POJISTNÉ ROZPRAVY

pojistně teoretický bulletin

27

česká asociace pojišťoven

POJISTNÉ ROZPRAVY

pojistně teoretický bulletin

27

2011

ISSN 0862-6162

Obsah/Contents

Úvodník / Editorial
Rozsudek Soudního dvora EU k pojištění mužů a žen / Decision of the Court of Justice of the EU regarding insurance of men and women
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., předseda redakčního kruhu 3

Význam zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, pro vznik a další vývoj soukromého pojištění v České republice / Significance of the Insurance Act No. 185/1991 Coll. for an inception and development of private insurance in the Czech Republic
PhDr. Vladimír Přikryl, JUDr. Jana Čechová, Ministerstvo financí 5

Pojistný trh České republiky 1991–2010 / Insurance market of the Czech Republic 1991–2010
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Ing. Josef Keller, Česká asociace pojišťoven 16

Quantitative Impact Study 5 – evropské kontra české pojišťovny / Quantitative Impact Study 5 – European versus Czech insurance companies
Mgr. Kamila Šimonová, Česká pojišťovna a.s. 26

Solventnost II a interní modely / Solvency II and internal models
Mgr. Josef Lukášek, Allianz pojišťovna, a.s. 35

SOLVENTNOST II, ÚČETNICTVÍ, VÝKAZNICTVÍ... / SOLVENCY II, ACCOUNTING, REPORTING …
Ing. Ladislav Korobczuk, Česká pojišťovna a.s. 44

Řízení rizik v pojišťovnách v návaznosti na změny podmínek na finančních trzích a na pokračování implementace regulatorního projektu Solvency II / Risk management in insurance companies in response to changes of conditions in financial markets and the continued implementation of the Solvency II regulatory project
prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., doc. RNDr. Jarmila Radová, Ph.D., Vysoká škola ekonomická v Praze 49

Nový občanský zákoník / New Civil Code
Mgr. Lucie Krejčí, Generali Pojišťovna a.s. 56

Trestný čin pojistného podvodu v novém trestním zákoníku / Criminal offence of insurance fraud in the new Criminal Code
JUDr. Vlastimil Pršal, Allianz pojišťovna, a.s., Mgr. Vít Peštuka, Justiční akademie Kroměříž 68

Povodně – povodňové zóny / Floods – flood zones
Ing. Ivo Bánovský, Intermap Technologies, s.r.o. 73

Oceňování rizikového XL zajištění / Appraisal of risk XL reinsurance
Mgr. Roman Drápal, Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s. 85

Dohody soutěžitelů a evropské právo / Agreements of competitors and European law
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Česká asociace pojišťoven 109

Rozsudek Soudního dvora EU k pojištění mužů a žen

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., předseda redakčního kruhu

Významnou událostí pro pojišťovnictví, ke které došlo v období přípravy tohoto čísla časopisu Pojistné rozpravy, se stal nesporně rozsudek Soudního dvora EU (věc C 236/09), jenž se týká směrnice Rady 2004/113/ES ze dne 13. prosince 2004, kterou se zavádí zásada rovného zacházení s muži a ženami v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování (dále jen „směrnice"). Soudní dvůr dne 1. března 2011 rozhodl, že článek 5 odst. 2 dané směrnice je neplatný od 21. prosince 2012.

Toto stručné sdělení je asi srozumitelné jen těm odborníkům, kteří se směrnicí a její implementací do českého práva zabývali. Proto si dovolím záležitost poněkud rozvést. V článku 5 odst. 1 výše uvedené směrnice se uvádí, že *„členské státy zajistí, aby ve všech nových smlouvách uzavřených nejpozději po 21. prosinci 2007 nevedlo použití pohlaví jako faktoru při výpočtu pojistného a pojistného plnění pro účely pojištění a souvisejících finančních služeb u jednotlivých pojištěnců k rozdílům ve výši pojistného a pojistného plnění"*. To je promítnutí zásady rovného zacházení upravené v článku 4 směrnice. Díky argumentům evropských pojistitelů, že uplatňování rozdílů mezi muži a ženami v pojištění není diskriminací, byl do směrnice doplněn ještě odst. 2, který v podstatě vyjadřuje, že členské státy mohou rozhodnout o povolení přiměřených rozdílů ve výši pojistného a pojistného plnění u jednotlivých pojištěnců, je-li pohlaví určujícím faktorem při hodnocení rizika založeném na příslušných a přesných pojistně-matematických a statistických údajích. Členské státy tuto možnost využily, i když se nedá říci, že národní úpravy jsou totožné.

Našla se však jedna asociace – Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL – která podala žádost o rozhodnutí o neplatnosti příslušného belgického zákona ve věci rozdílnosti pohlaví a pojištění. Jelikož tato právní úprava vycházela ze směrnice, tak se záležitost dostala k Soudnímu dvoru EU.

Soudní dvůr EU sice v odůvodnění rozsudku uznává možnost výjimky, ale poukazuje na tu skutečnost, že výjimka v článku V odst. 2 není časově omezena. Dospívá k závěru, že *„toto ustanovení je po uplynutí přiměřeného přechodného období tudíž třeba považovat za neplatné"*.

Rozsudek vyvolal značnou pozornost nejen v pojišťovnictví. Pojistitelé jednoznačně zdůrazňují, že nejde o nerovnost mezi muži a ženami, ale že jde o spravedlnost při hodnocení rizika. Poukazují také na dopady v oblasti nákladů s ohledem na nutnost úpravy provozních systémů, ale rovněž na dopady pro pojistníky. Paradoxem by totiž bylo, že by se pojistné celkově oproti současné situaci zdražilo a ženy by u řady pojistných produktů platily vyšší pojistné, jelikož nyní jsou hodnoceny jako „lepší riziko".

Na druhé straně nelze pustit ze zřetele ani další osud směrnice. Vždyť v samotném rozsudku Soudního dvora EU se v bodě 28 uvádí, že podle ustálené judikatury Soudního dvora obecná zásada rovného zacházení vyžaduje,

aby se srovnatelnými situacemi nebylo zacházeno odlišně a s odlišnými situacemi stejně, není-li takové zacházení objektivně odůvodněno. Je nabíledni, že situace mužů a žen jsou v pojištění z rizikového hlediska odlišné, takže s nimi přece nemůže být zacházeno stejně.

Otázkou je, co bude dál. Evropská komise by měla ve druhé polovině roku 2011 předložit revizi směrnice a například Svaz pojišťoven Rakouska ve svém tiskovém sdělení k dané problematice zdůrazňuje, že Komisi nic nebrání, aby navrhla úpravu směrnice. Zájem o další vývoj je také v České republice. Stálá komise Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky pro rodinu a rovné příležitosti na svém zasedání dne 8. 4. 2011 požádala vládu o průběžnou informaci o reakci Evropské komise na rozhodnutí Soudního dvora EU a o obhajobu zájmů žen a mužů v jejich přirozených odlišnostech. Ze zápisu z tohoto jednání vyplývá znepokojení, pokud jde o zmíněný rozsudek, ale i určitá obava z dalšího vývoje. Důležité je ale sdělení přítomného zástupce Ministerstva financí, že Evropská komise se vyjádřila v tom smyslu, že rozsudek nebude mít retroaktivní účinek. V Pojistných rozpravách budeme tuto záležitost sledovat.

Na závěr tohoto úvodníku mi dovolte od aktuálního tématu odbočit a připomenout jedno pro pojišťovnictví významné výročí. Dne 26. dubna 1991 byl schválen zákon o pojišťovnictví, který dal zelenou zakládání soukromých pojišťoven, a ve stejný den byla podepsána dohoda o vytvoření první asociace – společné pro český i slovenský pojistný trh – Česko–Slovenskej asociácie poisťovní. Těmto událostem jsou v tomto čísle časopisu věnovány dva samostatné články. První z nich poukazuje na zásadní význam výše zmíněného zákona o pojišťovnictví a druhý hodnotí trendy rozvoje českého pojistného trhu. Svoji úlohu v tomto dvacetiletí sehrával i časopis Pojistné rozpravy, který byl nejdříve vydáván v České pojišťovně a.s. a od roku 1997 v České asociaci pojišťoven. Prezidium asociace si bylo vědomo potřeby kvalitního pojistně-teoretického bulletinu a jeho tvorbu plně v uplynulém období podporovalo.

Resumé

Decision of the European Court of Justice regarding insurance of men and women
This editorial is devoted to the significant decision of the Court of Justice of the European Union regarding the termination of Article 5 paragraph 2 of Council Directive 2004/113/ES, implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services. It mentions the impact of this decision on insurance undertakings and policyholders and opinions of insurance associations, especially in respect of future development.

At the end the author pays attention to passing the first Insurance Act on April 26, 1991, which paved the way to an inception and 20-year-long successful development of the Czech insurance market.

Význam zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, pro vznik a další vývoj soukromého pojištění v České republice

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

Dnem 26. dubna 2011 uplynulo 20 let od doby přijetí zákona České národní rady č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, kterým byl s účinností od 28. května 1991 zrušen pro území České republiky zákon Národního shromáždění č. 82/1966 Sb., o pojišťovnictví. Tím byl na území České republiky položen právní základ pro vznik současného demonopolizovaného soukromého pojišťovnictví.

Úvahy o možnosti vzniku a působení více soukromých pojišťoven na území tehdejšího Československa, tedy o demonopolizaci pojišťovnictví, se objevily již v návrzích zásad zákona o pojišťovnictví zpracovaných Federálním ministerstvem financí ve spolupráci s ministerstvy financí, cen a mezd obou republik v roce 1988. Návrh zásad zákona Federálního shromáždění o pojišťovnictví z prosince 1988 (viz Federální ministerstvo financí č.j.: 20/987/88) již předpokládal, že podnikat v pojišťovnictví mohou pouze organizace založené k tomuto účelu ve formě státního podniku nebo akciové společnosti.

Zásadní obrat nastal až po politických, společenských a ekonomických změnách v tehdejším Československu v roce 1989. Zpracování zásad zákona o pojišťovnictví zabezpečovalo Federální ministerstvo financí, zástupci ministerstev financí, cen a mezd obou republik a Česká státní pojišťovna a Slovenská štátna poisťovňa.

Podstatný význam pro přípravu základních principů a přístupů k návrhu zásad zákona o pojišťovnictví mělo jednání zástupců Ministerstva financí a České státní pojišťovny dne 21. března 1990. Jmenujme alespoň některé z těch, kdo stáli u jejich zrodu. Z Ministerstva financí České republiky to byli Ing. Jaroslav Klapal, Ing. Roman Kaminský, JUDr. Eliška Kadaňová a Ing. Miroslav Sýkora, z České státní pojišťovny JUDr. Vlastimil Uzel, Ing. Jaroslav Daňhel a JUDr. Věra Škopová a z Federálního ministerstva financí Ing. Josef Pelikán a JUDr. Daniela Korecká.

Cílem předlohy nové právní úpravy mělo být například vytvoření podmínek pro konkurenční prostředí v soukromém pojišťovnictví, což znamenalo zrušení monopolu České státní pojišťovny a Slovenskej štátnej poisťovny. Vznik pojišťovny se předpokládal v právní formě státní organizace zvláštního druhu (státní pojišťovací a zajišťovací podnik), družstevní pojišťovny, akciové společnosti nebo ve formě vzájemné pojišťovny. Činnost měla být umožněna i zahraničním pojišťovnám. Podnikání v pojišťovnictví mělo být podmíněno udělením zvláštního povolení, tzv. koncese, a to při splnění a dodržování zákonem stanovených podmínek a pravidel podnikání. Tuzemským pojišťovnám se zákonem měly vytvořit předpoklady pro rozšíření jejich činnosti do zahraničí. Při vymezení oblastí podnikání pojišťoven, včetně alokace prostředků, jejichž zdrojem byly pojistné fondy, bylo možno vycházet ze závěrů jednání všech tří ministerstev financí a obou pojišťoven o tehdejších problémech pojišťovnictví konaného dne 17. ledna 1990. Předpokládalo se, že způsob finančního hospodaření stanoví vláda. Státnímu dozoru, který mělo vykonávat Federální ministerstvo financí v dohodě s oběma republikovými

ministerstvy, měly podléhat všechny pojišťovny, přičemž se předpokládalo vytvoření zvláštního orgánu státního dozoru. Předpokládalo se také zřízení tzv. pojišťovací rady, která měla působit jako poradní a iniciativní orgán.

