárodní databáze GIDAS a jsou použitelná pro další zpracování, nebo i pro vyhodnocení komplexních aspektů dopravní infrastruktury, vozidla, lidského činitele a zranění. Z každé nehody je do databáze zaneseno přes 3000 informací ze všech zkoumaných oblastí. Výzkumné týmy Centra dopravního výzkumu mají aktuálně k dispozici portfolio více než 900 dopravních nehod zkoumaných za posledních 5 let. Nedílnou součástí databáze jsou data z matematické analýzy (simulace) dopravní nehody. Na základě rozsahu poškození a jejich vzájemné korespondence a především na základě simulací nehodového děje s podporou softwaru Virtual Crash je zobrazen průběh nehodového děje a jsou určeny střetové rychlosti vozidel. Z každé dopravní nehody jsou zjišťovány parametry potřebné pro vyhodnocení celé nehody. Některé parametry (např. typ střetu, deformace a poškození vozidla, střetová rychlost) lze využít také

k porovnání s dalšími nehodami. Data z hloubkové analýzy by tedy mohla sloužit pro kategorizaci charakteristických poškození při střetu vozidel nebo s pevnou překážkou. Příklady dopravních nehod, které lze využít k odhalení nesrovnalostí při posuzování pojistných událostí, mohou být zpracovány ve formě katalogu.

Bezpečnost na pozemních komunikacích

Ucelený systém hloubkové analýzy dopravních nehod umožňuje velmi detailně rozklíčovat příčinu dopravní nehody nejen z pohledu zavinění, ale zejména z technického pohledu vzniku, průběhu a následků dopravní nehody. Jen díky detailní znalosti všech aspektů dopravní nehody můžeme navrhnout účinnější a efektivnější opatření pro snížení počtu dopravních nehod a zejména jejich následků. Tyto informace umožňují také návrh účinnějších bezpečnostních opatření, jak na konkrétních nebezpečných nebo rizikových lokalitách, tak pro navrhování systémových řešení, která přispívají ke zvýšení bezpečnosti silničního provozu. ●

Vliv LPŘ na sekundární nehody

RNDr. Petr Jedlička Ph.D. / Bc. Aleš Povr / Česká kancelář pojistitelů

Nečekané překážky na silnicích jsou pro řadu řidičů doslova noční můrou. V kombinaci s jejich špatným označením a často i nepřiměřenou rychlostí vozidel blížících se k překážce vznikají velmi nebezpečné situace, které v řadě případů končí dopravní nehodou s fatálními následky.

Na překážky na silnicích pamatuje i zákon, který ukládá ji odstranit tomu, kdo ji způsobil. To platí i u havarovaných vozidel, kde má pravomoc nařídit odstranění překážejícího vozidla policista a může k tomu využít Nehodové centrum pojišťoven, kde je odtah hrazen z pojištění vozidla. 98 % českých řidičů, kteří si zvolili povinné ručení zahrnující asistenční služby, si může prostřednictvím Linky pomoci řidičům 1224 samo přivolat pomoc pojišťovny s nepojízdným autem. Tato opatření napomáhají rychlému odstraňování překážejících nepojízdných vozidel a působí preventivně proti tzv. sekundárním nehodám, jež vznikají právě v důsledku jiné primární nehody, která způsobila překážku na silnici. Problematiku sekundárních nehod a případné pozitivní dopady Linky pomoci řidičům na rychlé odstraňování překážejících havarovaných vozidel analyzovala Česká kancelář pojistitelů.

Definice sekundární nehody

Na úvod krátké seznámení s definicí sekundární nehody. Z údajů Policie ČR (PČR) o dopravních nehodách je možné zjistit čas a GPS lokalizaci dopravní nehody. Z těchto údajů se pak dají vysledovat i dopravní nehody, které se stanou na blízkém místě v krátkém časovém intervalu po sobě – takzvané sekundární nehody. Jde o havárie, které mají přímou souvislost s primární nehodou (překážka na silnici – nepojízdné havarované vozidlo) a jež vzniknou do jedné hodiny v okruhu 100 m od původního místa. U dálnic a silnic 1. třídy je vzhledem k riziku vzniku dlouhých kolon nutné rozšířit analýzu na delší časový úsek a okruh až 2 km. Tato definice odpovídá doporučení Centra dopravního výzkumu, obdobným způsobem jsou definované sekundární nehody také v analýzách, které jsou prováděné v zahraničí. Velký rozdíl mezi

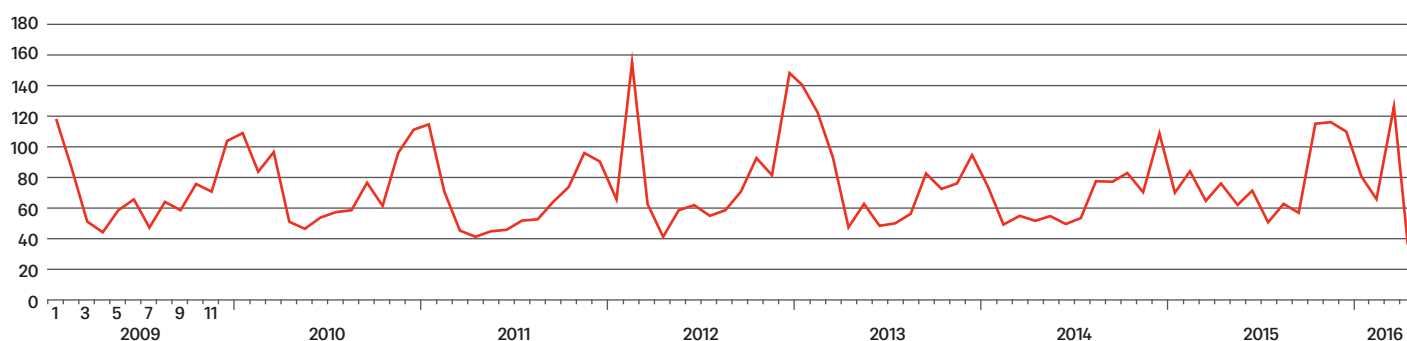
okruhem sledovaných nehod ve městech a na dálnicích a silnicích 1. tříd je dán záměrem eliminovat nehody ve městech, které se sice stanou blízko sebe, ale nijak spolu nesouvisí.

Výsledky analýzy

Česká kancelář pojistitelů analyzovala nehodová data z období mezi 1. lednem 2009 až 31. březnem 2016. V tomto časovém úseku uvedenou definici sekundární nehody splnilo více než 6600 nehod. Z toho zhruba 3900 nehod proběhlo bez zranění, 2100 havárií provázelo lehké zranění, nicméně téměř 500 nehod skončilo s těžkým zraněním, to je průměrně 79 lidí za rok. Bohužel cca 150 nehod pak mělo fatální následky. Z těchto údajů plyne, že průměrně v důsledku sekundární nehody zemře ročně 24 lidí! To jsou jistě znepokojující fakta. Z provedené analýzy dále vyplývá, že celková odhadovaná výše škody z těchto sekundárních nehod přesahuje částku 330 mil. Kč. Potvrdil se také předpoklad, že riziko sekundární nehody je relativně nejvyšší na dálnicích. 4,3 % z dálničních nehod šetřených PČR totiž představují sekundární nehody vzniklé do dvou hodin v okruhu do dvou kilometrů od původní nehody. V zimních měsících se díky vlivu hromadných nehod podílí sekundární nehody na dálnicích až 12 % ze všech nehod na tomto typu pozemní komunikace. Na silnicích I. třídy pak sekundární nehody představují 2,3 % všech vzniklých havárií. A to ještě uvedme, že vedle nehod, jež šetří policie, splňují definici sekundárních nehod také případy ze strany PČR nešetřené, avšak pojišťovnami vyplacené.

Rozhodujícím faktorem, který má vliv na prevenci vzniku sekundárních nehod, je rychlost odstranění překážky vzniklé v důsledku primární dopravní nehody.

Počet sekundárních dopravních nehod v jednotlivých měsících



— Sekundární nehody na dálnicích a silnicích 1. třídy

Zdroj: SUPIN, ČKP

Ovšem k těmto nehodám nejsou k dispozici spolehlivá GPS data, proto je není možné s ohledem na sekundární nehody objektivně zkoumat. To znamená, že skutečný počet všech sekundárních nehod může dosáhnout až trojnásobku případů šetřených policií. Vzhledem k povinnosti volat policii k závažným nehodám s vysokými škodami na majetku a ujám na zdraví však u nehod bez přítomnosti policie nepůjde o vysoké majetkové škody a data od PČR lze pro účely analýzy považovat za stěžejní.

portfoliu nehod, které se stanou na jednom místě. Přestože jde o pozitivní trend, kdy podíl sekundárních nehod v celkovém portfoliu nehod „na stejném místě“ klesá, tak nadále logicky platí, že pokud vzroste počet nehod v daném kalendářním roce, tak vzroste i počet sekundárních nehod. Ukazuje se, že rozhodujícím faktorem, který má vliv na prevenci vzniku sekundárních nehod, je rychlost odstranění překážky vzniklé v důsledku primární dopravní nehody. Analýza v tomto kontextu zmiňuje, že průměrně

je nepojízdný osobní automobil odtržen prostřednictvím asistenční společnosti pojišťovny do 50 minut od zavolání na asistenční linku. Klíčové však je s přilováním pomoci neotálet a kontaktovat linku 1224 co nejrychleji.

Doba do přivolání odtahu

Motoristé by měli mít osvojené a zautomatizované postupy při dopravní nehodě nebo poruše vozidla a neprodleně zajistit odstranění překážky. Pokud motorista nedokáže odtah

Sekundární nehody a Linka pomoci řidičům

Procentuální zastoupení sekundárních nehod pokleslo po necelém roce od spuštění edukační komunikační kampaně na LPŘ o 6 % (před kampaní dosahoval podíl sekundárních nehod na celkovém počtu nehod na jednom místě 61 %, po spuštění kampaně na LPŘ pouze 55 %). Tento pokles nevyjadřuje reálný nižší počet sekundárních nehod, vyjadřuje procentuální zastoupení sekundárních nehod v celkovém





nepojízdného vozidla zajistit, pak se zbytečně prodlužuje doba, kdy vozidlo tvoří překážku. Efektivním nástrojem pro přivolání odtahu je Linka pomoci řidičům 1224, která poskytuje nonstop pomoc řidičům v celé ČR a svým jednoduchým číslem 1224 je pro řidiče snadno využitelná i ve stresu po dopravní nehodě. Samotný hovor na lince 1224 obvykle netrvá déle než 1 minutu.

Doba do příjezdu odtahového vozidla

Odtahová vozidla přivolaná smluvními asistenčními společnostmi pojišťoven přijíždí k nehodám v průměru do 30 minut (údaj České asociace asistenčních společností, ČAAS). Smluvní asistenční společnosti pojišťoven disponují kapacitami více než 1100 odtahových vozidel. Díky dokonalému přehledu, kde se volně odtahové vozidlo nachází v danou chvíli, dokáží zkracovat dojezdové časy.

Doba do odstranění překážky

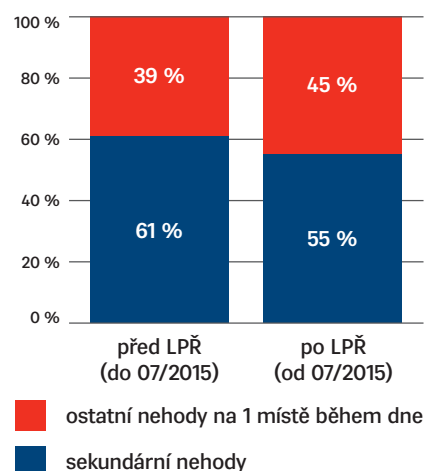
Smluvní asistenční společnosti pojišťoven vyvíjejí na odtahové společnosti tlak, aby byly zásahy prováděné co nejrychleji

a neefektivněji. Odtahové společnosti jsou proto nuceny optimalizovat technické prostředky zasahující u nehod, což má pozitivní vliv na rychlost odstranění překážky. Podle údajů ČAAS je nepojízdný osobní automobil ze silnice odstraněn průměrně do 20 minut po příjezdu zásahového vozidla na místo.

Závěrem

Koordinovaný a profesionální postup při odstraňování nepojízdných vozidel má pozitivní vliv na rychlost odstraňování překážek a minimalizaci sekundárních nehod. Komunikační kampaň Linky pomoci řidičům edukuje motoristy, jak správně postupovat při dopravní nehodě a jak si bez zbytečné časové prodlevy přivolat profesionální asistenční pomoc, kterou získává 98 % českých řidičů k povinnému ručení. Tím je pozitivně ovlivňována reakční doba motoristy, než si přivolá odtah. Smluvní asistenční společnosti pojišťoven následně pozitivně působí na zkracování dojezdů odtahových vozidel k nehodám a efektivitu a rychlost odstranění překážky.

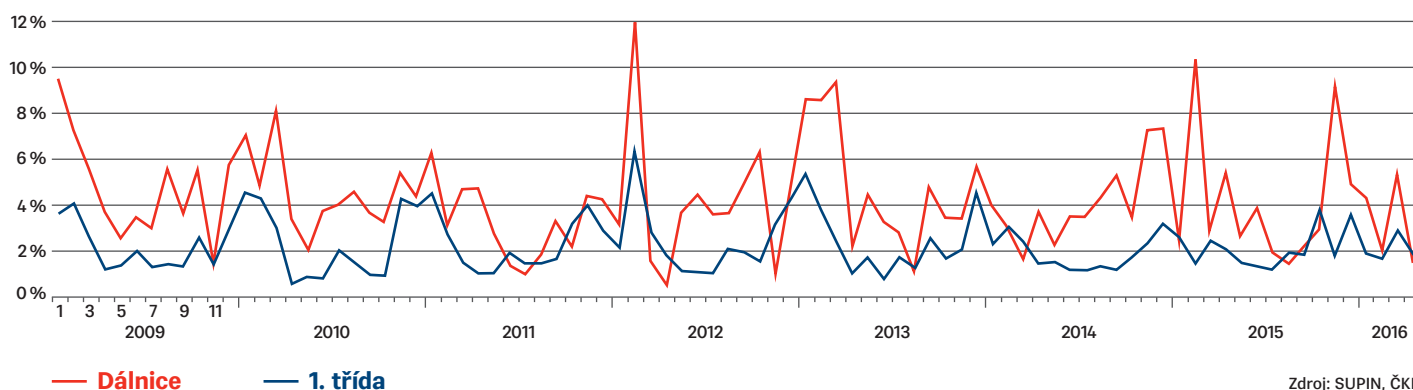
Sekundární nehody z nehod na jednom místě



Zdroj: SUPIN, ČKP

Linka pomoci řidičům plně podporuje prevenci vzniku sekundárních nehod, což je i jednou z priorit Národní strategie bezpečnosti silničního provozu 2011–2020. Redukce sekundárních nehod zrychlením odstraňování překážek ze všech typů pozemních komunikací může v několikaletém horizontu zachránit život desítkám lidí a redukovat škody na zdraví i na majetku v řádu stovek milionů korun.

Podíl sekundárních nehod na všech dopravních nehodách dle typu pozemní komunikace



Budoucnost evropského trhu... Brexit mnohé napoví

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc. / Vysoká škola finanční a správní

Vloni se v Evropské unii o zpeštění letní okurkové sezony ekonomů vydatně postarali Řekové, když v referendu odmítli odpovědnost za své dluhy. Letos se to v ještě podstatně větším měřítku povedlo Velké Británii, která se po dlouhodobém členství – od roku 1973 – na základě výsledků referenda svých občanů rozhodla z integračního uskupení odejít. Toto historické rozhodnutí Britů, které provází závažné ekonomické důsledky nejen pro Británii, ale pro všechny členské země, přichází v době, kdy je zcela zřejmé, že dosažení vytyčeného hlavního ekonomického cíle evropské integrace – stát se nejkonkurenceschopnějším společenstvím v rámci světové ekonomiky – se hrubě nedaří. Unie se totiž jeví jako přeregulované a ekonomicky stagnující společenství.

Odborná veřejnost je v tomto ohledu vcelku jednotná – na vytvoření dosti příkrého rozporu mezi původně deklarovaným cílem a dosti tristní skutečností se historicky podepsalo příliš byrokratické pojetí fungování unie. Snaha aristokratické byrokracie ovládat společenství se postupně transformovala do vytváření složitého systému, kterému nakonec dobře rozumí jen jeho tvůrci a jež si v dalším průběhu své existence žije svým vlastním životem. Dosti odtrženým od reality, nutno dodat. V této souvislosti je třeba připomenout varování vědců zkoumajících příčiny zániků minulých vyspělých civilizací. Typickým příznakem před kolapsem bylo stadium, kdy se vládnoucí systém stal natolik komplikovaným, že už neměl potřebnou energii k tomu, aby se sám udržel v provozu. V historické analogii: příliš složitým systémům hrozí kolaps, jehož výsledkem bude jejich samovolné zjednodušení. Názor Britů lze interpretovat tak, že Unii uplatňovaná strategie státních zásahů a zpříšňování regulace nepovedou k obratu v dalším vývoji a obyvatelé britských ostrovů se už nechtějí na negativním vývoji podílet, a tedy ani čekat na onu samovolnou deregulaci.

Bankovní sektor

Obzvláště silný je proces zextenzivňování regulace v bankovním a pojišťovním sektoru. V době, kdy Velká Británie přistupovala k Unii, vznikl v zájmu „lepšího fungování světového bankovníctví“ při Bance pro mezinárodní vypořádání tzv. Basilejský výbor pro bankovní dohled, který vydává regulační standardy a konkrétní postupy v oblasti bankovního dohledu. Tyto standardy mají charakter doporučení výboru pro největší banky členských zemí, je tudíž symptomatické, že Evropskou komisí byla tato dobrovolná pravidla transponována do povinných směrnic Basel I, II a III pro všechny banky licencované v členských zemích. Rigidita tohoto přístupu je dobře patrna z faktu, že například směrnice Basel III řeší zvýšené zabezpečení dostatku likvidity bank v současném prostředí obecného přebytku likvidity v národních ekonomikách. Samostatnou kapitolu, v některých ohledech rovněž pro českou ekonomiku kontroverzní, představuje tlak na členství v eurozóně a vstup do bankovní unie.



Ilustrační foto: freeimages.com-Pukalski

Pojišťovnictví

Obdobným způsobem probíhá i zextenzivňování regulace v odvětví komerčního pojišťovnictví. Asi máme všichni dosud v paměti hektickou diskuzi kolem genderové směrnice či garančních schémat. Obdoba bankovního Baselu regulatorní projekt Solvency má již za sebou povinnou implementaci dvou etap, i když tady se česká ekonomika oproti ostatním zemím EU v důsledku konfliktu mezi pojistiteli a zprostředkovateli pojištění, který se promítl až do zákonodárského sboru, s aplikací Solvency II opozdila. Ze strany unijních regulátorů je v rámci implementace jednostranně dávána přednost stabilitě odvětví komerčního pojišťovnictví, což se ovšem nutně děje na úkor samotného poslání pojištění a efektivitě pojišťovacího byznysu. Na matematickém modelování založený regulatorní projekt Solvency II určuje v rámci prvního pilíře přípustný poměr mezi do pojištění převzatými neživotními riziky a kapitálovým vybavením pojišťovny. Pokud model vyhodnotí riziko jako kvantitativně neodpovídající, pojišťovna je buď odmítne, nebo nabídne modelem určený maximální limit plnění. Tím je v takto konstruovaných pojištěních dosaženo „sterilizace“ finančních důsledků nahodilosti. Závažným negativem je však skutečnost, že výše škody přesahující tento limit není prakticky systémově řešena.

Globální změna

Pokud opustíme matematické vidění světa unijními regulátory, pak musíme chtít nechtě připustit, že existuje reálná možnost nastávající globální civilizační proměny, která leží zcela mimo rámec předvídatelnosti, a tedy i matematicky pojímané určenosti. V rámci takového empirického přístupu se ovšem jeví jako silně problematické zkonstruovat skalár představující pojišťovnou „převzaté neživotní riziko“. Přitom právě tato spekulativní veličina je používána jako závazné kapacitní kritérium pro byznys komerční pojišťovny. Od implementace druhé etapy regulatorního projektu Solvency se očekává mnohostranná účinnost ještě v mnoha dalších oblastech regulace, model má např. i nahradit zabezpečení konzervativního nakládání s prostředky klientů v pojistně-technických rezervách, což dosud zabezpečoval historicky osvědčený systém „kvótování aktiv“. Až další vývoj ukáže, jak se vysoké ambice projektu Solvency naplní. Jisté je jedno, tato regulace si dál žije svým vlastním téměř nekontrolovatelným životem. O jejím smyslu a limitech

Návrat k myšlenkám svobodného trhu a k jeho liberalizaci – to je jediná možná cesta společné Evropy.

aplikace už nikdo nediskutuje a sebevědomými regulátory neustále nově vydávané mnohastránkové směrnice svým obsahem i formou stále více připomínají Orwellovy texty. Každopádně britské pojišťovny se nadměrné regulaci a tedy i stinným stránkám projektu Solvency budou moci vyhnout. Na druhou stranu se nedá očekávat, že by se v důsledku Brexitu snížil zájem o londýnský zajišťovací trh, který je u pojistitelů členských zemí hojně využíván pro svou vysokou kvalitu a profesionalitu ve všech směrech.

Heterogenita členských ekonomik

Jednou z hlavních objektivních překážek pro dobré fungování Unie byla a je vysoká heterogenita jednotlivých členských ekonomik, která má spíše než sbližovat tendenci se dále prohlubovat. Rozdílnost potřeb a ekonomických cílů je zřejmá. Loňské léto ukázalo, jak dramaticky jiné cíle mají Řecko a Německo, jiné cíle má Francie a konec konců i Británie. Ta po výsledku referenda řeší závažné dilema: chtěla by zůstat součástí jednotného evropského trhu, ale ráda by se současně vyhnula mimořádně senzitivnímu pravidlu o volném pohybu pracovních sil. Přitom volný pohyb pracovníků je aktuálně platná podmínka pro vstup na jednotný evropský trh. Vedle rozdílnosti ekonomických cílů se tak vyostřuje rozdílnost politických postojů jednotlivých zemí v souvislosti se

Evropa bude zřejmě čím dál více fragmentovaná a v jejím rámci budou hrát stále výraznější roli lokální ekonomiky.



Ilustrační foto: freemages.com-kober

subtilními otázkami migrace. Tento stav je v současnosti katalyzován teroristickými činy jiných etnik. Ještě zmiňme, že zastavení opulentních sociálních podpor pro nepracující EU migranty bylo silné téma před britským referendem.

Nulová sebereflexe

Jistým zklamáním v reakci na britské referendum je postoj unijních špiček, očekávala se deklarace snahy fungování Evropské unie změnit. Místo připuštění podílu viny a přípravou reforem realizovat určitou sebereflexi se však z Bruselu ozývá spíše požadavek „více Evropy“. Potvrzuje to odtržení od pocitů obyvatel členských států, kteří dávají čím dál srozumitelněji najevo svůj nesouhlas s byrokratickým fungováním celé Unie. Zda jsou unijní špičky ochotny a schopny změnit své dosavadní postoje a více se přiklonit k reálnému úsudku se ukáže na stanovisku k setrvání Britů jako součásti jednotného unijního trhu. Bude-li EU trvat na volném pohybu, pak

přijde okolo 15 % všeho exportu EU, které do Británie proudí, tedy o docela velký trh.

Nejistá budoucnost

Stále silněji zaznívá nejen od euroskeptiků prognóza o budoucím stavu Evropy – bude zřejmě čím dál více fragmentovaná a v jejím rámci budou hrát stále výraznější roli lokální ekonomiky. Každopádně Evropu na cestě k vysoké konkurenceschopnosti čeká složitá cesta, unijní ekonomický svět je dnes přeregulovaný a v některých ohledech i virtuální a iracionální. Jako logický požadavek se jeví zjednodušení a zpružnění celého společensko-politického systému. Komplikované státní zásahy a regulace nevedou k obratu. Namísto čekání na samovolné zjednodušení systému jeho celkovým kolapsem je asi lepší zkusit omezení regulačních zásahů. Návrat k myšlenkám svobodného trhu a k jeho liberalizaci – to je jediná možná cesta společné Evropy. ●

Možné neobnovení blokové výjimky IBER. Jaký je aktuální vývoj?

JUDr. Tereza Kunertová, Ph.D., LL.M. / koordinátor evropských aktivit ČAP / odborný asistent, Katedra evropského práva PF UK

Pojišťovny v EU mohou využívat blokovou výjimku IBER pro některé společné kompilace, studie a krytí specifických kategorií rizik. S největší pravděpodobností však tato možnost ve stávajícím nastavení v roce 2017 skončí. V následujícím přehledu se pokusíme si krátce představit nařízení IBER a co čeká pojišťovny po prvním čtvrtletí 2017.