Od zpracování uvedeného návrhu zásad zákona o pojišťovnictví, který měl být platný pro obě federativní republiky, bylo nutné překonat ještě mnoho překážek, než vznikla předloha zákona, kterou tehdejší ministr financí České a Slovenské Federativní Republiky, Ing. Václav Klaus, dne 9. července 1990 zaslal vládě České a Slovenské Federativní Republiky. Nakonec však bylo rozhodnuto, že právní úprava bude řešena v obou republikách samostatně. Legislativní činnosti se tak ujalo Ministerstvo financí České republiky. Návrh zákona v upraveném paragrafovaném znění zaslal tehdejší ministr financí Ing. Karel Špaček předsedovi vlády České republiky začátkem března 1991. Česká národní rada o tomto návrhu s pořadovým číslem 216 rozhodla dne 26. dubna 1991. Zákon byl vyhlášen ve Sbírce zákonů pod číslem 185 dne 28. května 1991. Tímto dnem také nabyl účinnosti, s výjimkou ustanovení o možnosti zahraničních osob založit pojišťovnu se sídlem na území České republiky jako akciovou společnost a možnosti zahraničních pojišťoven podnikat v pojišťovnictví na území České republiky prostřednictvím svého obchodního zastupitelství se sídlem na území České a Slovenské Federativní Republiky. To bylo umožněno až po uplynutí 1 roku ode dne nabytí účinnosti daného zákona.

Ve Slovenské republice došlo k obdobné změně již 18. prosince 1990, kdy Slovenská národná rada přijala zákon č. 24/1991 Zb., o poisťovníctve, který nabyl účinnosti 1. března 1992.

Návrh zákona o pojišťovnictví odůvodňoval v České národní radě tehdejší ministr financí České republiky Karel Špaček. V úvodu zdůraznil, že realizace ekonomické reformy, rozvoj peněžního trhu a žádoucí vstupy zahraničního kapitálu do československé ekonomiky vyžadují, aby oblast pojišťovnictví byla transformována do systému běžného ve vyspělých zemích s rozvinutou tržní ekonomikou. Předložený návrh zákona považoval za základní právní normu, která má vytvořit podmínky pro demonopolizaci v pojišťovnictví a pro rozvoj pojistného trhu, který by měl nabídnout i zahraničním podnikatelům podmínky, na které jsou zvyklí v teritoriích, v nichž působí. Na novém pojistném trhu se musí objevit i široká nabídka nových druhů pojištění pro obyvatelstvo. Podle jeho slov by pojištění mělo sehrát i významnou úlohu sociální.

Mimořádnou úlohu přisoudil i státnímu dozoru nad pojišťovnictvím. Ta by měla spočívat zejména v tom, aby do podnikání v pojišťovnictví byli připuštěni jen takoví podnikatelé, kteří budou dostatečně kapitálově vybaveni a přispějí k rozvoji nabídky na pojistném trhu. Měl být garancí oprávněných zájmů pojištěných.

Důvodová zpráva k předloženému návrhu zákona vyjadřuje záměr zpracovatele návrhu zákona vytvořit podmínky pro realizaci ekonomické reformy a přechod na tržní hospodářství v pojišťovnictví. Při jeho zpracování byly využity zkušenosti z oblasti pojišťovnictví ve vyspělých evropských zemích a doporučení zahraničních

expertů. V porovnání se současnou právní úpravou pojišťovnictví se jednalo o stručný zákon o 31 paragrafech (předcházející zákon měl jen 14 paragrafů), rozdělený na 4 části.

První část zákona byla věnována základním ustanovením vymezujícím účel zákona a předmět podnikání v pojišťovnictví. *Právní formy pojišťoven*, které byly na území České republiky oprávněny podnikat v pojišťovnictví, zákon omezoval na státní podnik, obchodní společnost, anebo družstvo nebo družstevní podnik. Státní podnik upravoval zákon č. 111/1990 Sb., o státním podniku a zákon č. 173/1988 Sb., o podniku se zahraniční majetkovou účastí, ve znění zákona č. 112/1990 Sb. Obchodní společnost pak hospodářský zákoník č. 109/1964 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 104/1990 Sb., o akciových společnostech a zákon č. 173/1988 Sb., o podniku se zahraniční majetkovou účastí, ve znění zákona č. 112/1990 Sb. Právní formu družstva upravoval zákon č. 162/1990 Sb., o zemědělském družstevnictví, zákon č. 176/1990 Sb., o bytovém, spotřebním, výrobním a jiném družstevnictví, zákon č. 173/1988 Sb., o podniku se zahraniční majetkovou účastí, ve znění zákona č. 112/1990 Sb. a družstevní podnik pak zákon č. 162/1990 Sb., o zemědělském družstevnictví, zákon č. 176/1990 Sb., o bytovém, spotřebním, výrobním a jiném družstevnictví, a zákon č. 173/1988 Sb., o podniku se zahraniční majetkovou účastí, ve znění zákona č. 112/1990 Sb.

Za zákonem stanovených podmínek mohly s povolením Ministerstva financí České republiky podnikat v pojišťovnictví i jiné subjekty, přičemž pojišťovnu jako státní podnik se sídlem na území České republiky mohlo založit jen Ministerstvo financí České republiky. Zahraniční osoby mohly založit pojišťovnu se sídlem na území České republiky jen jako akciovou společnost za podmínek stanovených zákonem č. 173/1988 Sb., ve znění zákona č. 112/1990 Sb. a zákonem č. 104/1990 Sb. Z důvodu ochrany tuzemských pojišťoven mohly tohoto práva využít až po uplynutí 1 roku ode dne nabytí účinnosti zákona. Zvláštní ustanovení se týkalo České státní pojišťovny, která se dnem nabytí účinnosti zákona považovala za státní podnik a ve své činnosti pokračovala bez povolovacího řízení. Do doby jejího zprivatizování tak Ministerstvo financí České republiky vystupovalo vůči České státní pojišťovně jako zakladatel i jako orgán státního dozoru nad pojišťovnictvím.

Zahraničním pojišťovnám bylo umožněno podnikat v pojišťovnictví na území České republiky jen prostřednictvím svého obchodního zastupitelství se sídlem v České a Slovenské Federativní Republice, a to za podmínek stanovených zákonem o pojišťovnictví a zákonem č. 42/1980 Sb., o hospodářských stycích se zahraničím, ve znění zákona č. 102/1988 Sb. a zákona č. 113/1990 Sb. V zájmu ochrany tuzemského pojistného trhu se činnost obchodních zastupitelství zahraničních pojišťoven na území České republiky a pojišťoven založených výlučně zahraničními osobami umožňovala až po jednom roce ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona. Do této doby se zahraniční osoby mohly podílet v tuzemských pojišťovacích společnostech pouze do výše 45% majetku, kmenového jmění nebo základního kapitálu.

Poslanec Ivo Svoboda tehdy v České národní radě prohlásil, že za nejvážnější překážku skutečného rozvoje pojišťovnictví považuje zásadní nedostatek pohotového českého kapitálu. Minimum kapitálu potřebného pro založení skutečné pojišťovny s dlouhodobou perspektivou podle tehdejšího odhadu odborníků představovalo několik set milionů korun. Nebyla uznávána role životního pojištění jako nástroje pro tvorbu investičního kapitálu z peněžních prostředků obyvatelstva, která je ve vyspělých zemích chápána jako protiinflační a konjunkturální prvek ekonomiky a jako stabilizační společenský činitel.

Většinu výše uvedených právních předpisů následně zrušil s účinností od 1. ledna 1992 zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník. Z důvodové zprávy k tomuto zákonu vyplývá obdobný cíl jako z návrhu zákona o pojišťovnictví, a to nahradit právní úpravu založenou na administrativně-direktivním způsobu státního řízení ekonomiky založenou na rozlišování různých druhů a forem vlastnictví, z nichž některé byly preferovány, jiné diskriminovány, právní úpravou odpovídající tržní ekonomice. Tedy vertikální linii zajišťující funkci státu jako hlavního regulátora ekonomických vztahů zásadně překonat a konstituovat ekonomickou sféru jako pluralitu vzájemně nezávislých a rovnoprávných podnikatelských subjektů, autonomních nositelů vlastnických oprávnění, jakož i podnikatelského rizika. To znamená relativní oddělení sféry veřejného a soukromého práva a stanovení nového pojetí jejich vzájemných vztahů.

Obchodní zákoník spolu s novelou občanského zákoníku tak položil základy pro obnovení soukromoprávní regulace v ekonomické sféře vycházeje z jednotné úpravy vlastnického práva, jehož subjekty mohou být všechny fyzické i právnické osoby, které také jako vlastníci požívají stejné právní ochrany. Zároveň došlo ke sjednocení právní úpravy obchodních vztahů mezi tuzemskými podnikateli a ve vztahu k zahraničním podnikatelům. V jednom právním předpisu se soustředila komplexní právní úprava podnikání tuzemských i zahraničních osob, právních forem obchodních společností a obchodních závazkových vztahů způsobem, který odpovídá potřebám ekonomiky, spočívající na tržním základě a zapojení této ekonomiky do mezinárodní dělby práce. Jednoduše řečeno, jednalo se o přechod od administrativně-direktivního řízení hospodářství k tržní ekonomice doprovázený podstatným omezením možností zasahování orgánů státní správy do podnikatelské sféry.

Ústavně právní výbor České národní rady, rozpočtový a kontrolní výbor České národní rady a národohospodářský výbor České národní rady, které projednaly na svých schůzích 10. dubna 1991 vládní návrh zákona o pojišťovnictví (sněmovní tisky 216 a 247), doplnily do § 2 ustanovení, podle kterého životní pojištění osob s trvalým bydlištěm v České republice, pojištění majetku na území České republiky a odpovědnosti za škodu vyplývající z činnosti fyzických a právnických osob na území České republiky, bylo možné uzavřít pouze u pojišťovny podnikající na území České republiky v souladu s daným zákonem. Toto ochranářské a přitom značně kontroverzní ustanovení bylo předmětem kritiky a váže se k němu i rozsudek Nejvyššího soudu České republiky 25 Cdo 475/2001, týkající se přechodu nároku na náhradu škody na zahraničního pojistitele.

V době přijetí zákona o pojišťovnictví byla *hmotně právní úprava pojištění* podle povahy subjektů předmětem občanského nebo hospodářského práva, případně zákoníku mezinárodního obchodu. Ke změně došlo až následně novelou zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, provedenou zákonem č. 509/1991 Sb., který upravil pojistnou smlouvu v hlavě XV., v § 778 až 828. Současně byly rozsah a podmínky zákonného pojištění upraveny vyhláškou č. 123/1974 Sb., kterou se stanovily rozsah a podmínky zákonného pojištění odpovědnosti za škody způsobené provozem motorových vozidel provozovaného Českou státní pojišťovnou, ve znění vyhlášky č. 137/1990 Sb. a vyhláškou č. 138/1990 Sb., kterou se stanovily podmínky zákonného pojištění odpovědnosti podnikatele za škodu, která vznikne pracovníkovi při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním. Smluvní pojištění jako pojištění povinné bylo uloženo provozovatelům civilních letadel zákonem č. 47/1956 Sb., ve znění zákona č. 43/1976 Sb. a osobám vykonávajícím právo myslivosti zákonem č. 23/1962 Sb.