V Evropské unii v současné době platí pro pojišťovny bloková výjimka ze zákazu kartelových dohod dle čl. 101 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU), která se promítla v Nařízení Evropské komise č. 267/2010 ze dne 24. března 2010 o použití čl. 101 odst. 3 Smlouvy o fungování Evropské unie na určité kategorie dohod, rozhodnutí a jednání ve vzájemné shodě v odvětví pojištnictví (nařízení IBER). Použitelnost nařízení IBER skončí dnem 31. března 2017. Další osud blokové výjimky pro pojišťovny je nejistý.

Ochrana hospodářské soutěže v EU

Dle čl. 101(1) SFEU jsou s vnitřním trhem neslučitelné, a proto i zakázané, veškeré dohody mezi podniky, rozhodnutí sdružení podniků a jednání ve vzájemné shodě, které by mohly ovlivnit obchod mezi členskými státy a jejichž účelem nebo důsledkem je vyloučení, omezení nebo narušení hospodářské soutěže na vnitřním trhu. Zejména sem spadají dohody, které a) přímo nebo nepřímo určují nákupní nebo prodejní ceny anebo jiné obchodní podmínky; b) omezují nebo kontrolují výrobu, odbyt, technický rozvoj nebo investice; c) rozdělují trhy nebo zdroje zásobování; d) uplatňují vůči obchodním partnerům rozdílné podmínky při plnění stejné povahy, čímž jsou někteří partneři znevýhodněni v hospodářské soutěži; e) podmiňují uzavření smluv tím, že druhá strana přijme další plnění, která ani věcně, ani podle obchodních zvyklostí s předmětem těchto smluv nesouvisí.

Výjimky

Takové dohody (jednání) jsou neplatné od počátku. Pro určité dohody nebo kategorie dohod však neplatí zákaz

podle čl. 101(1) SFEU, pokud přispívají ke zlepšení výroby nebo distribuce výrobků anebo k podpoře technického či hospodářského růstu a současně splňují podmínky čl. 101(3) SFEU. Jde zejména o dohody nebo kategorie dohod mezi podniky, rozhodnutí nebo kategorie rozhodnutí sdružení podniků a jednání ve vzájemné shodě nebo jejich kategorie, které přispívají ke zlepšení výroby nebo distribuce výrobků anebo k podpoře technického či hospodářského pokroku, přičemž vyhrazují spotřebitelům přiměřený podíl na výhodách z toho vyplývajících. Tato jednání dále nesmí ukládat příslušným podnikům omezení, jež nejsou k dosažení těchto cílů nezbytná, a umožňovat těmto podnikům vyloučit hospodářskou soutěž ve vztahu k podstatné části výrobků tímto dotčených. Evropská komise je nadána pravomocí udělit výjimky pro určité kategorie dohod prostřednictvím zvláštních nařízení. Tomu tak učinila pro pojišťovny prostřednictvím nařízení IBER.

Použitelnost nařízení IBER

V nařízení IBER se čl. 101 nepoužije (a tudíž jde o povolené jednání) na dohody uzavřené mezi dvěma nebo více společnostmi v odvětví pojištnictví pokud jde o:

- společnou kompilaci a šíření informací nezbytných pro: i) výpočet průměrných nákladů na krytí uvedených rizik v minulosti (dále jen „kompilace“), a ii) vytváření tabulek úmrtnosti a tabulek uvádějících četnost onemocnění, úrazů a invalidity v souvislosti s pojištěním zahrnujícím prvek kapitalizace (dále jen „tabulky“);
- společné provádění studií pravděpodobného dopadu obecných vnějších okolností zúčastněných podniků na četnost nebo rozsah budoucích pojistných událostí pro dané riziko nebo kategorii rizik nebo na ziskovost různých typů investic (dále jen „studie“) a šíření výsledků těchto studií;
- vytváření a fungování skupin pojištěven nebo pojištěven a zajištěven pro společné krytí specifických kategorií rizik ve formě soupojištění a souzajištění.

Dosud bylo vnímáno, že spolupráce mezi pojišťovnami nebo v rámci sdružení pojištěven při kompilaci informací (rovněž určité statistické výpočty), jež umožňuje výpočet průměrných nákladů na pokrytí určitého rizika v minulosti nebo u životního pojištění, vypracování tabulek úmrtnosti nebo četnosti

onemocnění, úrazů nebo invalidity, pomáhá zlepšit znalost rizik a usnadňuje výpočet sazby pojistného za rizika u jednotlivých společností. To může usnadnit vstup na trh, a tím se stát přínosem pro spotřebitele.

Report Evropské komise

V březnu 2016 vydala Evropská komise report směřovaný Evropskému parlamentu a Radě o budoucím směřování výjimky IBER (COM(2016) 153 final, 17. března 2016). Evropská komise na základě zde uvedeného zhodnocení vyjádřila přesvědčení, že není nutné znovuoobnovit výjimku IBER po 31. březnu 2017. V reportu Evropská komise uznává, že výměna informací mezi pojišťovnami ve formě společných studií může vést k lepšímu pochopení pojistných rizik a efektivnímu fungování pojistného sektoru. Evropská komise se nicméně zabývá myšlenkou, zda je IBER ve své výjimečné podobě skutečně potřeba k ochraně této kooperace. Komise dospěla k názoru, že zrušení výjimky IBER pro společné kompilace a studie nepřinese žádné zvýšené náklady pro sektor. Navíc tato forma spolupráce může nadále spadat pod ochranu uvedenou v současných Pokynech Komise k použitelnosti článku 101 Smlouvy o fungování Evropské unie na dohody o horizontální spolupráci¹. Stejně tak se Evropská komise domnívá, že není nutné znovuoobnovení výjimky IBER pro společné krytí určitých druhů rizik, kdy IBER ve své současné podobě již nadále nesplňuje podmínky čl. 101(3) SFEU.

Jednání se zástupci pojistného sektoru

Koncem měsíce dubna se Evropská komise sešla s některými zástupci sektoru, aby jim přednesla závěry reportu. Evropská komise též zadala vypracování nezávislých studií. Z jednání vyplynulo, že zástupci sektoru nebyli schopni předložit Evropské komisi dostatečné důkazy a data, kterými by podpořili nutnost zachování nařízení IBER. Evropská komise je přesvědčena, že dosavadní spolupráce mezi pojišťovnami buď vůbec nenaplňuje podmínky nařízení IBER, a musí se tak podrobit přezkumu článku 101(3)

SFEU, anebo může stejně tak spadnout pod výše uvedené horizontální pokyny. ČAP se zapojila do diskuzí v rámci Insurance Europe. Před létem Evropská komise zaslala dotazník se žádostí o data, jakým způsobem je IBER využívána v jednotlivých státech. ČAP se obrátila s dotazníkem na pojišťovny a ČKP a následně předala údaje poskytnuté ze strany ČKP. Insurance Europe poskytla Evropské komisi jednotnou odpověď složenou z údajů od asociací z těchto států: AT, BE, CZ, DE, DK, FR, GR, IT, NL, MT a SE.

Dopady v případě neobnovení výjimky IBER

Neobnovení výjimky IBER neznamená, že bude zde uvedená spolupráce mezi pojišťovnami automaticky neplatná a zakázaná. Pojišťovny mohou stále ospravedlnit své jednání důvody uvedenými v čl. 101(3) SFEU. Na pojišťovny to však přinese větší riziko právní nejistoty, neboť v takovém případě musí podniky sami posoudit, zda se na ně výjimka dle čl. 101(3) SFEU vztahuje, či ne a nesou důkazní břemeno při prokazování splnění podmínek výjimky. Komise zahájí šetření při podezření na nezákonné jednání (dohodu). Blokované výjimky fungují jako tzv. „bezpečné přístavy“, neboť zbavují podniky nejistoty ohledně správného posouzení čl. 101(3) SFEU pro určité typy dohod.² Stejně tak je třeba nahlížet na horizontální pokyny, pod které by některé formy spolupráce v případě kompilací a studií mohly spadnout. Tyto horizontální pokyny ve formě sdělení Komise samy stanoví, že vzhledem k potenciálně vysokému počtu druhů a kombinací horizontální spolupráce a tržních podmínek, v nichž se tato spolupráce uskutečňuje, je obtížné poskytnout konkrétní odpovědi na každý možný scénář. Tyto pokyny nicméně mají soutěžitelům napomoci při posuzování slučitelnosti jednotlivé dohody o spolupráci s článkem 101 SFEU. Uvedená kritéria však nepředstavují „kontrolní seznam“, který lze použít mechanicky. Každý případ je vždy nutno posoudit na základě jeho skutkové podstaty, což může vyžadovat pružné uplatňování pokynů. Jelikož se zdá velmi pravděpodobné, že nařízení IBER nebude obnoveno, pověřilo prezidium ČAP k zadání analýzy, která by se měla zaměřit na možnosti spolupráce mezi pojišťovnami po prvním čtvrtletí 2017.

1 SDĚLENÍ KOMISE: Pokyny k použitelnosti článku 101 Smlouvy o fungování Evropské unie na dohody o horizontální spolupráci (2011/C 11/01), Úřední věstník EU OJ C 11, 14.12.2011, s. 1

2 Viz Tomášek, M. – Týč, V. a kol. Právo Evropské unie. 1. vydání. Praha: Leges, 2013, s. 275

Zdravotní pojištění cizinců zachovejme v režimu zdravého rozumu

Robert Kareš, Ph.D., MBA / předseda představenstva / Pojišťovna VZP

Již mnoho let se ze strany některých nevládních organizací objevují tendence rozšířit okruh osob spadajících do veřejného zdravotního pojištění o další skupiny cizinců ze třetích zemí, a to o OSVČ a jejich nezaopatřené rodinné příslušníky. Už ani nelze přesně spočítat pokusy učiněné ze strany různých neziskových organizací motivovaných více dotacemi než skutečným zájmem o cizince.

V lednu 2015 projednala vláda materiál Ministerstva zdravotnictví Analýza zdravotního pojištění cizinců při jejich pobytu na území ČR a uložila Ministerstvům vnitra, zdravotnictví a financí, aby vládě na základě této analýzy předložily novelu zákona 326/99 Sb. o pobytu cizinců.

Uvedená tři ministerstva spolupracovala po celý rok 2015 na splnění výše uvedeného rozhodnutí vlády. Ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu, veřejná ochránkyně práv společně s některými neziskovými organizacemi pracujícími s cizinci, však měli jiné plány. Ty vyjadřují dlouhodobé přesvědčení, že cizinci ze třetích zemí by během pobytu na území ČR měli být pojištěni veřejným zdravotním pojištěním. To se pak projevilo v závěrečné části legislativního procesu této novely na konci roku 2015, kdy se opakovaně pokusili rozhodnutí vlády a celoroční práci třech ministerstev negovat, což se jim nakonec v roce 2016 podařilo. Vláda totiž k navržené novele zákona o pobytu cizinců nepřijala žádné rozhodnutí, a ustanovení § 180i a 180j tohoto zákona zůstávají proto v platnosti.

2015 jednáními s pojišťovnami, které v České republice soukromé zdravotní pojištění cizinců provozují, významnou úpravu jejich všeobecných pojistných podmínek. Dosavadní výluky z pojistného krytí byly převážně zrušeny. Co se týče rozšíření veřejného zdravotního pojištění o další kategorie cizinců, ČAP spolu s největší českou zdravotní pojišťovnou VZP ČR a Svazem zdravotních pojišťoven, Ministerstvem financí, Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem vnitra opakovaně vyjadřují s tímto rozšířením zásadní nesouhlas a upozorňují na obrovské riziko zneužívání péče a s tím spojených nákladů na zdravotní péči a velkých výdajů z veřejného rozpočtu. Základní předpoklad pro toto odborné tvrzení je fakt, že úsilí aktivistů se týká následující skupiny: OSVČ s dlouhodobým pobytem; ženy na mateřské, děti, důchodci.

k jejich příspěvkům a úhradám je dlouhodobě předmětem různých diskuzí a analýz. Ještě vážnější situace ve veřejném zdravotním pojištění je u skupiny tzv. státních pojištěnců (ženy na mateřské, děti, důchodci aj.). Poměr mezi platbou za státního pojištěnce a čerpáním je 3,64 (v komerčním pojištění bychom zkonstatovali, že škodní procento je 364 %). Při přesunu této skupiny je třeba dále počítat se zvýšením výdajů ve formě platby za státního pojištěnce. Toto jsou naprosto podložené a ničím nevyvratitelné důkazy o jednoznačné nevýhodnosti přesunu této skupiny do veřejného zdravotního pojištění. Vůbec zde není zmíněno ohromné riziko tzv. zdravotní turistiky pramenící z velkých rozdílů v kvalitě zdravotní péče mezi Českou republikou a nečlenskými státy EU. Tam, kde je kvalita sice na dobré úrovni (např. USA, Austrálie atd.), je zase problémem, že český systém veřejného zdravotního pojištění je téměř bez spoluúčasti, kdežto v těchto zemích jsou spoluúčasti vysoké a stejně vysoké je pojistné na zdravotní pojištění. Současné nelze ani argumentovat tím, že v jiných zemích EU jsou tyto skupiny do systému solidárního pojištění zahrnuty, neboť to není pravdou. Každý členský stát řeší tuto problematiku různě. Například Německo omezuje péči těmito skupinám pouze na nutnou a neodkladnou péči. Cizinci nejsou zahrnuti ani do slovenského systému veřejného zdravotního pojištění.

Jednání s pojišťovnami

Nezávisle na výše uvedeném legislativním procesu Ministerstvo zdravotnictví iniciovalo v roce

Nevyvratitelné důkazy

Postavení OSVČ v režimu veřejného zdravotního pojištění ve vztahu

Situace v ČR

Platná právní úprava České republiky, podle které cizinci ze

třetích zemí, jež nejsou osobami samostatně výdělečně činnými, a jejich rodinní příslušníci nejsou účastní systému veřejného zdravotního pojištění, je zcela v souladu s ústavním pořádkem ČR i s komunitárním právem. Česká republika není v současné době vázána k přesunu cizinců do veřejného zdravotního pojištění. Průzkum veřejného mínění agentury STEM/MARK jasně ukázal, že 76,5 % občanů České republiky je proti či spíše proti rozšíření veřejného zdravotního pojištění o další skupiny osob. Při druhém průzkumu ve světle událostí posledních dní počet osob s negativním postojem výrazně posílil. Navíc po nedávných tragických událostech v Evropě a jiných geopolitických problémech je zařazení této skupiny do veřejného zdravotního pojištění nejen ekonomickou, ale společenskou a politickou sebevraždou. V neposlední řadě je třeba upozornit na naprosto lživé útoky aktivistů na komerční pojišťovny, které v současné době nabízejí cizincům smluvní pojištění. Za naprosto skandální výrok aktivistů lze považovat zejména tvrzení, že se jedná o naprosto neregulovaný trh. Česká republika patří v oblasti legislativy k nadstandardně regulované zemi, navíc trh pojištění je přísně dozorován ČNB. Po zavedení Solvency II je tento výrok obzvláště irrelevantní.

Neznalé neziskovky

Mezi další nepravdivý argument patří tvrzení, že komerční pojišťovny mají z provozování pojištění cizinců velké zisky. Aktivisté zde projevují zásadní



Robert Kareš, Ph.D., MBA

neznalost komerčního pojištění založeného na rezervotvorném principu. Není žádným tajemstvím, že tyto neziskové organizace čerpají na projekty ve zdravotním pojištění ohromné finanční částky. Z veřejných internetových zdrojů je možné vyčíst nábor pracovníků do různých neziskových organizací, sdružení a konsorcií, jejichž náplní práce bude systematické hledání chyb na současném systému nastavení zdravotního pojištění. Z úst takto štědře placených neziskových organizací vyznívá argument o ziskovosti komerčních pojišťoven velmi úsměvně. Tyto neziskové organizace mají bezpochyby velké finanční prostředky na masivní PR, která má za cíl trvale poškozovat sektor českého pojištění. Tyto organizace permanentně vyhledávají tragické, ojedinělé případy vybraných

cizinců, kde z důvodu závažných onemocnění těchto cizinců na území České republiky – v drtivě většině ještě před uzavřením pojistné smlouvy – je nebylo možné podle stávající legislativy zahrnout do soukromého zdravotního pojištění. Je úsměvné, že aktivisté, kteří argumentují výhodností přesunutí těchto cizinců do veřejného zdravotního pojištění, medializují právě velmi drahou a nemocnou skupinu osob.

Pozitivní role komerčního pojištění

Nikde bohužel nezaznělo, že dle statistik ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) díky komerčnímu pojištění trvale klesá počet neuhrazených případů za cizince

ošetřené v českých zdravotnických zařízeních a již dnes se naplno projevuje pozitivní role komerčních zdravotních pojišťoven. Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců z třetích zemí, kterou nyní předkládá Organizace pro uprchlíky, je více méně obdobou jiné analýzy, kterou v minulosti předkládalo Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty. Tato analýza je plná neznalostí soukromého pojištění, plná zavádějících informací, nemá žádnou vypovídající schopnost a je prakticky zcela zbytečná a slouží pouze jedinému účelu – vyčerpat přiznané granty nově zastřešujících organizací. Zde uváděné případy jsou navíc mnohdy i ukázkou, že samotný klient nedodržoval zákonem stanovené podmínky. Samozřejmě daleko vypovídající by byla analýza dopadů zařazení cizinců do veřejného zdravotního pojištění na veřejný rozpočet. Takovou analýzu předkládala např. VZP a zejména Ministerstvo zdravotnictví na zasedání vlády. Analýza hovořila o nevýhodnosti a rizicích. Obecně platí pro nezařazení cizinců do veřejného zdravotního pojištění stále stejné argumenty:

- Skutečně neexistuje žádný evropský ani mezinárodní právní předpis, který by cizincům z třetích zemí zakládal právo účasti ve veřejném zdravotním pojištění členského státu. Je třeba si neplést právo na ošetření a poskytnutí zdravotní péče a právo na úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Česká republika jde dokonce u cizinců z třetích zemí s trvalým pobytem nebo zaměstnáním nad rámec Ústavy (ta hovoří pouze o právu občana,

Česká republika nemá nejštědřejší sociální systém, ale jistě má nejrozsáhlejší systém veřejného zdravotního pojištění.

pak zde působí evropské předpisy u občanů EU). Tato skutečnost byla potvrzena i kompetentními ministerstvy v rámci připomínkového řízení k nově navržené právní úpravě o soukromém zdravotním pojištění cizinců a v neposlední řadě to potvrzuje i staronová analýza Organizace pro uprchlíky – každý členský stát si to dělá, jak chce.

- Není pravdou, že současná praxe ohrožuje přijímání potřebné pracovní síly např. z Ukrajiny, neboť zaměstnanci i zaměstnanci pracovních agentur jsou ve veřejném zdravotním pojištění. Tento argument je tedy jako mnoho dalších úplně lichý.
- Zařazení dalších kategorií cizinců z třetích zemí – dětí a matek, důchodců by mělo okamžitě negativní efekt na veřejný rozpočet – stali by se z nich tzv. státní pojištěnci. Pojistné by za ně platil stát. Toto pojistné bylo nyní dokonce zvýšeno a vzhledem k cca 300% škodnímu průběhu této kategorie (státní pojištěnci) není toto zvýšení jistě poslední. Výše zmíněný škodní průběh by samozřejmě také ihned zvýšil výdaje veřejného zdravotního pojištění.

- Co se týče zařazení OSVČ, tak u této kategorie se stále vedou debaty a diskuze o jejich výhodnosti či nevýhodnosti ve srovnání se zaměstnanci.

Závěrem

Současná, zatím největší migrační krize ukazuje, jakým lákadlem jsou otevřené sociální systémy. Česká republika nemá nejštědřejší sociální systém, ale jistě má nejrozsáhlejší systém veřejného zdravotního pojištění. Plošné otevření tohoto systému by rozhodně vedlo k riziku zneužívání a současně i k ohrožení bezpečnosti politiky státu. Zrovna takové země, jako jsou Norsko, Švédsko, Francie by v žádném případě neměly sloužit jako vzor zvládnuté migrační a integrační politiky, vzhledem k tomu, čeho jsme nyní svědky. Už tak mohou migranti-azylanti český zdravotní systém velmi zatěžovat, ať už v České republice nebo v rámci volného pohybu osob a je neprosto iracionální tuto zátěž dále zvyšovat. Při posledním projednávání na vládě i ze strany samotných předkladatelů zaznělo, že snaha lidskoprávních organizací vyjadřuje pouze jejich idealistický postoj na uspořádání společnosti a nijak se neopírá o skutečnou podstatu věci.

Aktuální trendy v oblasti zemědělského pojištění

Ing. Marek Hrubý / ředitel / Agra pojišťovna

Zemědělství, které vytváří produkty pod širým nebem, patří mezi hospodářská odvětví neúprosně ovlivňovaná rozmary počasí. Historie dokazuje, že nepřízeň živlů může nečekaně výsledky svědomité práce zcela zmařit. Střídání suchých a deštivých let, silné mrazy či častý výskyt krupobití, které dokáže „sklidit“ úrodu během několika minut. Kvůli vývoji klimatických podmínek vystupují do popředí i rizika dříve méně významná. Proto je třeba, aby i pojistný trh dokázal reagovat odpovídajícími produkty v co nejkratším časovém období.

Rizika zemědělce a jejich řešení

Zemědělec vždy byl, je a patrně i v budoucnosti stále bude, velmi konzervativní a především zodpovědný člověk. Díky své odbornosti a svědomitosti dokáže eliminovat nebo alespoň omezit výskyt negativních vlivů (například chorob nebo škůdců), které významně ovlivňují jeho podnikání. Proti nepředvídatelným jevům spojených s počasím, k nimž patří zejména krupobití, mráz, vichřice, záplava nebo v posledních letech aktuální sucho, však není jiné obrany než pojištění. Alternativní možnost jak zajistit rodinnou farmu nebo zemědělskou firmu pro případ ekonomického výpadku způsobeného rozmary počasí (pokud nechce být podnikatel závislý pouze na nejisté státní podpoře) prakticky neexistuje.

Role státu

Aktivní státní podpora pojištění v posledních letech výrazně přispěla ke zvýšení propojištěnosti plodin i zvířat. U chovu zvířat se pohybuje kolem 80 %, u plodin na orné půdě pak přes 60 % a nadále stoupá díky tomu, že státní podpora v posledních letech dosahuje horní hranice limitu 50 %, ve kterém může

být poskytována. Pro srovnání například v Rakousku je stanovena její výše na 50 % ze zaplaceného pojistného zákonem a vyplácí se tam z tzv. Katastrofického fondu financovaného státem. Fond tuto částku vyplatí pojišťovně, která polovinu pojistného svým klientům k úhradě ani nepředepisuje, a přebírá tak i veškeré související byrokratické zatížení. Tento postup u nás zatím není možný.

Fond těžko pojistitelných rizik

V posledních letech se velmi často diskutuje o Fondu těžko pojistitelných rizik, prostřednictvím kterého je stát ochoten pomáhat zejména v případech rizik, jež komerční pojištění nekryje. Jedná se zejména o rizika postihující rozsáhlé oblasti s objektivně velmi vysokým pojistným plněním, která ale představují i Achillovu patu zmíněného fondu. Plánovaný rozpočet by totiž na pokrytí extrémních škod způsobených suchem nestačil. Jde například o roky 1947 nebo 1974. Nedostatků potravin bychom se samozřejmě v takovém případě bát nemuseli, protože státní hmotné rezervy existují, jak je obecně známo, nejen v pohonných hmotách, ale i v obilí. Navíc by k řešení přispěla i globalizace. Neurodí-li



Ing. Marek Hrubý

Foto: Agra pojišťovna

se u nás, urodí se v Argentině nebo v Austrálii. Ceny sice stoupnou, ale hladomor nehrozí. Nicméně řada zejména menších a středních zemědělců by pak musela přerušit svou další kontinuitu a z ekonomických důvodů hospodaření ukončit.

Tradiční nejčastěji pojišťovaná rizika

Lze předpokládat, že v oblasti zemědělství bude i nadále nejčastěji poptávaným produktem u plodin pojištění pro případ krupobití. Škody působí sice většinou lokálně, zato však v celém průběhu hlavního vegetačního období a bývají velmi závažné. Výpočetní systém Agra pojišťovny vyhodnotil, že v tomto roce způsobilo (pojištěným i nepojištěným zemědělcům) ztrátu v součtu přes 1,5 miliardy Kč. Druhé místo patří pojištění důsledků mrazu a vyzimování, bez rozlišení na jarní a zimní mráz. Evergreen představuje pojištění pro případ vichřice a záplavy, o které mají

zájem především zemědělci hospodařící v oblastech, kde k podobnému poškození porostů častěji dochází. Z ostatních rizik je zapotřebí zmínit poškození požárem, škůdci nebo porůstáním (způsobeným trvalým deštěm ve sklizni).