Předmět podnikání zákon vymezil jako pojišťovací a zajišťovací činnost a další činnosti s nimi související, přičemž jeho součástí byla i zábranná činnost. *Pojišťovací činnost* byla vymezena jako sjednávání pojištění a poskytování plnění z pojistných událostí, jakož i zprostředkování pojištění, *zajišťovací činnost* jako dělení rizik vzniklých v souvislosti s provozováním pojištění na základě smluvních vztahů a individuálních dohod o zajišťování jednotlivých rizik k jiným pojišťovnám a *činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností* jako činnost sloužící k podpoře a rozvoji pojišťovnictví, k zajištění splnitelnosti závazků pojišťovny zejména efektivním investováním prostředků rezerv životního pojištění, jakož i jiná činnost ve prospěch pojištěných subjektů. *Zábranná činnost* byla pojata jako činnost zaměřená na předcházení škodám a na jejich minimalizaci, zejména formou spolupráce se subjekty působícími v zábraně škod a poskytováním prostředků na zábranná opatření. Pojišťovnám bylo s výjimkou zajišťovací činnosti zakázáno přejímat obecná ručení za jiné osoby.

V části druhé byly *upraveny podmínky podnikání v pojišťovnictví*. Povolení k podnikání v pojišťovnictví bylo pojato jako koncesní systém, kdy koncesi vydávalo Ministerstvo financí České republiky, které bylo současně orgánem státního dozoru nad pojišťovnictvím, a to pro území České republiky. Povolení činnosti bylo podmíněno podáním žádosti, o které ministerstvo muselo rozhodnout do 3 měsíců ode dne jejího podání. Povolovací režim se vztahoval i na podnikání zahraničních pojišťoven prostřednictvím obchodního zastupitelství zřízeného na území České republiky.

Zákon upravoval i *zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví*, kterou pojal jako činnost směřující k tomu, aby třetí osoby uzavřely s pojišťovnou pojistnou smlouvu. Tuto činnost mohla vykonávat fyzická nebo právnická osoba s bydlištěm nebo sídlem na území České a Slovenské Federativní Republiky pouze pro pojišťovnu, která měla povolení dozorčího orgánu. Uzavírat zprostředkovatelské smlouvy mohla tuzemská i zahraniční pojišťovna pouze na základě povolení uděleného dozorčím orgánem. Toto povolení bylo vyžadováno rovněž

pro zprostředkovatele, kteří svoji činnost vykonávali pro zahraniční pojišťovnu, což bylo odůvodňováno potřebou zamezit nepovolenému podnikání zahraničních pojišťoven na území České republiky. České pojišťovnictví v době přijetí zákona charakterizoval tehdejší poslanec České národní rady Ivo Svoboda těmito slovy: *„Poválečná historie dokázala deformovat formy a obsah pojišťovnictví snad ještě víc, než jiné obory. Především, a to přímo zákon č. 82/1966 Sb., který jako jediný subjekt v pojišťovnictví zřídil státní pojišťovnu, popřel i nejmenší možnost vzniku jakéhokoliv náznaku konkurence. Dále provázala pojišťovnictví se státním rozpočtem tak, že dnes by mohla Česká státní pojišťovna dostát svým závazkům bez určitých vládních záruk nebo přímé kapitálové podpory dalších subjektů jen s obtížemi. Absolutní monopolizace pojišťovnictví způsobila dlouholetou stagnaci celého oboru. Moderní metody, např. v životním pojištění, nejen že nejsou propagovány a nabízeny, ale ani známy potřebnému okruhu pojišťovacích odborníků, stejně tak síť zástupců a zprostředkovatelů je hluboce poddimenzovaná".*

Žádost o udělení povolení v podnikání v pojišťovnictví bylo možné zamítnout, pokud dozorčí orgán zjistil, že nebyly splněny náležitosti stanovené tímto zákonem, nebyly zabezpečeny oprávněné zájmy pojištěných, nebo žadatel neprokázal schopnost plnit své budoucí závazky. Podání žádosti bylo podmíněno složením *kauce ve výši 10 mil. Kč* na zvláštní účet u tuzemské banky nebo spořitelny. Pro zahraniční pojišťovnu bylo možné tuto částku zvýšit, pokud by v zemi jejího sídla byla taková kauce byla požadována v částce vyšší. Tato částka se z dnešního pohledu jeví jako nízká i se započtením předcházejícího vývoje inflace (v dnešních cenách zhruba 20 mil. Kč). Pokud by dozorčí orgán zjistil, že pojišťovna uvedla v žádosti o povolení nebo o jeho změnu nepravdivé údaje a na základě této skutečnosti by jí odejmul povolení k podnikání v pojišťovnictví, připadala kauce státu.

Z dnešního pohledu byla sice kauce nastavena poměrně nízko, *pokutu však mohl dozorčí orgán uložit až do výše 100 000 000 Kč*. Důvodem pro její uložení mohlo být opakované nebo závažné porušení zákonem stanovené povinnosti, nesplnění opatření uloženého dozorčím orgánem k odstranění nedostatků v její činnosti, porušení předmětu podnikání nebo ohrožení dobrého jména pojišťoven.

Náležitosti žádosti o povolení k podnikání byly stanoveny tak, aby umožňovaly posoudit zejména zabezpečení oprávněných zájmů pojištěných a splnění povinností, které pojišťovně v budoucnosti vzniknou. Vstup do sektoru byl tak, opět z dnešního pohledu, poměrně jednoduchý. Podmínkou bylo uvedení rozsahu a způsobu vytvoření kmenového jmění v případě právní formy státního podniku, základního kapitálu v případě akciové společnosti, nebo majetku v případě družstva nebo družstevního podniku. K žádosti se přikládaly stanovy nebo statut, obchodní plán a zajišťovací plán pro první tři roky činnosti, návrh všeobecných pojistných podmínek a potvrzení o složení kauce. Zákon sice obsahoval jako podmínku k udělení povolení i uvedení pojišťovacích odvětví, avšak tato odvětví nijak nevymezoval.

Obchodní plán byl založen na předpokládaných výsledcích hospodaření, zejména na odhadu finančních prostředků určených k vyrovnání závazků z pojistných smluv a na vytvoření pojistných fondů. V případě provozování životního pojištění bylo nutné uvést také údaje o sazbách pojistného, včetně jejich kalkulace a tabulek pravděpodobností, z nichž kalkulace vycházela. K doplnění obchodního plánu plánem zajištění došlo až při projednávání návrhu zákona v České národní radě. Cílem mělo být zabránění odlivu pojistného do zahraničí nadměrným zajištěním konkrétní pojišťovny.

Ani zde nebyly názory poslanců České národní rady jednotné. Např. poslanec Michal Sedláček se domníval, že návrh zákona dával příliš velkou moc do rukou Ministerstva financí a, podle jeho názoru, by nebylo od věci uvažovat při případné novelizaci o zřízení určitého orgánu, který by tato povolení uděloval nezávisle na Ministerstvu financí. Dále vyjádřil názor, že Ministerstvo financí vyžaduje od případných zájemců příliš mnoho různých byrokratických předpokladů, vyhlášek a nenechává na podnikatelích samotných, aby zvážili svoje možnosti. Stejně tak odmítal snahu příliš dlouho bránit přílivu kapitálu do Československa, neboť by to přispívalo k utužení monopolu České státní pojišťovny.

Tehdejší právní úprava dozoru nad pojišťovnictvím byla výrazně založena na *materiálním dozoru*. Každá pojišťovna byla povinna předložit ke schválení dozorčím orgánem své všeobecné pojistné podmínky, včetně jejich změn. Všeobecné pojistné podmínky musely alespoň vymezit události, ze které vznikala pojišťovně povinnost poskytnout plnění, výluky z této povinnosti, rozsah a splatnost pojistného plnění, stanovení povinnosti platit pojistné, výši pojistného, pojistné období a dobu platnosti pojistné smlouvy a principy, podle kterých se pojištění budou podílet na přebytcích pojistného. U České státní pojišťovny, která se ze zákona stala státním podnikem, plnily funkci všeobecných pojistných podmínek vyhlášky č. 11/1983 Sb., o pojistných podmínkách pro pojištění majetku, č. 12/1983 Sb., o pojistných podmínkách pro pojištění odpovědnosti za škody, č. 49/1964 Sb., o pojistných podmínkách pro pojištění osob, ve znění vyhlášky č. 55/1979 Sb. a č. 179/1982 Sb., o rozsahu a podmínkách smluvního pojištění socialistických organizací.

Tvůrci zákona se museli vypořádat se zvláštním charakterem pojišťovací činnosti, zejména s dlouhodobostí závazků pojišťoven a nahodilou povahou pojistných událostí. K tomu byla stanovena povinnost vytvářet *účelové pojistné fondy*. V souladu s vymezeným předmětem podnikání pojišťovny vytvářely základní rezervní fond, fond zábrany škod, fond rezerv pojistného v životním pojištění a devizový rezervní fond na základě povolení příslušného devizového orgánu, pokud byla předmětem činnosti pojišťovací a zajišťovací činnost, ze které vyplývala povinnost poskytovat pojistné plnění v zahraniční měně. Evidence o každém pojistném fondu se vedla účetně odděleně od ostatního majetku pojišťovny a aktiva, jejichž zdrojem byly tyto fondy, nepodléhala daňové a odvodové povinnosti. Ze svého použitelného zisku si pojišťovna mohla vytvářet i další fondy podle svého uvážení.

Tvorba a používání pojistných fondů a nakládání s jejich prostředky se řídily vyhláškou Ministerstva financí České republiky č. 259/1991 Sb. a byly předmětem státního dozoru. Z důvodu spolehlivosti uložení a dostupnosti prostředků zákon přímo stanovil, že nejméně 30% z úhrnné výše pojistných účelových fondů muselo být uloženo v tuzemských bankách nebo spořitelnách. Pojišťovně byla stanovena povinnost ukládat prostředky účelových pojistných fondů vytvořených z pojištění nebo zajištění subjektů se sídlem nebo bydlištěm na území České a Slovenské Federativní Republiky v tuzemské bance nebo spořitelně nebo je investovat v tuzemsku bez oprávnění jejich převodu do zahraničí.

Zásadní změnu v tvorbě rezerv a fondů pojišťoven přinesla *novela zákona provedená zákonem č. 320/1993 Sb.*, která nabyla účinnosti 1. ledna 1994 a na niž navazovala vyhláška č. 52/1994 Sb., kterou se stanovila tvorba, použití a způsob umístění prostředků technických rezerv pojišťovny. Tím se nahradila povinnost tvorby účelových pojistných fondů tvorbou technických rezerv a nově stanovila povinnost pojišťoven vykazovat svoji solventnost dozorčímu orgánu vždy nejpozději do 31. března následujícího roku. To byl první krok k přizpůsobení se 1. generaci směrnic týkajících se neživotního a životního pojištění.

Pojišťovna byla povinna vést *účetnictví* o stavu a pohybu majetku a závazků, nákladech a výnosech a o hospodářském výsledku a jeho rozdělení. Roční účetní závěrka musela být ověřena auditorem a pojišťovna byla povinna umožnit každému do ní a do zprávy k ní nahlédnout.

Třetí část byla věnována *státnímu dozoru nad pojišťovnictvím*, který vykonávalo Ministerstvo financí České republiky. Tomu podléhaly všechny tuzemské i zahraniční právnické a fyzické osoby podnikající v pojišťovnictví na území České republiky nebo ty, které měly na území České republiky své sídlo nebo bydliště. Samotný výkon tohoto dozoru spočíval v kontrole dodržování pravidel upravujících pojišťovnictví stanovených zákonem nebo na jeho základě vydanými právními předpisy, plnění opatření vydaných dozorčím orgánem, hospodaření pojišťovny, zejména z hlediska zabezpečení plnění jejích závazků a její platební způsobilosti, předmětu provozované činnosti v souladu s uděleným povolením a způsobu tvorby a použití účelových pojistných fondů (později technických rezerv) a nakládání s jejich prostředky.

Jednotný nebyl názor na to, zda má být dozorčím orgánem Ministerstvo financí. Poslanec Miloslav Výborný vyjádřil obavu z toho, že stejné ministerstvo může založit pojišťovnu jako státní a současně má být dozorčím orgánem nad pojišťovnami. Proto požadoval, aby Ministerstvo financí mohlo zakládat pojišťovny jako státní podniky a jiné ministerstvo by bylo dozorčím orgánem nad pojišťovnami. Přitom za zcela optimální řešení považoval ustanovení zcela nezávislého dozorčího orgánu. Dokonce byl přednesen návrh, aby státní dozor vykonávalo Ministerstvo pro hospodářskou politiku a rozvoj České republiky. Tehdejší ministr financí Karel Špaček to z praktických důvodů odmítl, avšak nevyloučil, že po rozvinutí peněžního trhu bude tuto funkci vykonávat jiný organ státní správy.

Dozorčí orgán měl právo zúčastnit se jednání řídících orgánů pojišťovny při projednávání roční účetní závěrky a výsledků státního dozoru, jednání dozorčí rady v pojišťovně založené jako akciová společnost nebo vstupovat při výkonu dozoru do obchodních a provozních prostorů pojišťovny. Pro výkon dozoru byla pojišťovna povinna předkládat dozorčímu orgánu účetní závěrky a jiné doklady o své činnosti či návrh opatření k obnovení platební způsobilosti, byla-li ohrožena. Statutární orgány pojišťovny, vedoucí pracovníci, zmocněnci a občané, kteří pro pojišťovnu pracovali, byli povinni na vyžádání předložit pracovníkům dozorčího orgánu jimi vyžádané doklady a písemnosti pro posouzení činnosti pojišťovny a její majetkové a finanční situace a poskytnout k tomu všechny potřebné informace a vysvětlení.

Na úpravu výkonu dozoru navazovala ustanovení upravující *formy zásahu dozorčího orgánu v případě zjištění porušení povinností*. Ten mohl uložit pojišťovně provést opatření k odstranění zjištěných nedostatků nebo pozastavit pojišťovně oprávnění k uzavírání dalších smluv o pojištění i k rozšiřování závazků již převzatých. Pokud však pojišťovna porušila závažným způsobem zákonem jí stanovené povinnosti, v jejím hospodaření byly nedostatky tak závažné, že by další pokračování její činnosti ohrožovalo právem chráněné zájmy pojištěných, nebo by neprovedla ve stanovené lhůtě opatření k obnovení své platební schopnosti, anebo by dozorčí orgán zjistil, že pojišťovna získala povolení k podnikání nebo k jeho změně na základě vědomě nesprávně uvedených údajů rozhodných pro udělení povolení, mohl pojišťovně povolení k podnikání odejmout.

Dozorčí orgán mohl uložit právnické nebo fyzické osobě *pokutu* za provozování pojišťovací činnosti bez povolení nebo provádění zprostředkovatelské činnosti bez povolení, za vědomé uvedení nesprávných údajů v žádosti o povolení k podnikání nebo za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to až do výše 10 000 000 Kčs.

Zákon také v obecné poloze upravoval podmínky sloučení a splynutí pojišťoven a jejich likvidaci. K jejich *sloučení nebo splynutí* bylo vyžadováno povolení dozorčího orgánu, přičemž žadatelé museli doložit, že budou i nadále splňovat podmínky požadované k udělení povolení k podnikání v pojišťovnictví.

V případě *likvidace* pojišťovny se prostředky účelových pojistných fondů (později technických rezerv) musely přednostně použít k plnění nároků vyplývajících z pojištění. Jiné závazky pojišťovny mohly být uhrazeny z těchto prostředků až po splnění všech nároků vyplývajících z pojištění. Byla zavedena posloupnost krytí těchto závazků, kdy se nejprve musely uhradit závazky z životního a úrazového pojištění, potom z pojištění z odpovědnosti za škodu, dále závazky z majetkového pojištění a nakonec závazky z jiných pojištění.

Čtvrtá, poslední, část zákona obsahovala ustanovení společná, přechodná a závěrečná. V nich byla především stanovena *povinnost zachovávat mlčenlivost* o skutečnostech týkajících se pojištění fyzických a právnických osob. Tato povinnost se týkala jak pracovníků pojišťoven nebo osob pro ně jinak činných, tak i pracovníků dozorčího

orgánu. Stejně tak byly všechny tyto osoby zavázány povinností zachovávat mlčenlivost o činnosti pojišťovny a ve věcech s ní souvisejícími.

Pozorný čtenář si jistě povšimnul, že jak v povolovací, tak i kontrolní činnosti jsme doposud hovořili pouze o pojišťovnách, přičemž i zprostředkovatelé, kteří byli činní pro zahraniční pojišťovnu, potřebovali pro výkon své činnosti povolení dozorčího orgánu. Podle jednoho ze společných ustanovení se právní úprava týkající se žádostí o udělení povolení, výkon dozoru včetně opatření k nápravě či odejmutí povolení a povinnost zachovávat mlčenlivost vztahovala na zprostředkování pojištění a zprostředkovatelskou činnost přiměřeně. Právní úprava neumožňovala založení samostatné zajišťovny. S ohledem na prostředí, ve kterém se novodobé pojišťovnictví rodilo, a na jeho pozdější vývoj, se však tato skutečnost ani jako chyba neukázala.

Předkladatelé zákona se také museli vyrovnat se situací, kdy v případě povinného pojištění, nemohl pojistník najít pojistitele. Zákon proto opravňoval dozorčí orgán na žádost povinné osoby určit pojišťovnu, která je s ní povinna uzavřít pojistnou smlouvu.

Jak bylo zmíněno již výše, další ustanovení se týkala České státní pojišťovny, která nabytím účinnosti zákona nabyla právní formy státního podniku, a omezení zahraničních osob na dobu jednoho roku od nabytí účinnosti zákona nabývat účast v tuzemských pojišťovnách pouze do výše 45% jejího majetku, kmenového jmění nebo základního kapitálu. Poslanec Karel Kříž navrhoval prodloužit toto období na 2 roky. Tento návrh však neprošel.

Přechodná ustanovení zákona ministr financí ve své úvodní řeči v České národní radě odůvodňoval ve vztahu k budoucímu vývoji České státní pojišťovny přechodným stavem na dobu, než bude Česká státní pojišťovna privatizována podle zákona Federálního shromáždění č. 92/1991 Sb., o podmínkách převodu majetku státu na jiné osoby. Ministerstvo financí, ze zákona zakladatel této pojišťovny, zajistilo přípravu privatizačního projektu u renomované britské firmy KPMG, která byla vybrána konkurzem organizovaným britským Know how fondem. Náklady spojené s vypracováním projektu měly být kryty z jeho prostředků. Omezení zahraničních pojišťoven podílet se v tuzemských pojišťovnách a jednoleté přechodné období, kdy bylo zahraničním pojišťovnám umožněno podnikat v pojišťovnictví na území České republiky, bylo odůvodňováno nutností poskytnout určitý prostor k adaptaci tuzemských pojišťovnám. Ty byly v té době považovány ne za zcela konkurenceschopné, a to jak z hlediska nabídky sortimentu pojistných produktů, tak i z hlediska materiálně-technického vybavení.

Nabytím účinnosti zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, došlo pro území České republiky ke zrušení zákona č. 82/1966 Sb., o pojišťovnictví, ve znění zákona č. 162/1968 Sb. Tím definitivně skončila jedna etapa vývoje českého pojišťovnictví. Podle dnešních měřítek se nám tato právní úprava jeví jako velmi jednoduchá, a to jak z pohledu podmínek přístupu na trh, tak i úpravy vlastního provozování pojišťovací

činnosti a rozsahu dozoru nad touto činností. Za cílový stav, jak vyplývá z projednávání návrhu zákona v České národní radě, byl považován vznik věcně i legislativně stabilního konkurenčního prostředí v českém pojišťovnictví, prostředí, v němž se budou pohybovat české, smíšené i cizí pojišťovny a zajišťovny. Tento zákon měl být prvním krokem na cestě k tomuto stavu. To se nakonec ukázalo jako správné rozhodnutí. Ve velmi krátké době to umožnilo vznik konkurenčního prostředí a s tím spojený rozvoj samotného soukromého pojišťovnictví. Odrazilo se to především v rychlém nárůstu pojistných produktů, z počátku především v neživotním pojištění, což si vyžadovalo zásadním způsobem změněné ekonomické, politické i sociální prostředí. V tom vidíme zásadní význam tohoto zákona pro vznik současného pojistného trhu. Byl tak položen základ právní úpravy, na kterou bylo možné navázat při přípravě českého pojišťovnictví na vstup České republiky do Evropské unie. Chtěli bychom při této příležitosti poděkovat všem, kteří se zasloužili o vznik tohoto zákona, a nesmazatelně se tak zapsali do historie moderního českého pojišťovnictví.

Čerpáno z digitálního depozitáře Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky.

Resumé

Significance of the Insurance Act No. 185/19991 Coll. for the formation and further development of the private insurance in the Czech Republic

On 26 April 2011, twenty years passed since the adoption of Insurance Act No. 185/1991 Coll. that had formed a legal basis for modern private insurance business in the Czech Republic. Until 1991 the insurance business was conducted through a state monopoly. Changes of political, social and economic climate in 1989 sparked discussions on demonopolization of this sector, which culminated in 1991 by an endorsement of this Act.

The aim of the 1991 Insurance Act was to create a legally and materially stable competitive environment in the Czech insurance sector, where not only Czech but also foreign insurance undertakings could pursue their business. There is no doubt today that the 1991 Insurance Act achieved this objective. By establishing the main pillars of modern regulation and supervision of the insurance business, it stood as a milestone and a foundation for creation of the current insurance market in the Czech Republic.

This article is devoted to those who fundamentally contributed to the transformation and modernization of the Czech insurance market and serves as a reminder for the whole society to realize what progress has been made in the Czech insurance sector in the last twenty years.

Pojistný trh České republiky 1991–2010

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Ing. Josef Keller, Česká asociace pojišťoven

Předpokladem pro vznik a fungování pojistného trhu v České republice, který by nahradil centralizovaný a monopolní systém, bylo přijetí příslušného právního režimu pro podnikání. Klíčovou právní normou naplňující uvedený cíl se stal zákon č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, ze dne 26. dubna 1991. Regulaci pojišťovnictví a významu tohoto zákona je věnován samostatný článek v tomto čísle časopisu Pojistné rozpravy.

V souvislosti s analýzou vývoje pojistného trhu v České republice není proto třeba opakovat zásady této regulace, ale stačí možná znovu upozornit na tu skutečnost, že podle § 3 odst. 2 zákona č. 185/1999 Sb. „zahraniční osoby mohly založit pojišťovnu se sídlem na území České republiky jen jako akciovou společnost za podmínek stanovených zvláštním předpisem". V § 5 pak bylo upraveno, že „zahraniční pojišťovny mohou na území České republiky podnikat v pojišťovnictví jen prostřednictvím svého obchodního zastupitelství…". Podstatné je, že podle těchto ustanovení bylo možno postupovat až rok po nabytí účinnosti tohoto zákona, tj. až od 28. 5. 1992. Toto opatření znamenalo de facto odklad pro vstup zahraničního kapitálu, ale jak ukázal další vývoj, nijak to nesnížilo zájem zahraničního kapitálu o český pojistný trh.