Novinky

V souvislosti s pozvolnou změnou klimatu lze pozorovat i změny v poptávce po pojištění zemědělských rizik týkající se zejména plodin. Nedochozí k poklesu zájmu o pojištění tradičního nebezpečí poškození či ztráty úrody. Jedná se spíše o zvýšení zájmu o širší spektrum nebezpečí – např. poptávku po pojištění krupobitních sítí i ovoce pod nimi a současně důsledků jarního mrazu, ale i o rizika nová, doposud nepojiřitelná. Jde zejména o pojištění sucha.

Definice sucha

Známe ho všichni: jižní Morava se v parném létě začne podobat stepi, nad níž se prohání horký a suchý vítr, v půdě se tvoří pukliny, do nichž lze vsunout dlaň a televize pohotově využije situaci k reportáži. Ovšem sucho začíná škodit mnohem dříve, než se stane zjevným a mediálně vděčným, pomineme-li skutečnost, že jeho důsledky může způsobit i samotný zemědělec volbou nesprávné odrůdy či v důsledku použití nesprávné agrotechniky. Relativně snadno pojistitelné se jeví tzv. časné sucho, tedy sucho v období vzcházení zasetých plodin. Renomované pojišťovny toto riziko pojišťují a likvidují jako tzv. nákladovou škodu. Tím se dostáváme k měřitelnosti negativního působení sucha na výnos. Účinek krupobití, vichřice, záplavy je měřitelný poměrně

dobře a „spoluvina“ pěstitele je vyloučena. V případě sucha tomu tak není, proto představuje komerční pojištění poměrně složitý problém, který je třeba při likvidaci řešit. Uhradit škodu do plánovaného výnosu, o němž netušíme, zdali je dosažitelný? A co s náklady, které nemusely být vynaloženy? Likvidace těchto škod patří proto k nejnáročnějším a každý poškozený pozemek se musí posuzovat individuálně. Z tohoto důvodu je plošné pojištění sucha na plně komerční bázi v Evropě zatím jen doménou specialistů.

Něco z historie

Sucho v našich zemích tvořilo pojistitelné riziko již dříve, dokonce i v éře socialismu. Odpovědnost zemědělce za veškeré jeho konání realizoval



před třiceti léty československý stát v obráceném gardu. Zákonem stanovil zemědělským podnikům platit relativně vysoké pojistné a výměnou jim poskytoval jistotu bezpečného přežití při výpadku rostlinné produkce způsobené jakýmkoli vlivem, s výjimkou špatné práce zemědělce. Československu tak patrně patří světová priorita v plošném pojišťování sucha. Ovšem pouze jeden rok z pěti let fungování tohoto pojištění neznamenal pro Českou státní pojišťovnu ztrátu. Je to nutno přičíst z části „neusazeným“ pojistitelným výtěžkům, a jednak lidskému faktoru pracovníků pojišťovny, kteří si jen pozvolna zvykali na změnu své role. Z přinašečů peněz do zemědělských podniků se totiž museli změnit na kontrolory, jejichž povinností bylo najít, kvantifikovat a vyloučit vliv špatné práce. Centrálně řízené zemědělství se stalo samozřejmě minulostí, a proto je nutné hledat jiné řešení. Moudře uvažující stát by měl v případě řešení otázky sucha snahu zemědělců – podílet se odpovědně na zajištění svých podniků – podporovat.

Systém (podpory) pojištění v zahraničí

Pomineme-li země afrického kontinentu, kde je pojem pojištění sucha chápán spíše jako milosrdenství státu vůči farmářům, není bez zajímavosti aktivní přístup Španělska, které už delší dobu zkouší a vylepšuje systém pomoci. I tady však je a bylo pojištění jen dílčím řešením. Ve finále pomáhá přímo stát. Velmi zajímavý způsob praktikují a stále „ladí“ v USA. Základ tohoto systému tvoří

Stát motivuje zemědělce k uzavření pojištění. Ti vzhledem k probíhající změně klimatu očekávají inovaci produktové nabídky i přístupu pojišťoven.

sít vzájemně si nekonkurujících komerčních pojišťoven s regionální působností (zjednodušeně: co stát, to pojišťovna). Tyto pojišťovny se nezajišťují u komerčních zajišťoven, ale u fondu vytvořeného a dotovaného státem. Pojišťovny platí zajištění tomuto fondu a dostávají od něj zajištění plnění. Výhody uvedeného systému jsou zřejmé. Zajištění, které v Evropě inkasují komerční zajišťovny, inkasuje fond, peníze tedy zůstávají v systému. V případě nedostatku prostředků „dosypává“ do fondu stát, který se tak zhostí své odpovědnosti za živitele národa. V rámci podpory zemědělství lze získat pojištění proti důsledkům sucha v řadě zemí celého světa. Ve zmíněných Spojených státech se nazývají „vlnami horka“ a jsou plně pojistitelné. Tento systém vede k odpovědnosti farmářů, kteří se komerčně pojišťují, a pojistitelů, jež jsou státem zajištěni. Státu umožňuje provádět průběžné kontroly použití výše zmíněných „dosypávaných“ peněz. Stát kontroluje i vhodnost pojistných produktů a výši sazeb u jednotlivých pojistitelů. Nezanedbatelným dalším přínosem systému je výrazné omezení potenciálního korupčního prostředí, které jinak při poskytování „ad hoc“ státních podpor může vzniknout.

Specializované pojišťovny – ano, či ne?

Při pohledu na pojistný trh zemědělského pojištění ve vyspělých světových zemích lze vysledovat tendenci směřující od kompozitních pojistitelů ke specializovaným. V mnoha zemích je zemědělský pojistitel dokonce pouze jediný. Ačkoliv by se mohlo zdát, že příčinou je odborná odlišnost zemědělského prostředí od dalších hospodářských odvětví a potřeba zvláštního přístupu, není tato skutečnost hlavním důvodem. Tu tvoří především obvyklá úzká provázanost specializovaných pojišťoven se systémem státní podpory a související potřeba zjednodušení dohledu nad řádným hospodařením těchto pojišťoven i účelnosti využití státních prostředků do nich vložených. Paralelní a významný trend zde představuje globalizace, kdy původně malé specializované zemědělské pojišťovny rozšiřují svou působnost i do dalších zemí. Snaží se tím o lepší rozprostření rizika a zároveň i o lepší podmínky pro své komerční zajištění. Jako příklad lze uvést situaci, kdy v některých letech zasáhnou silná krupobití oblasti České republiky, zatímco Maďarsko či Rumunsko zůstanou ušetřeny. Roční hospodářský výsledek pojišťovny působící ve všech těchto zemích pak může zůstat vyrovnaný.

Moderní trendy

Díky výpočetní technice, která nás provází na každém kroku, se po dlouhá desetiletí zažitá praxe odhadu výše škody za pomoci papírových sčítacích lístků rychle mění. Přestože se stále neobejdeme bez fyzické přítomnosti likvidátora na poškozeném pozemku, technické vybavení tvoří mnohem sofistikovanější nástroj. Jde o tablet se speciálním programovým vybavením, ve kterém se nachází nejen elektronická obdoba sčítacích lístků a veškeré škodní manuály, ale i mapa, podle které lze každý pojištěný pozemek jednoznačně identifikovat. Proto je vyloučeno, aby bylo omylem vyplaceno plnění za pozemek jiný než pojištěný. Po zanesení škody do tabletu se hodnoty přenesou na centrálu, kde už automaticky dochází ke zpracování vyúčtování škody. V Rakousku provozují tento nový systém již několik let, u nás jej zavádíme postupně. Plně funkční bude již v příštím roce. Přináší zásadní zrychlení a zjednodušení výplaty pojistného plnění, která může proběhnout do několika dnů od vyhodnocení výše škody v terénu.

Blízká budoucnost

Neustálý růst schopností informačních technologií ale napovídá, že časem se vývoj posune ještě dál. Pomineme-li neosvědčené pokusy likvidovat škody na plodinách podle fotografií poškozených plodin samotných, lze zvážit samozřejmě

V souvislosti s pozvolnou změnou klimatu lze pozorovat změny v poptávce po pojištění zemědělských rizik.

i sofistikovanější postupy likvidace, tzv. „od stolu“. Ty zpravidla směřují k indexnímu typu pojištění. Toho bude již v blízké budoucnosti možné využít právě u pojištění sucha i u nás, protože úhrny srážek a výše teplot je možné na rozdíl od např. síly krupobití relativně spolehlivě vyhodnocovat. Poněvadž Agra pojišťovna působí kromě své mateřské centrály v Rakousku a České republice i v dalších zemích, zkušenosti s čistě indexním pojištěním již má. Pracuje poté pouze s údaji o srážkách, příp. o teplotě vzduchu, a prohlídka porostů na místě odpadá. Aby bylo možné přistoupit k výplatě plnění, musí ale přepočtený srážkový deficit dosahovat alespoň 50 % dlouhodobého průměru. Klasická likvidace škod na pozemku i indexní typ „od stolu“ má své výhody i nevýhody a je zřejmé, že budou koexistovat společně. Technický pokrok mnohé zpřesňuje a snažíme se jej plně využít. Odborníci v současné době testují a ověřují, zda a jak při stanovování škod využít satelitního programu EU Copernicus, z jehož snímků lze vyčíst mimo jiné údaje k NDVI – indexu normalizované odchylky stavu vegetace. Míra fyziologického stresu vegetace vytváří ukazatel nejen pro sucho, ale i pro další rizika ohrožující zemědělské plodiny.

Závěrem

Z výše uvedených informací vyplývá, že aktuálně se zemědělské pojištění mění v několika oblastech. Nejvýrazněji k tomu přispívají změny klimatu a potřeba správných pojistných produktů, podpořených významnou dotací pojistného. S tím souvisí i snaha o dodatečnou státní pomoc prostřednictvím fondu, jehož pozitivní přínos ovšem není jednoznačný. Světovým trendem se stává specializace zemědělských pojistitelů, která státu umožňuje lepší kontrolu nad jejich fungováním. ●



Brexit z pohledu britského bankovního sektoru

Doc. Ing. Eva Zamrazilová, CSc. / hlavní ekonomka / Česká bankovní asociace

Výsledek britského referenda překvapil nejen sázkové kanceláře, ale rovněž finanční trhy a britskou politickou scénu. V důsledku referenda se prohloubilo rozštěpení společnosti vedené různými řezy napříč sociální, věkovou, lokální, profesní či vzdělanostní strukturou britské populace. Velkým problémem je rozdělený parlament, kde je většina poslanců proti odchodu z EU a přitom má parlament odhlasovat aktivaci článku 50 Smlouvy o EU. Teprve potom může začít vyjednávání o podmínkách odchodu UK z EU a formách další spolupráce.

Několik týdnů po referendu panuje ve Spojeném království nejistota a obavy z budoucnosti. Britští politici, kteří propagovali odchod z EU, evidentně neměli jasnou vizi, jak postupovat dál v případě úspěchu své kampaně. Téměř osamoceným ostrovem střídavého, pragmatického a proaktivního postoje je momentálně britská centrální banka (Bank of England, BoE). Její komunikace na straně jedné zřetelně signalizuje období zvýšené nejistoty, které bude trvat, dokud se ekonomičtí aktéři nepřizpůsobí nové situaci a dokud UK nenastaví nově vztahy jak s EU 27, tak i se zbytkem světa. Na straně druhé přitom centrální banka stejně jasně říká, co může pro hladký průběh tohoto de facto transformačního procesu udělat, jak se k tomuto úkolu postaví, vyjadřuje důvěru v aktuální stav britských bank a dalších finančních institucí.

Realistické hodnocení rizik

V aktuální zprávě o finanční stabilitě publikované dva týdny po britském referendu jsou realisticky hodnocena rizika, kterým bude britská ekonomika a finanční sektor v blízké budoucnosti čelit. Jedním z nejviditelnějších problémů je vysoký deficit britského běžného účtu. Klíčovou příčinou jeho prohloubení

v posledních třech letech byl pokles výnosnosti britských přímých investic v zahraničí, nikoli pokles konkurenceschopnosti britského hospodářství. Britští investoři znamenali pokles výnosnosti svých zahraničních investic zejména v odvětvích těžby a dobývání surovin, navázaných na vývoj cen komodit. Pokles cen komodit snížil příjmy z primárních důchodů a stáhl deficit primárních důchodů na 3 % HDP,

Britský finanční sektor je aktuálně ve velice dobré kondici a měl by současné turbulence přestát.

zatímco ještě v roce 2011 byla tato část běžného účtu v přebytku kolem 1 %. Samotný deficit v obchodě se zbožím a službami zůstává řadu let na obdobné úrovni, nižší výnosnost britských přímých investic v zahraničí posunula deficit běžného účtu na hodnoty kolem 7 %.