Pojistný trh nemůže fungovat bez subjektů a produktů. Činnost subjektů působících na pojistném trhu, k nimž patří například pojistitel, pojistník (a další účastníci pojištění), zajistitel, pojišťovací zprostředkovatel, regulátor, orgán dohledu, ale také asociace jako zájmové sdružení pojišťoven nebo pojišťovacích zprostředkovatelů nebo samostatných likvidátorů pojistných událostí, upravuje zákon o pojišťovnictví a jiné právní předpisy. Pokud jde o produkty, je jasné, že trh není trhem bez nabídky a poptávky. Nabídku pojistitelů tvoří pojistné produkty, které jsou řazeny evropskými směrnicemi i zákonem o pojišťovnictví do pojistných odvětví – životního a neživotního pojištění. Na straně poptávky stojí zájemci o pojištění, které bychom mohli klasifikovat z různých hledisek – fyzické osoby a právnické osoby – občané a podnikatelé apod.

Po nabytí účinnosti zákonu o pojišťovnictví nic nebránilo rozběhu trhu a zakládání nových subjektů.

Na jaře 2011 bylo českému pojistnému trhu již 20 let. Je to příležitost se podívat na výsledky dosažené v tomto období a vyhodnotit stěžejní trendy vývoje na základě statistických údajů České asociace pojišťoven. Zveřejnění statistik za uplynulých 20 let má určitě význam pro analýzy tohoto období, ale rovněž pro historii, nemluvě o tom, že Pojistné rozpravy, jejichž první svazek byl vydán v roce 1957 a týkal se výkladu „Pojistných podmínek pro pojištění proti následkům zákonné odpovědnosti" (tj. pro všechna smluvní odpovědnostní pojištění), se postupně staly pouze statistickou ročenkou pojišťovnictví. Takže uveřejnění statistických tabulek v příloze tohoto článku lze pokládat i za jisté připomenutí charakteru tehdejšího časopisu.

Ovšem 20 let není jen „pojistnému trhu". Dne 26. dubna 1991, tj. ve stejný den, kdy byl schválen zákon č. 185/1991 Sb., došlo k setkání představitelů tří československých pojišťoven – České státní pojišťovny (ČSP), Slovenské pojišťovny, s.p. (SP), a Kooperativy, československé družstevní pojišťovny, a. s., Bratislava – aby jejich představitelé podepsali zakládací listiny umožňující vznik Česko-slovenskej asociácie poisťovní (ČSAP)[1].

Vývoj pojistného trhu – základní trendy

Pojistný trh je možno hodnotit z celé řady hledisek. Jde-li však o zachycení a zhodnocení vývoje za celé dvacetiletí, je účelné se zaměřit spíše na zásadní tendence, posuny či změny. Kromě údajů České národní banky (ČNB) o počtu pojišťoven se vychází vesměs z údajů České asociace pojišťoven (ČAP), protože od svého založení, tedy dlouhodobě, shromažďuje relevantní statistická data. Vzhledem k tomu, že členové ČAP měli v minulosti podíl na pojistném trhu v České republice, měřeno předepsaným pojistným, 100 %, nebo poté téměř 100 % a, v roce 2010 stále ještě vysokých 98,0 %, tak lze tvrdit, že údaje ČAP jsou reprezentativní a lze je použít pro dokumentaci vývoje celého českého pojistného trhu.

Počet pojišťoven

Ke konci roku 1991 měly povolení k pojišťovací činnosti 3 pojišťovny (Česká státní pojišťovna, Kooperativa, družstevní pojišťovna, a. s., Poisťovňa Otčina, organizační složka). V roce 1993 jich bylo již 20 a v roce 1997 celkem 40. Tento počet se v dalších letech již výrazně nezvýšil, neboť v roce 2004 bylo těchto pojišťoven také 40. Je skutečností, že některé pojišťovny v období 1991–2004 ukončily pojišťovací činnost, zejména vzhledem k tomu, že nenaplnily své podnikatelské cíle, ale jiné pojišťovny zase získaly povolení. Významným mezníkem, od kterého začal počet pojišťoven znovu narůstat, se stal 1. květen 2004, tj. den přistoupení České republiky k Evropské unii. Na základě principu jediné licence vydané domovským členským státem EU mohly totiž zahájit pojišťovací činnost na území České republiky zejména pobočky pojišťoven se sídlem v jiném členském státě EU. Takže v roce 2007 působilo v České republice již 52 pojišťoven včetně zmíněných poboček a v roce 2010 činil počet těchto subjektů 53.

Předepsané pojistné

Za základní ukazatel, kterým se měří výkon pojišťoven, je obvykle považováno předepsané pojistné. Příslušné údaje o předepsaném pojistném v běžných cenách a o tempech růstu předepsaného pojistného ve sledovaném

[1] Pojistný obzor č. 11/2003

období 1991–2010 jsou uvedeny v příslušných tabulkách. V roce 1991 dosáhlo předepsané pojistné výše 14,4 mld. Kč a v roce 2010 pak 152,9 mld. Kč, což znamená zvýšení více než desetkrát. Hranice 50 mld. Kč byla překonána v roce 1998, hranice 100 mld. Kč v roce 2003 a 150 mld. Kč v roce 2010. Tedy na tvorbu předepsaného pojistného do výše prvních 50 mld. Kč bylo zapotřebí 8 let, na dalších 50 mld. Kč jen 5 let a posledních 50 mld. Kč 7 let. Je nutné si v této souvislosti odpovědět na otázku, proč bylo období zmíněných 5 let, tj. 1999–2003, pro dynamiku pojistného trhu v České republice tak přínosné. Klíčové jsou dva faktory: transformace zákonného pojištění odpovědnosti z provozu vozidla na povinné pojištění, která vyvolala i růst pojistného, a zavedení daňových motivací pro tzv. soukromé životní pojištění. Do roku 2003 přesahovala tempa růstu předepsaného pojistného vždy 10% a od roku 2004 do roku 2010 se již přes hranici 10% nikdy nedostala. Důvodů je pochopitelně celá řada. Kromě vyšší základny pro výpočet indexu růstu, nárůstu konkurence, postupného vyčerpání vlivu daňových výhod pro soukromé životní pojištění – působí jistě i ten fakt, že na českém pojistném trhu mohou působit pojišťovny z jiného členského státu EU, a to i formou přeshraničního prodeje na základě svobody dočasně poskytovat služby. Jejich výsledky se do statistik o vývoji českého pojistného trhu nepromítají.

Nelze přejít skutečnost, že přírůstky pojistného v letech 1992–1995 byly mimořádně vysoké (například v roce 1993 ve výši 44 %), ale zde je nutno brát v potaz nízkou výchozí základnu. Pokud jde o srovnání dynamiky růstu životního a neživotního pojištění, tak tempo růstu předepsaného pojistného neživotního pojištění bylo v období 20 sledovaných let pouze v pěti letech vyšší nebo rovné tempu růstu u životního pojištění.

Podíl životního a neživotního pojištění na celkovém předepsaném pojistném

Rozdílná dynamika růstu předepsaného pojistného životního a neživotního pojištění se odvíjela od výchozích hodnot dosažených v roce 1991, a to ve výši 4,6 mld. Kč u životního pojištění a 9,8 mld. Kč u neživotního pojištění. Podíl předepsaného pojistného životního pojištění na celkovém předepsaném pojistném činil 25,3% v roce 1993 a v roce 1999 překonal úroveň 30% a v roce 2007 úroveň 40%. Nastal nesporně strukturální pohyb směrem k vyspělým pojistným trhům, které však nezůstaly na úrovni devadesátých let. Naopak, v EU 27 se průměrná hodnota tohoto ukazatele zvýšila z 49,5% v roce 1993 na 62% v roce 2010.

Pokud jde o strukturu v rámci neživotního pojištění, tak v období 1991–2010 vzrostl podíl pojištění odpovědnosti z provozu vozidla na celkovém předepsaném pojistném z 3,5% na 14,7% a havarijního pojištění na celkovém předepsaném pojistném z 6,2% na 10,2%. Pokles ve vztahu k celkovému předepsanému pojistnému nastal za sledované období u důchodového pojištění (z 3,6% na 1,4 %) a pojištění domácnosti (z 2,4% na 1,7%). U pojištění budov občanů nastal naopak mírný nárůst (z 2,2% na 2,8%).

Podíl předepsaného pojistného v běžných cenách na hrubém domácím produktu

Ukazatelem vyspělosti pojistného trhu je poměr předepsaného pojistného na hrubém domácím produktu (HDP) v běžných cenách označovaný též jako celková pojištěnost. V roce 1991 činila hodnota tohoto ukazatele v České republice 2% a v roce 2010 již 4,2%. Je možno konstatovat, že toto zvýšení je dokladem růstu významu a kvality pojištění v České republice. Na druhé straně nelze nebrat v úvahu vývoj v Evropě. V roce 2009 činil průměr celkové pojištěnosti 33 evropských zemí, jejichž asociace jsou členem CEA, 8,1% a rozpětí se pohybovalo od 1,3% v Turecku po 13,3% v Nizozemsku (bez přihlédnutí k výsledku Lichtenštejnska)[2]. Průměr za členské státy EU činil ve stejném roce 2009 o něco více, a to 8,5%. Vrátíme-li se do roku 1992, tak průměr za tehdejší CEA představoval 6,1%[3]. Při jistém zjednodušení lze konstatovat, že vezmeme-li v úvahu například tyto hodnoty pro Českou republiku v poměru k odpovídajícím hodnotám za CEA ve výše zmíněných letech (2,0/6,1 a 4,1/8,1), tak k jistému přiblížení České republiky Evropě došlo. Z příslušné tabulky jsou zřejmé výkyvy či poklesy tohoto ukazatele, například v letech 2005–2007. Je proto vhodné čtenáře upozornit, že tento ukazatel klesá například tehdy, když tempo růstu HDP v běžných cenách je vyšší než tempo růstu předepsaného pojistného.

Další vybrané ukazatele členů ČAP

Úspěšných 20 let vývoje pojistného trhu v České republice lze dokumentovat též těmito výsledky:

- základní kapitál pojišťoven se zvýšil z 2,3 mld. Kč v roce 1992 na 21,8 mld. Kč v roce 2010,
- počet zaměstnanců pojišťoven vzrostl z 8 596 v roce 1991 na 13 806 v roce 2010; nejvyšší úrovně za sledované období - 16 172 – však dosáhl v roce 1999, což značí, že do roku 1999 pojišťovny přijímaly stále nové zaměstnance, ale od roku 2000 zvolily metody vedoucí k úsporám nákladů, a to zvláště zapojením výpočetní techniky,
- počet pojistných smluv činil 12,3 mil. ks v roce 1992 a 25,8 mil. ks v roce 2010,
- technické rezervy (v roce 1991 pojistné fondy) životního pojištění představovaly v roce 1991 cca 39 mld. Kč a v roce 2010 cca 246 mld. Kč; obdobně technické rezervy neživotního pojištění činily 3,2 mld. Kč v roce 1992 a 74,0 mld. Kč v roce 2010.

Pokud jde o údaje o počtu pojišťovacích zprostředkovatelů, tak jsou uvedeny spíše pro ilustraci z příslušných výročních zpráv ČAP, v nichž by bylo možno vždy nalézt i příslušné metodické vysvětlení k uvedenému údaji z daného roku. Jedná se však vždy jen o ty pojišťovací zprostředkovatele, s nimiž spolupracovaly členské pojišťovny ČAP. Od roku 2005, kdy nabyl účinnosti zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí, ve znění pozdějších předpisů, je možné použít údaje ČNB, a to o počtu registrovaných pojišťovacích zprostředkovatelů v jednotlivých postaveních i celkem.

[2] CEA Statistics No 42: European Insurance in Figures, November 2010
[3] CEA: European Insurance in Figures, 2003

Pojištěné škody z povodní 1997 a 2002[4]

Základní příčinou povodní v Čechách a na Moravě byly v minulých desetiletích enormní srážky. Celkové ekonomické škody z povodní v 80. letech minulého století činily v průměru ročně 500 mil. Kč. V roce 1980 to však bylo přes 1 mld. Kč, což znamenalo mimořádný výkyv. Pokud jde o devadesátá léta minulého století, tak nejdříve je třeba zmínit podstatný fakt, a to, že pojištění bylo běžnou součástí majetkových pojištění, která v roce 1996 provozovalo 21 pojišťoven. Podstatný fakt je to z toho důvodu, že taková praxe pojišťování nebyla a stále není běžná ve všech členských státech EU.

V roce 1997 byly příslušné okresy, zejména na Moravě, zasaženy povodní mimořádného rozměru. Celkové ekonomické škody činily 63 mld. Kč a vyplacená pojistná plnění 9,7 mld. Kč. Mírnější povodně se nevyhnuly našemu území ani v letech 1998 a 2000, kdy výplaty pojistných plnění činily 0,6 mld. Kč, resp. 1,6 mld. Kč.

Povodně v srpnu 2002 byly srovnatelné s povodní 1997, pokud jde o celkové ekonomické škody či ztráty. Ty v roce 2002 představovaly 73 mld. Kč.

Rozdíly se ovšem ukazují v pojištění. Vyplacená pojistná plnění z titulu povodní 1997 činila již zmíněných 9,7 mld. Kč a z titulu povodní 2002 téměř 33 mld. Kč. V roce 2002 byly zasaženy velké oblasti Čech, průmyslová centra, velká města včetně Prahy, kde byly zaplaveny průmyslové podniky a metro. Pojišťovny se úspěšně vyrovnaly s likvidací pojistných událostí. K 30. 6. 2004 dosáhla vyplacená pojistná plnění k hodnotě nahlášených škod 97,5% u pojištění občanů a 93,6% u pojištění podnikatelů. Zajímavé může být připomenutí povodní na Dunaji v červnu 1965. Tehdy byly celkové ekonomické škody odhadnuty na 3,5 mld. Kčs[5]; byla vyplacena pojistná plnění ve výši cca 363 mil. Kč (20 439 pojistných událostí u občanů a několik desítek u jiných pojištěných osob).

Povodně 2002 byly druhou velkou povodní v průběhu pěti let s Q[6] vyšší než 100 (tzv. stoletá voda). Významnou úlohu při likvidaci povodňových škod sehráli zajistitelé. Jejich podíl je některými experty odhadován na 97% v relaci k vyplaceným pojistným plněním. Je třeba ale též říci, že pojišťovny za zajištění platí (a nemalé částky) a uměním jejich manažerů je zvolit vhodnou míru/proporci zajištění a vlastního vrubu. A tu jednoznačně zvolili.

[4] Pojistný obzor č. 8/2007, str. 3; 10 let od povodně na Moravě, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.
[5] Dejiny poisťovníctva v Česko–Slovensku, 3. díl, 1996, str. 215
[6] Q + číslice (např. Q_{100}) – znamená počet roků, za něž se pravděpodobně zopakuje povodeň téže velikosti

Co uplynulých 20 let ukázalo?

Pokusíme-li se o určité bilancování, a 20 let je pro to dostatečná doba, tak lze konstatovat, že:

- pojišťovnictví se ukázalo jako dynamický rozvíjející se obor, který vytvářel pracovní příležitosti (zaměstnanci pojišťoven, pojišťovací zprostředkovatelé a zakázky pro celou řadu partnerů),
- se průběžně zvyšoval význam pojišťovnictví pro národní hospodářství, což lze doložit vývojem ukazatele celková pojištěnost, ale například též výší investovaných aktiv, jejichž zdrojem jsou technické rezervy,
- pojistný trh byl dlouhodobě finančně stabilní a zvládl i finanční dopady takových katastrofických událostí, jakými byly povodně v roce 1997 a 2002,
- české pojišťovnictví se ukázalo jako přitažlivé pro zahraniční kapitál; faktem je, že největší evropské pojišťovny mají v České republice své dceřiné společnosti nebo pobočky; tato skutečnost přispěla k růstu know-how a výsledkům českého pojistného trhu,
- pojišťovnictví zvládlo „bez závažnějších poruch" nejen přechod od monopolu na tržní hospodářství, ale pak naprosto zásadní transformaci zákonného pojištění odpovědnosti z provozu vozidla na povinné pojištění a také náročný vstup do jednotného pojistného trhu EU spojený s přistoupením České republiky k EU,
- soukromé pojišťovny se staly seriózním partnerem státu jak v oblasti regulace a dohledu, tak při pružném řešení společenské objednávky; jednou z jejích forem jsou povinná pojištění, kterých v souladu s příslušnými zákony pojišťovny zajišťují již více než 40,
- pojišťovny uspokojovaly poptávku klientů, průběžně inovovaly pojistné produkty, kterých může být k dispozici včetně modifikací více než 250.

Při hodnocení výsledků za delší období je vždy na místě otázka, zda výkon nemohl být ještě lepší či vyšší. Zůstaneme-li u globálního přístupu, tak je odůvodněné říci, že mohl, ale za předpokladu realizace některých reforem, jako například důchodového systému nebo zdravotnictví, které by vzaly v úvahu kvalitu soukromých pojišťoven a jejich zaměstnanců, existující know-how, finanční spolehlivost apod. Porovnání s vyspělými pojistnými trhy ukazuje na určitý odstup českého pojistného trhu v životním pojištění či v pojištění nemoci, který je dán i tím, že v řadě západoevropských zemí dostaly soukromé pojišťovny právně možnost částečně nebo i významně vstoupit do systému sociálního zabezpečení.

Resumé

Insurance Market of the Czech Republic 1991–2010

The resurrection of the Czech insurance market can be traced back to the endorsement of the Insurance Act on April 26, 1991. This act opened the door for the establishment of Czech insurance undertakings and later – starting May 28, 1992 – for operations of foreign insurance companies in the territory of the Czech Republic. 20 years of the insurance market existence is sufficient for an assessment of its results and definition of the pros and cons of the achieved development. This article is supplemented by a statistical annex containing the most important data characterizing the insurance market. The assessment is based on the statistics and is aimed especially at the number of insurance undertakings, growth in premium written, development of insurance penetration, share of life and non-life insurance in total premium written, etc. The final part of the article summarizes conclusions arising, according to authors, from the prevailing successful trends.

Statistická příloha: ukazatele členů České asociace pojišťoven (ČAP) za období 1991–2010

Počet pojišťoven v ČR										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pojišťovny celkem	3	12	20	27	35	35	40	41	43	41
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pojišťovny celkem	43	42	42	40	45	49	52	53	52	53

Předepsané pojistné a tempo růstu

mil. Kč	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Předepsané pojistné celkem	14 403	16 187	23 330	29 046	33 542	39 993	47 616	55 127	62 442	69 285
Životní pojištění (ŽP)	4 632	5 219	5 905	7 418	9 225	10 989	12 690	15 089	19 917	22 770
Neživotní pojištění (NŽP)	9 771	10 968	17 425	21 628	24 317	29 004	34 926	40 038	42 525	46 515

meziroční změna (%)	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Předepsané pojistné celkem	12,4	44,1	24,5	15,5	19,2	19,1	15,8	13,3	11,0
Životní pojištění (ŽP)	12,7	13,1	25,6	24,4	19,1	15,5	18,9	32,0	14,3
Neživotní pojištění (NŽP)	12,3	58,9	24,1	12,4	19,3	20,4	14,6	6,2	9,4

mil. Kč	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Předepsané pojistné celkem	79 197	88 473	104 636	111 586	115 904	119 948	130 352	137 161	141 420	152 857
Životní pojištění (ŽP)	28 282	34 161	41 123	44 201	44 954	47 233	54 120	56 889	60 208	71 765
Neživotní pojištění (NŽP)	50 915	54 312	63 513	67 385	70 950	72 715	76 232	80 272	81 213	81 092

meziroční změna (%)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Předepsané pojistné celkem	14,3	11,7	18,3	6,6	3,9	3,5	8,7	5,2	3,1	8,1
Životní pojištění (ŽP)	24,2	20,8	20,4	7,5	1,7	5,1	14,6	5,1	5,8	19,2
Neživotní pojištění (NŽP)	9,5	6,7	16,9	6,1	5,3	2,5	4,8	5,3	1,2	-0,1

Celková pojištěnost

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Předepsané pojistné celkem (mil. Kč)	14 403	16 187	23 330	29 046	33 542	39 993	47 616	55 127	62 442	69 285
Podíl pojistného na HDP (%)	2,0	2,1	2,6	2,9	2,3	2,4	2,6	2,8	3,0	3,2

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Předepsané pojistné celkem (mil. Kč)	79 197	88 473	104 636	111 586	115 904	119 948	130 352	137 161	141 420	152 857
Podíl pojistného na HDP (%)	3,4	3,7	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,9	4,2

Celková pojištěnost: podíl celkového předepsaného pojistného k hrubému domácímu produktu v běžných cenách (%)

Vývoj dalších ukazatelů členů ČAP za období 1991–2010

UKAZATEL		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Základní kapitál	mil. Kč	n.a.	2 260	3 196	4 107	4 285	8 727	9 833	10 990	12 655	12 691
Technické rezervy – ŽP[1)]	mil. Kč	39 143	43 492	45 912	49 507	55 031	57 652	63 791	67 930	76 186	86 330
Technické rezervy – NŽP[1)]	mil. Kč	n.a.	3 175	6 184	13 851	17 323	27 539	33 121	30 365	33 444	30 770
Počet zaměstnanců	osoby	8 596	9 002	10 913	12 018	13 420	14 825	16 094	16 137	16 172	15 836
Pojišťovací zprostředkovatelé (PZ)[3)]	osoby	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7 670	10 081	13 769	18 950	28 397	35 941
Počet pojistných smluv k 31.12.	tis. ks	n.a.	12 292	12 200	11 724	11 570	12 066	12 472	13 603	14 408	19 269
Životní pojištění (bez důchodového)	mil. Kč	4 111	4 520	5 044	6 190	7 624	8 921	10 413	12 582	17 557	20 337
Důchodové pojištění	mil. Kč	521	699	861	1 228	1 601	2 068	2 277	2 383	2 360	2 424
Odpovědnost z provozu vozidla	mil. Kč	499	1 234	3 678	3 592	3 890	4 628	6 150	9 557	10 796	13 874
Havarijní pojištění[2)]	mil. Kč	893	966	1 079	4 462	5 468	8 005	9 923	10 272	10 582	10 311
Domácnost	mil. Kč	344	392	573	850	829	882	1 032	1 128	1 245	1 274
Budovy občanů	mil. Kč	322	354	379	476	608	768	951	1 154	1 320	1 448

UKAZATEL		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Základní kapitál	mil. Kč	12 881	12 520	12 533	13 544	15 243	16 363	17 563	18 276	19 373	21 832
Technické rezervy – ŽP[1)]	mil. Kč	97 769	110 849	125 421	139 253	162 965	182 887	197 408	204 843	222 481	245 771
Technické rezervy – NŽP[1)]	mil. Kč	37 160	46 624	50 864	59 321	58 505	62 262	68 189	73 569	74 230	73 995
Počet zaměstnanců	osoby	15 295	14 915	15 283	14 704	14 120	13 994	14 108	14 387	13 992	13 806
Pojišťovací agenti[3)]	osoby	39 704	46 895	40 626	39 997	15 076	16 759	16 696	18 728	17 991	18 010
Počet pojistných smluv k 31.12.	tis. ks	22 878	22 786	19 713	20 195	21 530	22 514	23 878	24 879	25 910	25 822
Životní pojištění	mil. Kč	25 019	31 373	37 817	40 954	42 116	44 365	51 542	54 449	57 899	69 683
Důchodové pojištění	mil. Kč	3 263	2 788	3 307	3 247	2 801	2 768	2 577	2 439	2 308	2 082
Odpovědnost z provozu vozidla	mil. Kč	15 946	17 747	19 596	20 946	21 612	22 126	22 696	23 622	24 007	22 490
Havarijní pojištění[2)]	mil. Kč	10 308	11 676	13 349	14 202	15 042	15 531	16 137	16 790	16 601	15 525