Britská měna

Na deficit běžného účtu bude ale příznivě působit aktuálně slabá libra. Britská měna se

stala prvním nárazníkem překvapivého výsledku britského referenda. Ve dvou obchodních dnech po oznámení výsledků hlasování oslabila libra vůči dolaru nejvíce od doby rozpadu Brettonwoodského systému. V období latentních měnových válek by se tento vývoj mohl jevit jako žádoucí. Mimochodem oslabení české koruny po přijetí kurzového závazku v listopadu 2013 nebylo v zásadě vyšším řádu. Slabší libra by ve výsledku měla podpořit britské exporty, zdražit a omezit britské dovozy, snížit deficit běžného účtu platební bilance a v neposlední řadě také přinést do Spojeného království vyšší inflaci, a tím pádem tlak na zvyšování úrokových sazeb. Ale centrální bankéři spíše dávají najevo, že měnová politika bude uvolněná.

A prostor tam ještě je, protože Bank of England jako jedna z mála centrálních bank vyspělého světa nenarazila na nulovou hranici sazeb. Problémem je to, že oslabení libry je vyvoláno nejistotou finančních trhů, která má i další souvislosti. Zvyšuje se riziková prémie u britských aktiv a lze očekávat oslabení přílivu investic do země. Tento faktor hraje roli i při profinancování deficitu běžného účtu přílivem přímých a portfoliových investic na finanční účet platební bilance.

Ceny nemovitostí

Další riziko spočívá ve vývoji cen nemovitostí, a to především těch komerčních. Během posledních pěti let zaznamenaly nemovitosti v UK jeden z nejvyšších růstů v Evropě – ceny nemovitostí stouply o více než čtvrtinu. O rizicích nadměrného růstu cen nemovitostí a jejich následné korekce není po dramatickém příběhu finanční krize jisté třeba se šířeji rozepisovat. Růst cen britských nemovitostí, zejména komerčních byl přitom částečně tažen přílivem zahraničního kapitálu, především ze zámoří. Již během prvního čtvrtletí 2016 se příliv zahraničního kapitálu do sektoru komerčních nemovitostí propadl o polovinu, takže cenové korekce jistě nastanou. Nicméně stres testy ukazují na to, že nejvýznamnější britské banky by měly ustát až 30% pokles cen komerčních nemovitostí. Na druhé straně jsou komerční nemovitosti častou zástavou pro poskytování úvěrů podnikům, nejčastěji v segmentu malých a středních firem. Pokles cen komerčních nemovitostí by tak přirozeně omezil přístup malých a středních podniků k úvěrům. Odhady BoE ukazují, že 10% pokles cen komerčních nemovitostí by měl za následek 1% pokles investic.

Kapitálová rezerva

I z těchto důvodů se britská komise pro finanční politiku (Financial Policy Committee FPC), která je součástí BoE, rozhodla s okamžitou platností snížit proticyklickou kapitálovou rezervu z 0,5 % k 0 %. Aby měly banky jistotu v plánování svých aktivit v době zatížené zvýšenou nejistotou, zaručuje BoE

setrvání proticyklické kapitálové rezervy na nule minimálně do června 2017. Kapitálové rezervy tak budou sníženy o téměř 6 mld. liber a úvěrová kapacita britských bank by mohla vzrůst až o 150 mld. liber. Pro srovnání – v roce 2015, kdy bankovní systém fungoval bez jakýchkoli turbulencí, byla výše čisté úvěrové krece 60 mld. liber. Navíc britské dohledové aktivity zajistí, aby se snížení kapitálových požadavků nepromítlo do vyplácení dividend, ale bylo směřováno skutečně do poskytování nových úvěrů britským podnikům a domácnostem. Britský finanční sektor je aktuálně ve velice dobré kondici a měl by současné turbulence přestát. Spojené království má dnes v bilancích bank jeden z nejnižších podílů problémových úvěrů (přibližně 2 %), banky mají dostatek kapitálu (mimořádně kapitálová přiměřenost v UK je na obdobné hodnotě jako v ČR). Během posledních několika let se

výrazně zlepšila nejen kapitálová, ale i likvidní pozice britských bank – 600 mld. liber vysoce kvalitních likvidních aktiv znamená čtyřnásobek hodnoty těchto aktiv oproti období před začátkem finanční krize.

Regulace

Současně bude dále pokračovat proces implementace regulačních opatření tak, aby britský finanční sektor zůstal nadále odolný. Britská centrální banka rovněž poukazuje na to, že aktuální situace zvýšené nejistoty přináší nejen rizika, ale současně i příležitosti pro britské podniky i domácnosti. Vzhledem k tomu, že BoE se podařilo velmi dobře zvládnout období finanční krize a její tehdejší opatření pro podporu ekonomiky byla rázná a účinná, lze předpokládat, že její kroky pomohou provést britskou ekonomiku i následujícím nesnadným obdobím.



Personální změny

Redakce Pojistný obzor

Jan Matoušek výkonným ředitelem ČKP

1. července 2016 došlo ke sjednocení řízení profesních organizací českých pojišťoven. Výkonným ředitelem České kanceláře pojistitelů (ČKP) byl jmenován Mgr. Jan Matoušek, stávající výkonný ředitel České asociace pojišťoven (ČAP) a jednatel servisní společnosti SUPIN. Na pozici výkonného ředitele ČKP rezignoval JUDr. Ing. Jakub Hradec, který však v ČKP zůstává a byl jmenován zástupcem výkonného ředitele a technickým ředitelem organizace. Druhou zástupkyní nového výkonného ředitele ČKP a provozní ředitelkou ČKP se stala JUDr. Stanislava Hojdová.

Etický výbor ČAP zná své složení

Prezidium ČAP rozšířilo pravomoci Etického výboru (EV) a zároveň ustanovilo jeho nové členy. Cílem této změny je posílení samoregulačních a etických principů fungování pojistného trhu. Nové složení Etického výboru koresponduje s aktuální strategií rozvoje ČAP, respektuje principy nezávislosti rozhodování výboru, odbornosti, rozložení sektorů i morální soudržnosti. „Mám velkou radost, že se Etický výbor podařilo sestavit z osobností reprezentujících pojišťovnictví, bankovní sektor, akademické prostředí a oblast ochrany spotřebitele. Jde o významné a uznávané odborníky v oblasti své profesní působnosti. Rozhodování EV musí být nestranné, a proto je dobře, že většina jeho členů nepochází z pojišťoven,“ okomentoval změny

výkonný ředitel ČAP Jan Matoušek a dodal: „Nezávislý Etický výbor s výraznou autoritou je jedním z důležitých stavebních kamenů strategie rozvoje asociace, která etiku podnikání a vztahů mezi pojišťovnami a klienty klade na jedno z předních míst svého zájmu.“ Role EV byla významně upravena stanovami ČAP, které nejenom nastavily nová pravidla výboru, ale současně pozvedly i jeho důležitost v rámci celého pojistného trhu. Etický výbor má možnost, pokud dojde k názoru, že některá z pojišťoven porušila principy Kodexu etiky v pojišťovnictví, viníka mimosoudně sankcionovat. Při zvlášť závažném přestupku může výbor navrhnout i pozastavení členství v ČAP či dokonce vyloučení. Kromě projednání případů porušení etických standardů se Etický výbor zaměří i na zpracování námětů na úpravy samotného Kodexu etiky. Nové postavení Etického výboru a jeho personální složení je podstatným prvkem pro další budování kredibility a autority České asociace pojišťoven v kontextu celého pojistného trhu. Nově jmenovaní představitelé nezávislého Etického výboru Ing. Vladimír Mráz, JUDr. Jana Herbočzková, prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc., Mgr. Filip Hanzlík, LL.M.; Daniel Hůle.

Nový obchodní ředitel NN Zbyněk Veselý

1. července 2016 nastoupil na pozici obchodního ředitele NN v České republice Zbyněk Veselý. Jeho hlavním úkolem bude rozšíření interní obchodní sítě a posílení obchodních aktivit

NN v České republice. Jako člen představenstva se bude podílet také na celkovém směřování společnosti. Tomáš Nidetzky, který dosud zastával pozici obchodního ředitele NN, bude od 1. července 2016 působit v bankovní radě České národní banky. „Nabídku vrátit se do společnosti, v níž jsem svou kariéru začínal, jsem přijal s velkou chutí. Mým hlavním úkolem v roli obchodního ředitele bude rozšířit síť finančních poradců NN a posílit obchodní aktivity této společnosti. Budu tak moct ve společnosti, k níž mám osobní vztah, zúročit zkušenosti, které jsem za posledních dvacet let nasbíral, a to mě upřímně těší,“ uvedl ke svému nástupu Zbyněk Veselý. Zbyněk Veselý (49) nastoupil do pojišťovnictví krátce po ukončení studií na Vysoké škole ekonomické v Praze, v oboru se tedy pohybuje přes dvacet let. V NN není úplným nováčkem, v letech 1994–1998 působil v této společnosti (tehdy Nationale-Nederlanden) jako manažer týmu poradců pro finanční plánování. V roce 1998 přijal nabídku České pojišťovny, kde tři roky působil jako generální ředitel a předseda představenstva její dceřiné společnosti Česká životní. Další pozice ve vrcholovém managementu následovaly. Od roku 2001 do 2003 Zbyněk Veselý působil v Komerční bance, kde měl na starost privatizaci a následný management její pojišťovací části, v roce 2003 se na dva roky přesunul do pojišťovny Allianz, kde byl zodpovědný za rozvoj a management obchodní sítě, v roce 2007 pak zakotvil v UNIQA pojišťovně, kde do letošního roku zastával roli obchodního ředitele a místopředsedy představenstva. Zbyněk Veselý má dvě dospělé

dcery. Ve volném čase se věnuje sportu, cestování a četbě. Zajímá ho také hudba a design.



Foto: NN

Zbyněk Veselý

NN bude mít nového CFO Mauricka Schellekense

Role finančního ředitele NN ČR/SR se na začátku srpna 2016 ujme Holanďan Maurick Schellekens. Ve společnosti NN (dříve ING) působí více než 10 let, naposledy coby finanční ředitel NN v Rumunsku. Jako člen představenstva se Maurick Schellekens bude podílet na strategii a celkovém směřování společnosti. „Nabídku z NN ČR/SR jsem přijal s velkou radostí. Týmy v těchto dvou zemích odvádějí skvělou práci a v současné době se zde rýsuje několik velice zajímavých projektů. Jsem moc rád, že se spolu s ostatními členy vedení budu moct podílet na aktivitách zaměřených na růst této společnosti, a to zejména v oblasti krytí rizik a nabízení kvalitních řešení, která budou mít pro klienty přidanou hodnotu,” vyjádřil se ke své nové roli Maurick Schellekens. V pozici bude oficiálně potvrzen Českou národní bankou. Maurick Schellekens (39) nastoupil do NN v roce 2006. Po studiu pojistné matematiky, které na Univerzitě

v Amsterdamu ukončil v roce 2002, svou expertizu v tomto oboru ještě prohloubil další kvalifikací z Institutu pojistné matematiky v Utrechtu. Před nástupem do NN Maurick pracoval tři roky jako konzultant v agentuře Mercer Human Resource Consulting. V rámci NN/ING Maurick započal svou kariéru jako manažer pojistných rizik v amsterdamské centrále ING Insurance Central Europe. V roce 2011 se přesunul do ING v Rumunsku, kde nejprve zastával roli CRO (Chief Risk Officer) a následně od října 2013 roli finančního ředitele (Chief Financial Officer). Maurick Schellekens je ženatý, má tři děti a mezi jeho koníčky patří golf a cyklistika. „S nástupem Mauricka Schellekense je naše představenstvo kompletní a můžu se plně soustředit na budování firmy, které skutečně záleží na klientech, zaměstnancích, akcionářích, obchodních partnerech a obecně širší společnosti. Přeji Maurickovi v jeho nové roli spoustu úspěchů. Jsem přesvědčen, že bude pro NN v České republice a na Slovensku velkým přínosem,” okomentoval nástup Mauricka Schellekense do role CFO generální ředitel NN ČR/SR Jiří Čapek.