UKAZATEL		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Domácnost	mil. Kč	1 381	1 475	1 836	1 938	2 032	2 117	2 255	2 409	2 510	2 562
Budovy občanů	mil. Kč	1 559	1 807	2 319	2 717	2 930	3 134	3 426	3 691	3 944	4 209

Prameny: Výroční zpráva Česko-Slovenské asociace pojišťoven, 1993
Výroční zprávy České asociace pojišťoven, 1994–2010
Česká asociace pojišťoven, čtvrtletní údaje za rok 2010

Poznámky: n.a. – údaj není k dispozici
[1] do roku 1992 fondy podle zákona č. 185/1991 Sb.
[2] do roku 1993 jen občané
[3] od 2005 podle zákona č. 38/2004 Sb. („zprostředkovatelé")

Podíl životního a neživotního pojištění (ŽP, NŽP) na předepsaném pojistném (%)

UKAZATEL	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ŽP EU (27)	49,5	50,1	50,9	54,1	56,7	58,3	62,1	65,2	62,7
NŽP EU (27)	50,5	49,9	49,1	45,9	43,3	41,7	37,9	34,8	37,3
Podíl ŽP ČR	25,3	25,5	27,6	26,6	26,5	27,1	31,5	32,3	35,0
Podíl NŽP ČR	74,7	74,5	72,4	73,4	73,5	72,9	68,5	67,7	65,0

UKAZATEL	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ŽP EU (27)	62,2	60,8	61,4	63,2	63,3	65,2	61,0	62,0	61,7
NŽP EU (27)	37,8	39,2	38,6	36,8	36,7	34,8	39,0	38,0	38,3
Podíl ŽP ČR	37,5	38,8	39,3	38,4	39,1	41,0	40,8	41,8	46,0
Podíl NŽP ČR	62,5	61,2	60,7	61,6	60,9	59,0	59,2	58,2	54,0

Quantitative Impact Study 5 – evropské kontra české pojišťovny

Mgr. Kamila Šimonová, Česká pojišťovna a.s.

Ve druhé polovině loňského roku zorganizovala Evropská Komise a evropský dohledový orgán EIOPA (European Insurance and Occupational Pensions Authority – Evropský orgán pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění), který od 1. 1. 2011 nahradil CEIOPS, již popáté v průběhu příprav na nový regulatorní režim Solvency II kvantitativní studii, jejímž hlavním cílem je převést návrh standardního modelu do konkrétních čísel, a ukázat tak potenciální dopad na kapitálovou přiměřenost evropského pojistného trhu. Hlavním cílem Komise je testování hlavních principů standardního modelu a zároveň nastavené kalibrace všech modulů. Zvláště kalibrační aspekty byly předmětem široké diskuse mezi zástupci trhu, Komisí a dohledovými orgány. Vedle kvantitativního ocenění také studie významně přispívá k širší povědomosti v pojišťovnách, jakou konkrétní podobu a rozsah může mít realizace požadavků na výpočet kapitálu a dostupných zdrojů. Studie původně testovaly vybrané aspekty nového přístupu k výpočtům rizikového kapitálu, páté kolo QIS se již velmi blíží k výsledné podobě standardního modelu, jak bude zafixován v rámci nové regulace. Cílem těchto studií je dát pojišťovnám do ruky konkrétní nástroj jako startovací bod při přípravě implementace celého projektu Solvency II, v rámci kterého je výpočet kapitálové přiměřenosti pouze úzkou součástí.

Evropská komise avizovala, že toto kolo QIS bude pravděpodobně poslední úplná studie před implementací Solvency II. Případné další testování nových úprav do standardního modelu by mohlo probíhat v omezené míře pouze pro vybrané oblasti nebo bude plně v kompetenci EIOPA, která k ohodnocení dopadu využije modelových společností.

Hlavní zjištění z QIS5 by měla být promítnuta při tvorbě legislativy na úrovni Level 2 implementačních opatření, která budou základem pro finální definici standardního modelu. V současné době dochází k dokončení přípravy této úrovně legislativy.

Účast českých a evropských pojišťoven v QIS5

Také účast pojišťoven a zajišťoven se v čase blížícím se roku 2013, ve kterém by měl nový režim vstoupit v platnost, významně zvyšuje. QIS5 se zúčastnilo 2 520 společností a 167 pojišťovacích skupin, což znamenalo nárůst o téměř 80% oproti QIS4. Týká se to 68% ze všech společností, na které se vztahuje režim Solvency II. Zejména vzrostla účast mezi středními a menšími pojišťovnami. Tímto výsledkem byla naplněna ambice Evropské Komise a EIOPA dosáhnout účasti 60% pro individuální společnosti a 75% pro skupiny. Zastoupeno bylo všech 30 států Evropského hospodářského prostoru. Taková účast již dává jasný pohled na kvantifikaci dopadu nových pravidel, a dá tak jejich tvůrcům spolehlivější zpětnou vazbu k podobě a kalibraci standardního

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

modelu, tak jak je vnímají pojišťovny a zajišťovny. EIOPA v tomto směru deklaruje velký zájem o diskusi mezi dohledovými orgány, pojistným trhem a Evropskou Komisí a očekává, že tato diskuse povede k věcné správnosti a akceptovatelnému rozsahu nové regulace. Také účast na českém pojistném trhu v posledních studiích zásadně roste; v tomto kole se zúčastnilo 23 pojišťoven, jejichž tržní podíl na celém trhu výrazně převyšuje 90%. Podle kategorizace EIOPA na malé/střední/velké jsou v ČR zastoupeny pouze malé a střední pojišťovny.

Tabulka: Účast evropských i českých pojišťoven v QIS5

	EU*		ČR	
Pojišťovny	QIS5 účast	Celkem	QIS5 účast	Celkem
Životní	610	799	4	5
Neživotní	1 284	1 879	7	17
Kompozitní	336	467	12	13
Zajišťovny	111	182		
Kaptivní	175	353		
Souhrn	**2 516**	**3 680**	**23**	**35**

*v kategorii celkem jsou pojišťovny, na které by se měl vztahovat režim Solvency II

Struktura výpočtu QIS5

Základním principem výpočtu standardního a i interního (vyvinutý na úrovni jednotlivých pojišťoven) modelu je srovnání požadovaného kapitálu vypočteného pro Direktivou (směrnice 2009/138/ES – Solvency II) předepsanou sadu rizik s dostupnými vlastními zdroji. Požadovaný kapitál (SCR – *Solvency Capital Requirement*) se počítá na úrovni 99,5% hladiny spolehlivosti na dobu jednoho roku. Zatímco přístup k výpočtu dostupného kapitálu je shodný pro standardní i interní model, právě pro požadovaný kapitál standardní model předepisuje jednotný výpočet, který by měl být schopen zachytit rizikový profil pojišťoven a zajišťoven napříč evropským trhem a zároveň by měl zůstat relativně jednoduchý, a tedy proveditelný pro všechny společnosti, které spadají do nového regulatorního režimu. Důraz na jednoduchost a proveditelnost je veliký, protože se očekává, že většina velkých nadnárodních pojišťovacích skupin bude vyvíjet vlastní interní modely a standardní model bude spíše využíván pro segment středních a menších společností.

Struktura výpočtu požadovaného kapitálu už zůstává po několik minulých kvantitativních studií zachována, mění se jen dílčí části v oblasti jednotlivých submodulů, metodika pro jednotlivé submoduly a kalibrace parametrů.

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

V rámci této struktury dochází k testování různých přístupů, a to v řadě případů dvou různých verzí v rámci jedné oblasti. Rozlišují se zejména:

- „Rovnocenné" výpočty – není předepsaná základní/hlavní kalkulace ze strany Komise, testují se nezávisle dvě verze výpočtu, dle výsledků a zpětné vazby pojistného trhu bude rozhodnuto o finální verzi. Jde například o testování modulárního přístupu a ekvivalentního scénáře pro úpravy, do jaké míry jsou schopny technické rezervy a odložené daně absorbovat případnou ztrátu.
- Alternativní výpočty – k základnímu výpočtu je doplněn tzv. alternativní přístup, který umožňuje zvolit jinou formu výpočtu, který by pro pojišťovnu byl vhodnější, ať už z pohledu lépe dostupných dat nebo technicky proveditelnější kalkulace. Pojišťovny zároveň při odevzdání QIS5 komentovaly, do jaké míry jsou právě alternativní výpočty pro ně akceptovatelné. Do této kategorie spadá například faktorový výpočet neživotního katastrofického rizika namísto simulace scénářů.

Základní výsledky o úrovni solventnosti pojistného trhu

Hlavní dobrou zprávou z QIS5 je skutečnost, že celý evropský trh zůstává komfortně solventní, a to s přebytkem téměř 400 mld. EUR, což znamená pokles pouze o 12% oproti současnému režimu solventnosti. Nicméně je nutné zdůraznit, že tvrzení o dostatečné solventnosti trhu jsou velmi závislá na konečné podobě nastavení zejména v oblasti dostupného kapitálu, kde stále probíhají diskuse o některých položkách a jejich zařazení do jednotlivých kvalitativních úrovní (pilířů - Tiers). Například položka EPIFP *(Expected profits included in future premium)* a její přesunutí z úrovně 1 do úrovně 3 dostupného kapitálu by mohlo mít zásadní dopad na kapitálovou pozici a pro řadu společností by znamenalo nesplnění požadavků na kapitál. Dle QIS5 pouze 15% pojišťoven nebo zajišťoven nebylo schopno plně krýt SCR, velká část z nich se však hranici SCR přiblížila více než ze tří čtvrtin. Minimální hranici solventnosti (MCR – *Minimum Capital Requirement*) nenaplnilo 5% pojišťoven. V některých případech, kde tyto společnosti jsou součástí nadnárodních skupin, by bylo možné takovéto situace řešit realokací kapitálu v rámci skupiny.

Výsledky českého pojistného trhu jsou v tomto ohledu také uspokojivé, solventnostní poměr (podíl vlastních zdrojů ku požadovanému kapitálu) dosahuje v průměru více než 200%. Opět je nutné upozornit, že na tento výsledek má významný vliv velký objem přecenění rezerv z účetních hodnot na *fair value*. Pokud bychom tuto položku z vlastních zdrojů vyloučili, solventnostní poměr pro pojišťovny v ČR by dramaticky poklesl na hodnotu kolem 100%.

Zajímavým zjištěním bylo také srovnání SCR dle standardního a interního modelu. Pro většinu pojišťoven, které QIS5 doplnily informací o výsledcích svých interních kalkulací, vycházel požadavek na kapitál velmi podobný v obou modelech, i když vzorek, ze kterého lze vyvozovat závěry, byl poměrně malý.

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

Prostý součet všech rizik modelovaných v rámci QIS5 přesáhl na evropské úrovni 1 300 mld. EUR. Diverzifikační benefit vyplývající z korelace mezi riziky, která byla představena nově pro Solvency II, snižuje riziko o 466 mld. EUR. A pokud se také zohlední mitigační možnost pojišťovny platit nižší podíly na výnosech a nižší daně po jednotlivých stresech, která dělá 314 mld. EUR, je celková SCR na úrovni 41 % z jednoduchého součtu všech rizik. Toto dokládá významný efekt diversifikace, která se provádí jak na úrovni submodulů, tak na úrovni hlavní sady rizik.