Místopředsedou ČSOB pojišťovny Marek Nezveda

Pojišťovna ČSOB zvolila nového místopředsedu představenstva a rovněž došlo ke třem změnám na nejvyšších postech. Z ČSOB odchází Dušan Quis, Frank Fripon a Michla Kaněra. Nové předsednictvo bylo zvoleno s platností od 1. července 2016. Uvolněná místa v představenstvu

ČSOB Pojišťovny postupně obsadili Stanislav Uma, Jiří Střelický a Michal Brothánek. Z původního představenstva zůstali ve funkci předseda představenstva Vladimír Bezděk a člen představenstva Marek Nezveda. Toho si představenstvo v novém složení zvolilo za svého místopředsedu. Složení nového představenstva ČSOB Pojišťovny je následující: Ing. Vladimír Bezděk M. A. – předseda představenstva odpovědný za Útvar generálního ředitele; Ing. Marek Nezveda, ACCA – místopředseda představenstva odpovědný za Divizi financí a řízení rizik; Ing. Stanislav Uma – člen představenstva odpovědný za Divizi klientského servisu a přímé distribuce; Mgr. Jiří Střelický, M.A., Ph.D. – člen představenstva odpovědný za Divizi životního a neživotního pojištění; Ing. Michal Brothánek – člen představenstva odpovědný za Divizi obchodní.



Marek Nezveda

Foto: ČSOB

Novým členem představenstva KUPEG Jan Kovačič

Novým členem představenstva společnosti KUPEG úvěrové pojišťovny se od května letošního roku stal Jan Kovačič. Jan Kovačič přišel do úvěrové pojišťovny KUPEG ze společnosti ČSOB, kde do února 2016 působil v portfolio managementu. Svě

rozsáhlé zkušenosti v oblasti řízení úvěrových rizik a úvěrové analýzy získal v průběhu mnohaleté kariéry převážně v bankovním sektoru. Před příchodem do úvěrové pojišťovny KUPEG působil na různých pozicích spojených s řízením úvěrových rizik v ING Bank, Raiffeisenbank a Sberbank. Ve společnosti KUPEG zodpovídá Jan Kovačič za oddělení Underwritingu, Likvidace a vymáhání a má na starosti rovněž řízení rizik. Nový člen představenstva vystudoval Vysokou školu ekonomickou v Praze, je držitelem magisterského titulu z francouzského FORCOMEX v Roubaix a domluví se anglicky a francouzsky. Je ženatý a má tři děti. Mezi jeho záliby patří hra na saxofon.



Foto: KUPEG

Jan Kovačič

Změna orgánů společnosti Pojišťovna VZP

Valná hromada Pojišťovny VZP, a. s. (PVZP) rozhodla o změně členů ve statutárních a dozorčích orgánech společnosti. Aplikace nového regulatorního režimu Solvency II si vyžádala změny ve statutárních a dozorčích orgánech PVZP. Do nového tříčlenného představenstva míří členové

dosavadního top managementu, zástupci jediného akcionáře VZP ČR obsadí novou pětičlennou dozorčí radu. Česká národní banka již vyjádřila se změnou souhlas a po něm rozhodla valná hromada VZP ČR reprezentovaná ředitelem VZP ČR Zdeňkem Kabátkem o složení nového představenstva a dozorčí rady své dceřiné společnosti PVZP. Do představenstva zamíří Robert Kareš, Halina Trsková a Pavel Ptáčník, dozorčí radu obsadí Petr Honěk, Radomíra Jahodářová, Jiří Mrázek, Aleš Zbožínek a Petr Nosek. Téhož dne se rovněž konalo první zasedání nového představenstva, které si zvolilo Roberta Kareše jako svého předsedu a Halinu Trskovou jako místopředsedkyni. Robert Kareš současně ukončil svoje mnohaleté angažmá jako výkonný ředitel společnosti.

Poradenská společnost Britanika mění vedení

Podle serveru investujeme.cz byl v polovině července odvolán generální ředitel finančně poradenské společnosti Britanika Holding Jan Kubín. „Jan Kubín výrazně přispěl k vytvoření týmu Britaniky, komunikaci její unikátní filosofie, zavedení produktů a ustanovení jejího zázemí. Pro další fázi Britaniky jsme se rozhodli přenést hlavní pravomoci na manažera s rozsáhlými zkušenostmi s vedením obchodního týmu. S Janem Kubínem nicméně nadále spolupracujeme na externí konzultantské bázi, abychom využili jeho cenné zkušenosti a nadále úspěšně rozvíjeli značku Britanika,“ uvedl serveru tiskový mluvčí společnosti Renómia Jan Osúch. Od června je řízením Britaniky

pověřen dosavadní obchodní ředitel Radek Burian. Ten před nástupem do Britaniky působil více než 23 let ve společnosti Kooperativa, posledních 8 let jako ředitel úseku interního obchodu, kde nesl odpovědnost za více než 2500 pojišťovacích poradců. V listopadu 2015 si Britanika kladla za cíl do 3 až 5 let získat přes 500 finančních poradců. Za touto ambicí významně zaostává. Server uvádí, že k 24. 8. 2016 má u České národní banky registrováno 5 vázaných zástupců (VZ) a 14 podřízených pojišťovacích zprostředkovatelů (PPZ). Britanika podle svých slov staví finanční poradenství na férovosti. Z tohoto důvodu nenabízí ani kontroverzní investiční životní pojištění a má omezené předplacené poplatky u investic do podílových fondů.

Radovan Škultéty generálním ředitelem Aon Risk Solutions ČR a SR

Novým generálním ředitelem divize Aon Risk Solutions ČR a SR společnosti Aon Central and Eastern Europe a.s. se sídlem v Praze se stal k 1. 9. 2016 Radovan Škultéty. Radovan Škultéty vystudoval Právnickou fakultu Univerzity Komenského v Bratislavě. Své znalosti se rozhodl uplatnit a rozvíjet v oblasti pojišťovnictví, kde se pohybuje více než sedmáct let. Svoji kariéru na Slovensku začal v pojišťovně Zurich Insurance Company, od roku 2002 pak působil ve společnosti Marsh a dále pracoval jako vedoucí organizační složky Triglav Insurance Company. Od roku 2009 působil jako vedoucí organizační složky Aon na Slovensku.

První vydání Pojistného obzoru: Pojištění odpovědnosti je věčné téma

Redakce Pojistný obzor

Marcus Tullius Cicero kdysi dávno řekl: „Historie je svědectvím času, světlo pravdy, život paměti, učitelka života, zvěstovatelka dávných dob.“ Pojďme se tedy v duchu této věkem prověřené pravdy vydat na návštěvu minulosti. V kontextu našeho časopisu se samozřejmě bude jednat o historii pojišťovnictví. A jakého jiného průvodce zvolit než právě Pojistný obzor, který nás provází už od roku 1922. První číslo vyšlo 1. května a titulěk článku zněl: Právní pojem a obsah pojištění odpovědnostního (povinného ručení) podle zákona o smlouvě pojišťovací.

POJISTNÝ OBZOR

Ročník I. V PRAZE 1. května 1922. Číslo I.

Právní pojem a obsah pojištění odpovědnostního (povinného ručení) podle zákona o smlouvě pojišťovací.

Píše prof. Dr. K. Hermann-Olavský.

Pojištění odpovědnosti čili, jak se posud obyčejně zve, pojištění povinného ručení¹⁾ vyvinulo se jako důsledek zostřené právní odpovědnosti vyznačující moderní život právní. Zostření toto lze sledovati v našem právu občanském i obchodním, počínaje rozvojem dopravy železniční, jakožto stále mohutnější tendenci vývoje, podporovanou zejména vždy intenzivnějším i extensivnějším vzájemným stykem lidstva v životě obchodním a právním.

Zákon o smlouvě pojišťovací z 23. prosince 1917 upravuje pojištění odpovědnosti v §§ 120—129; zařadí je ve hlavu druhou „O pojištění škodovém“, jakožto poslední její kapitolu. — Trebas tím zákonodárce zaujíti již určité zásadní stanovisko co do povahy odpovědnostního pojištění, nelze se přece s tím spokojiti s hlediska právního, at teoretického at praktického, nýbrž zůstává pro otázky naznačené v názvu úvahy této rozhodným obsah zvláštní normy pojištění to upravujících; a to tím spíše, že jak v doktríně, tak i v praxi narážíme právě v tomto mladém odboru pojišťovacím na četné otázky pochýbné a sporné, zejména již co do použití obecných zásad škodového pojištění. Příkladem jsou tu otázky o aplikaci pojmů: předmět pojištění, zájem pojištěný, nebezpečí pojištěné, příhoda, hodnota, doba pojištění a j. v. — I chceme tuto, přihledajíc k zákonně pozitivní úpravě odpovědnostního pojištění, nastíniti aspoň v hlavních rysech výsledek, který se dá z úpravy té, ne vždy jak žádoucí jasně a průzračně, dovoditi pro právní jeho pojem a obsah.

¹⁾ Název v praxi obvyklý „povinné ručení“ jest slovním překladem německého „Haftung“, trpí však nedoplněností, malý vylučuje specifického rázu německého názvu. „Ručení“ ve smyslu právním nemůže být jiné než povinné, bez atributu však má význam příliš úzký, než aby ho mohlo být použito. Pro náš případ navrhuji též název „pojištění odpovědnosti“, ježto však slovo závaznost bodí se dobře pro německé „Obiegenheit“ ve smyslu § 32 zák. o sml. poj., užito v oficiálním překladu (k návrhu autora tohoto článku) slova „odpovědnost“, jež jest v plné shodě s francouzským názvem „responsabilité“. — Z došlé literatury odkazují jest ku přednášce Dr. P. Čechá: „O pojištění pojišťovnictvím a povinného ručení“, uveřejněné nákladem „Ústavu ku podpoře průmyslu“ (Praha, 1913).

1

1. Obsah zákonné úpravy odpovědnostního pojištění možno stručně vytknouti, jak následuje:

1. Za obsah odpov. pojištění uvádí § 120-I. závazek pojištětele zprostiti pojištěníka škody za plnění, které tento má konati třetí osobě na základě odpovědnostního poměru ve smlouvě ná- značeného, následkem skutečnosti ve smlouvě době nastanoucí. V odst. 2. se rozšiřuje pojištní závazek na řízení jistoty, pokud ji má pojištník třetí osobě pro její nárok zříditi.

2. Již po zákonu § 121-I. pojištění odpovědnosti zahrnuje soudní a mimosoudní náklady obrany proti nároku třetí osobou uplatněnému, jakož i náklady obhajobami v řízení trestním zavedením pro čin, jenž by mohl pojištěnému nároku býti základem. To platí, jak pravi poslední věta 1. odstavce, i tenkrát, když tu není závazku k náhradě osobě třetí. Odst. 2. a 3. specifikují blíže tento závazek; odst. 4. hledí k samopojištění a smluvenému, at zákonem vnučenému.

3. Neplatným prohláší § 122 odpov. pojištění co do skutečnosti pojištěním úmyslné a bezprávně způsobené, jakož i co do pokutu pojištníka at soudy, at politickými úřady uložených.

4. O pojištění odpovědnosti podnikatelské jedná § 123. — V odst. 1. zahrnuje v ně pod hlediskem pojištění na cizí účet pojištníkovy řízení, pověřené vedením nebo dohledem v závodech; odst. 2. určuje pak, jak rozděliti plnění pojištníkovy při odpovědnosti více takových osob za tutéž odpovědnostní skutečnost. V odst. 3. odkazuje zákon pro případy záněru v osobě podnikatele (zejména zřízení a propachovním podnikku) k § 64—66 zák. předpisům to o zřízení pojištní nemovitosti.

5. O pojištníkové povinnosti k oznámení nastalé příhody jedná § 124-I. Jest ji vyhověno odesláním oznámení do 8 dnů od mimosoudního uplatnění odpovědnostního nároku třetí osobou nebo od zahájení trestního řízení pro tu kterou skutečnost. O soudním uplatnění nároku třetí osobou jest pojištník povinen bez odkladu zpravit pojištětele. V odst. 2. upravuje se právní postavení pojištětele ve spor vstupujícího a čini se účinností úmluvy o právu pojištětele určit pojištníku právního zástupce ve sporu závislou na tom, že pojištník svůj pojištní závazek vůči pojištníku uznal. V odst. 3. rozšiřuje se za jistých podmínek zpřístupnění pojištětele, nastávající podle § 29, odst. 3. pro nezaplacení následné premie.

6. O splatnosti pojištního nároku jedná § 125; ukládá pojištníci nahraditi škodu do osmi dnů po uspokojení nároku osobou třetí pojištníkem nebo po určení jeho právoplatným rozsudkem, uznáním neb narovnáním. Náklady podle § 121 jest nahraditi do osmi dnů po oznámení výše právoplatně určené. Důležitým je ustanovení odst. 2. v § 125, stran úmluvy o zániku závazku pojištětele ve případech, že pojištník bez jeho souhlasu třetí osobu uspokojí nebo její nárok uzná; arcí nemůže se pojištník úmluvy té dovolávati, když pojištník nemohl uspokojení to neb uznání beze zřejmého přikročení odepřiti a nepřekročí při tom svého právního závazku.

2

7. V § 126 vylučuje se přechod event. náhradního závazku pojištníkovy proti osobě třetí na pojištětele (§ 62), je-li osobou tou příslušník pojištníkovy rodiny, žijící s ním v domácní společenství. — V § 127 vyhrazuje se třetí osobě důsledkem odpovědnosti pojištníkovy proti němu oprávněný zástavní právo na pojištníkové nároku na odškodnění a splatnosti proti ostatním věřitelům a konkursní podstatě pojištníkové.

8. Zásadně důležité jsou dvě ustanovení § 128: a) Pojištník jest oprávněn odškodnění pojištníku příslušející, zpravit jej o tom, bezprostředně zaplatiti třetí osobě, pokud ji pojištník jest zavázán; b) k žádosti pojištníkové jest pojištník povinen zaplatiti osobě třetí.

II. Kritická úvaha ustanovení právě sdělených přivádí nutkavě k některým výtkám vůči zákonné úpravě pojištění odpovědnostního, převzaté valnou měrou z německého zákona o smlouvě pojišťovací z 30. května 1908. Blíže jest uvést:

1. Vytknouti jest nejprve, že obecný pojem pojištění odpovědnostního, jak jest vymezen v § 120, ve přesném pojetí ne- kryje pozitivní jeho obsah upravený zákonem. Případ dotčený poslední větou prvního odstavce v § 121 (viz výše pod č. 1. 2.) vystupuje totiž z meze pro odpovědnostní pojištění v § 120 vyloučených: Kdežto pojištění toto předpokládá podle § 120 existenci určitého poměru odpovědnostního a jest uzavřeno pro ten případ, že dostatečným se jistě skutečností vzjde pojištníku závazek k plnění, zahrnuje se v § 121-I. a § 129 spolu také i poslední větě odstavce tohož pod heslem „objem ručení“ případ pod- statně různý, t. j. pojištění proti škodě hroziící z nákladů obrany proti bezdůvodnému útoku resp. z nákladů obhajobami v trestním řízení, když obviněného vina nestihá.

Jde tu o případ, jenž bývá označován jakožto pojištění právní ochrany; přesněji jest ho označiti, když se předpokládá — jak to čini zákon v § 121-I., arcí jen prostou dodatkovou větou — bezdůvodnost útoku resp. obvinění, jakožto ryzi pojištění právní ochrany. Ovšem jest to případ pojištění odpov. odpovědnostního pod tím blízký, že toto zahrnuje podle jednostranné donucovacího předpisu zákona (§ 121-I. a § 129) spolu také i pojištění nákladů, jež vzešly pojištníku obranou, resp. obhajobami při důvodném uplatnění nároku, resp. zahájení řízení trestního. Z toho důvodu budou též ryzi mu pojištění právní ochrany společnými některé normy, upravující pojištění odpovědnostní, tak zajisté: § 121 (III., IV.), § 123, § 124 (I., II.) a § 126. (Viz výše pod čís. 1., 2., 4., 5., 7.).

2. I redukuje se tudíž právě pojištění odpovědnostního na pří- padu operující o odpovědnostním poměrem právně existentním a s eventualitou právé, nejen putativní, odpovědnostní skutečnosti. Ovšem vzchází otázka: co jest tu hlavním, primárním obsahem pojištětele závazku?

(Dokončení přísti.)

²⁾ „To platí i tehdy, není-li dlužno platiti náhradu osobě třetí.“

3

The Future of the European Market... or Brexit Suggests Many Answers

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc. / University of Finance and Administration Prague

Last year, Greeks stirred up the slack summer season for economists in the European Union in a big way when they refused to bear responsibility for their debt in a referendum. This year the UK did so in an even more spectacular manner, deciding to exit the integration grouping on the basis of a referendum among its citizens after many years of membership (since 1973). Britons' decision is a historical moment as it entails serious economic implications not only for the UK but also for all member states, and at a time when it is becoming increasingly apparent that the principal economic goal of the European integration – to be the most competitive community in the global economy – is largely failing. In fact, the current reality suggests it is the other way round: the EU appears to be an over-regulated and economically stagnating community.

Experts are in agreement on this: the steep discrepancy between the originally declared goal and the rather bleak reality has historically been the result of excessively bureaucratic approach to the EU's functioning. The aristocratic bureaucracy's effort geared towards gaining control over the community has gradually transformed into creating a complex system, which only its own creators can understand well enough, and it subsequently lives a life of its own. We should add that this life is removed quite far from reality. In this respect, we should recall the warning of scholars examining the causes of the collapse of advanced civilisations of the past. In a typical pre-collapse symptom, at a certain stage the ruling system becomes so complicated that it lacks the energy required to sustain itself. In a historical analogy: overly complex systems face the risk of collapse resulting in their spontaneous simplification. The Britons' view

can be interpreted so that the EU's strategy of state interventions and tightening regulation cannot reverse these developments, and the British Isles' inhabitants do not want to participate in the negative trend or wait for the spontaneous deregulation any more.

The banking sector

The process of tightening regulation is especially strong in banking and insurance sectors. When the UK was joining the EU, the Basel Committee for Banking Supervision was formed as part of the Bank for International Settlements with a view to 'improving the global banking', issuing regulatory standards and specific procedures for supervision in the banking industry. These standards have the nature of the Committee's recommendations for the member states' biggest banks; in this context it is symptomatic that the European Commission has transposed these voluntary rules into the mandatory Basel I, II and III Directives for all banks licensed in the member states. The rigidity of this approach is obvious if we realise, for example, that the Basel III Directive pursues ensuring sufficient liquidity of banks while, in the current environment, there is a general surplus of liquidity in national economies. The pressure towards joining the Euro zone and the banking union is another issue, and one that is controversial for the Czech economy in certain respects.

The insurance sector

The situation with the tightening of regulation is similar in the commercial insurance sector. I think we all can still remember the hectic debate over the Gender Directive and guarantee schemes. The mandatory implementation of two stages of the Solvency regulatory project, similar to the banking industry's Basel, has already been completed. However the Czech economy is lagging behind other EU countries with the application of Solvency II due to a conflict between insurers and insurance brokers, which was even reflected by the lawmaking authority. In terms of implementation, the EU regulatory authorities unilaterally prefer the stability of the commercial insurance sector; however, they do so at the expense of the very mission of insurance and the efficiency of the insurance business. Based on the mathematical modelling enacted by the Solvency II regulatory project, its first cornerstone defines the

set admissible ratio of the non-life risks covered by insurance to the insurer's capital. If the model rates the risk as quantitatively inadequate, the insurer must either reject it or offer the maximum claim settlement determined by the model. As a result, the financial impact of randomness is 'sterilised' in insurance policies constructed in this manner. A major negative aspect, however, is that the amount of loss in excess of the limit is not systemically addressed in practice.

A global change

If we abandon the EU regulatory authorities' mathematical view of the world, whether or not we want to, we have to admit that there is a real possibility of an upcoming global civilisation change that is entirely beyond the confines of predictability and thus outside any mathematically conceived determinacy. With this empirical approach, it appears to be highly problematic to construct a scalar that is the 'non-life risk assumed by the insurer'. But this speculative quantity is used as a binding capacity criterion for a commercial insurer's business. The implementation of Solvency phase two is expected to provide multiple effects in many other areas of regulation; for example, the model should also replace the conservative handling of clients' funds in mathematical reserves, which to date has been provided by the historically proven system of 'asset quotas'. Only time will tell how the high ambition of the Solvency project will turn out. One thing is certain – this regulation is living a life of its own, and an almost uncontrollable one at that. Nobody debates its meaning and the limits of its application anymore while the content and form of the extensive directives, reissued again and again by the self-confident regulatory officials, increasingly resemble texts by George Orwell. At any rate, British insurers can avoid excessive regulation and the downsides of the Solvency project. That said, one cannot expect the interest in the London reinsurance market, which many member states' insurers frequently use for its high quality and professionalism in all respects, to wane as a result of Brexit.

Heterogeneity of the member economies.

The high degree of heterogeneity of the individual member economies is one of the principal objective obstacles to the proper functioning of the EU, and this

tends to increase instead of converging. The disparities between the needs and economic goals are obvious. Last summer showed how dramatically the goals of Greece and Germany differ; France's goals are different too and the UK's goals are different still. In the wake of the referendum, the UK is tackling a serious dilemma: it wants to remain part of Europe's single market while avoiding the extraordinarily sensitive rule regarding the free movement of workers. Free movement of workers is currently a valid prerequisite for the admission to the single market. In addition to the different economic goals, the differences in the individual countries' political attitudes to the subtle issues of migration are escalating. Terrorist acts of persons of different ethnicities are a catalyst in this situation. We should also say that discontinuing the opulent welfare support for EU migrants who do not work was a strong topic before the British vote.

Zero self-reflection

In terms of the response to the British vote, the European leaders' attitude is a bit of a disappointment; there were expectations of announcing attempts at changing the way the EU works. Instead of admitting a share of guilt and preparing reforms as a way of reflecting on the developments, what we hear from Brussels is actually to the effect of 'more Europe'. This confirms the disconnection from the feelings of the member states' citizens who are increasingly voicing their disagreement with the bureaucratic mode of operation of the EU as a whole. The opinion on whether or not the British should remain part of the EU's single market will indicate whether the EU leaders are willing and able to change their current attitude and use more of realistic judgment. If the EU insists on free movement, it will lose about 15% of its entire export, which goes to the UK, and that is quite a big market. The forecasts of the future of Europe to the effect that it will likely become more fragmented with an increasingly important role played by the local economies are becoming more common, and not only on the part of Euro-sceptics. The complicated state interventions and regulation cannot change things. Instead of waiting for the system to spontaneously simplify itself through its general collapse, it might be a better idea to try reducing regulatory interventions. The return to the ideas of free market and its liberalisation is the only possible way for a united Europe to progress. ●



Pojistný obzor 2016/3

Odborný čtvrtletník českého pojištnictví
vycházející od roku 1922.

www.pojistnyobzor.cz

Adresa: Gemini B,
Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4
Telefon: (+420) 222 350 161
E-mail: redakce@pojistnyobzor.cz

Šéfredaktor: Mgr. Jan Cigánik

Redakční rada:

Ing. Libor Adamec, Ph.D., prof. Ing. Jaroslav
Daňhel, CSc., JUDr. Zuzana Hlaváčková, RNDr.
Petr Jedlička, Ph.D., Milan Káňa, Marcela
Kotýrová, JUDr. Tereza Kunertová, Ph.D., LL.M.,
Ing. Marcela Machová, Mgr. Jan Matoušek,
Ivana Menclová, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.,
MBA, Mgr. et Mgr. Drahomíra Murínová, PhDr.
Miloš Novák, Ing. Eva Svobodová

Grafická úprava a sazba: Studio Grafite, s.r.o.
www.grafite.cz

Tisk: qtstudio.eu

Náklad: 100 kusů

Evidenční číslo:

MK ČR E 1060
ISSN 0032-2393 (Print)
ISSN 2464-7381 (On-line)

Inzerce: Veškeré informace podá redakce.

Využití článků povoleno pouze se souhlasem
redakce a při zachování autorských práv.

Vydavatel: Česká asociace pojišťoven



© Česká asociace pojišťoven
www.cap.cz

ČAP a ČKP představují nový vizuální styl

Česká asociace pojišťoven (ČAP) a Česká kancelář pojistitelů (ČKP) představují nová loga, která jsou nedílnou součástí společného vizuálního stylu reflektujícího sjednocené řízení obou profesních organizací. Autorem nové korporátní identity skupiny je studio Grafite, s.r.o.

Nová loga s jasnou symbolikou představují další krok v nepřetržitém vývoji image obou společností a potvrzují existující synergii, cíle společností i totožnou strategii. Každé z log nese specifický a jednoduchý grafický prvek, ze kterého je patrné poslání organizace a předmět její činnosti. Logo ČAP díky svému symbolu otevřeného deštníku evokuje jistotu, ochranu před nepřízní osudu a záštitu, zatímco silnice, která je naznačena v logu ČKP, představuje spojení s problematikou pojištění vozidel a pomoci motoristům.

Jednotný design všech podkladů a materiálů odráží moderní komunikační a grafické trendy. Změna se dotkne i webových stránek, které v blízké budoucnosti rovněž projdou svojí významnou obměnou, jež se mimo jiné projeví i ve snadnější orientaci a rychlejší dostupnosti informací a v celkovém uživatelském komfortu.



Pojistný obzor je členem Mezinárodní
organizace odborného pojišťovacího tisku.
insurancepress.eu