Ocenění aktiv a pasiv včetně technických rezerv

Celý princip ocenění aktiv a pasiv v Solvency II je založen na tržním ohodnocení. V oblasti aktiv je aplikace tohoto přístupu jednodušší, než je tomu například u technických rezerv. Je to z důvodu, že řada pojišťoven již využívá tržní ocenění aktiv pro aktuální účetní ohodnocení. Souhrnně řečeno, rozdíl v ocenění aktiv dle Solvency II oproti stávajícímu stavu nebyl tak výrazný jako rozdíly právě v případě technických rezerv, jednalo se maximálně o jednotky procent. V součtu za celou EU byla celková aktiva dle Solvency II oceněna na o 0,3 % menší hodnotu, než je jejich aktuální účetní hodnota. I výsledky v České republice potvrzují minimální rozdíly mezi tržním a účetním oceněním aktiv v jednotkách procent. Podobně nevýznamné rozdíly byly pozorovány také u přecenění jiných pasiv než rezerv.

Naprosto dominantní dopad je v případě českého pojistného trhu pro přecenění u technických rezerv, kde přechod z účetního přístupu na ocenění *fair value*, tedy součet nejlepšího odhadu a rizikové přirážky, dává rozdíly s významným dopadem do vlastních zdrojů. Jde o odstranění prudentní přirážky, kterou obsahuje aktuální účetní hodnota rezerv. Pokles čistých technických rezerv mezi účetní a QIS5 hodnotou je pro neživotní segment 15 %, a pro životní pojištění dokonce 25 %.

Situace na evropském trhu je odlišná zejména pro životní produkty, jejichž rezervy se mezi Solvency I a QIS5 výrazně neliší, pro čistou výši rezerv jsou dokonce QIS5 hodnoty lehce vyšší než účetní díky poklesu pohledávek za zajištěním. U neživotních pojištění je rozdíl podobný jako na českém trhu a je způsobený převážně dopadem z diskontování budoucích peněžních toků.

Ocenění aktiv a pasiv je základem pro většinu dalších výpočtů rizikového kapitálu. Proto by měl být kladen důraz na jejich správné ohodnocení a ze strany trhu je velká poptávka po přesné metodice výpočtu, zejména v oblasti ocenění technických rezerv. Z výsledků QIS5 vyplynuly ještě některé neuzavřené otázky, týkající se jednotlivých komponent při výpočtu *fair value* rezerv. Je to například přístup k rizikové marži, který je v plné definici příliš komplikovaný a obtížně proveditelný pro řadu společností. V Level 2 implementačních opatřeních jsou očekávány další návrhy na zjednodušení tohoto výpočtu.

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

Také připomínky k definici a potenciálnímu dopadu z contract boundaries (viz definice na str. 32) a prémie za likviditu se objevovaly velmi často v připomínkách trhu ke QIS5.

Nově byla představena zjednodušená segmentace v životním pojištění, kde bylo upuštěno od druhé úrovně.

Vlastní zdroje pro krytí požadovaného kapitálu

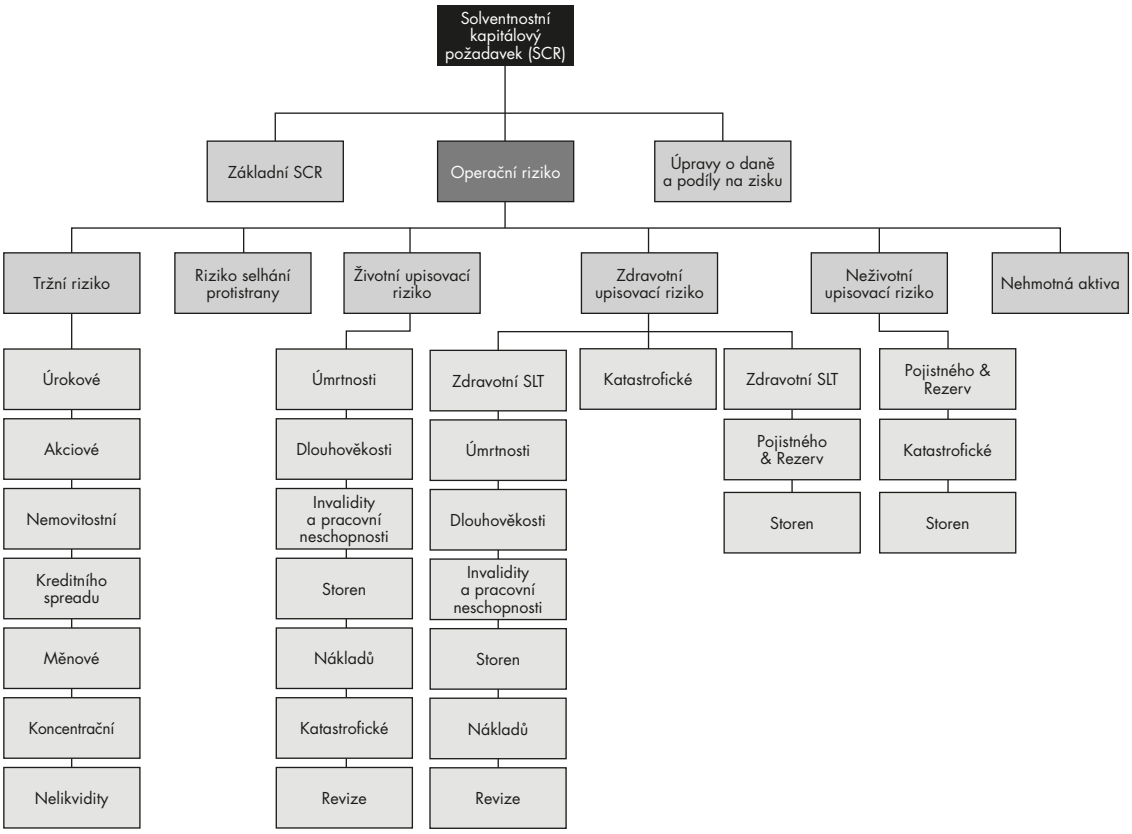
Právě definice vlastních zdrojů je klíčová pro nový přístup k solventnosti pojišťoven. Bude se týkat krytí kapitálu pro standardní i interní model. Jednotlivé složky vlastních zdrojů, ohodnocení jejich kvality, a tedy přípustnost je započíst v plném rozsahu, může mít významný dopad na solventnostní pozici celého trhu. Kvalita vlastních zdrojů se projevuje v zařazení jednotlivých položek do tří úrovní (pilířů), tzv. tiers, přičemž v první úrovni jde o kapitál nejvyšší kvality, který se může v neomezené míře použít ke krytí požadovaného kapitálu. Platí obecně v evropských podmínkách, a na českém trhu zvláště, že většina vlastních zdrojů byla zařazena do úrovně 1. V evropských výsledcích je součástí první úrovně 846 z celkových 921 mld. EUR objemu vlastních zdrojů. Na českém trhu je to dokonce 99,98 %.

V přístupu k výpočtu vlastních zdrojů byly v QIS5 představeny některé zásadní změny. Jednalo se především o již zmíněnou položku EPIFP. Ta může tvořit až polovinu vlastních zdrojů zejména pro velké pojistitele a skupiny, a to především, pokud v jejich portfoliu převládají dlouhodobé produkty z oblasti životního a zdravotního pojištění. Diskuse k EPIFP se týkala kapitálové kvality této položky a jejího zařazení do úrovně 1 nebo 3 vlastních zdrojů. Pokud by došlo ve finálním nastavení Solvency II k přesunu do úrovně 3, mohly by pojišťovny tuto významnou část svých budoucích zisků započítat jen z menší části a jejich pozice by se výrazně zhoršila. Další problém, týkající se EPIFP, byl v problematickém výpočtu, který řadu pojišťoven od jeho provedení odradil, zúčastnila se ho pouze třetina společností.

Struktura rizik v SCR

Proporce jednotlivých rizik v SCR je velmi závislá na charakteru činnosti pojišťovny. Pro životní pojišťovny jsou dominantní oblastí tržní rizika, kde výsledek na evropské úrovni tvoří 67 % z celkového požadovaného kapitálu. V rámci této kategorie rizik dominuje akciové riziko a riziko kreditního spreadu. U úrokového rizika se většinou velmi příznivě projevuje efekt ALM *(Asset Liability Management)*. Z pojistného rizika, které tvoří 24 % z celkového SCR u životních pojišťoven, převažuje riziko storen. U některých pojišťoven, které provozují důchodové produkty, nabývá na významu riziko dlouhověkosti.

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP



Naopak pro neživotní pojistitele hraje nejvýznamnější roli riziko postačitelnosti pojistného a rezerv společně s katastrofickým rizikem. Tato proporce vyplývá z charakteru závazků neživotního pojištění, které je výrazně kratší než u životních produktů. Dle reakcí trhu na kalibraci právě neživotního pojistného modulu a současných aktivit Komise a EIOPA lze očekávat některé úpravy v návrhu výpočtu, které by zřejmě mohly vést ke snížení požadavků na kapitál pro neživotní pojišťovny.

Na českém trhu hrají dominantní pozici kompozitní pojišťovny, kde je proporce mezi jednotlivými riziky odlišná. Životní, neživotní i tržní rizika tvoří podobnou část celkového BSCR *(Basic SCR = základní SCR),* a to kolem jedné čtvrtiny. Mírně nižší je proporce rizika selhání protistrany, a to přes 15 %, ostatní rizika jsou minoritní.

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

Z tržních rizik převažuje riziko akciové, které tvoří téměř třetinu a v životním modulu je významná dominance rizika storen (více než polovina).

Připomínky ze strany pojistného trhu (především z českého trhu)

Jedním ze základních cílů této studie bylo umožnit pojišťovnám vyjádřit svůj názor na celý standardní model a přednést organizátorům připomínky na nastavení výpočtů a jejich proveditelnost. Mezi nejčastějšími výtkami se vyskytovaly kalibrační témata a velký rozsah některých kalkulací, které byly zvláště pro některé střední a menší pojišťovny příliš komplexní.

- Katastrofické riziko – nejvýznamnější námitky ke kalibraci neživotního katastrofického modulu se týkaly rizika povodní. Srovnání výsledků QIS5 s interními modely pro katastrofické riziko, které pojišťovny běžně používají, vykázaly velké rozdíly. Z tohoto důvodu používané zajistné programy nebyly pro škody vyplývající z QIS5 dostatečné a pro pojišťovny toto znamenalo velké nároky na kapitál. Za hlavní příčinu bylo považováno nastavení tržního faktoru pro povodně v České republice, který byl výrazně vyšší ve srovnání s některými zeměmi v regionu. Také použití CRESTA zón nebylo přijato jako nejvhodnější pro jejich malé rozlišení, a tedy malou schopnost reflektovat členitost území a jeho potenciální zasažení povodněmi.
  V rámci katastrofického modulu se také uvažují škody způsobené člověkem *(man-made catastrophe)*. Na tento typ rizika se aplikují předem definované scénáře, což však byla oblast, kde požadavky na data byly velmi specifické a podrobné a řada pojistitelů nebyla schopna vstupní informace poskytnout. V těchto případech pak byl aplikován méně výhodný faktorový přístup.
- Riziko selhání protistrany – zde se v části týkající se rizika defaultu zajistitele přímo promítá výsledek z neživotního katastrofického modulu (cedované riziko), a tedy jeho vysoká hodnota se přenáší i do tohoto modulu.
- EPIFP – *expected profits included in future premiums*, tedy očekávané zisky z budoucího pojistného a jejich vyčíslení a možnost započtení do vlastních zdrojů nejvyšší kvality. Základním problémem byla proveditelnost výpočtu tak, aby splňoval nároky vyplývající z definice technické specifikace. Bylo tedy nutné provádět některá zjednodušení, aby bylo možné EPIFP vůbec vyčíslit. I tak výsledky ukázaly, že změna klasifikace z úrovně 1 do úrovně 3 by znamenala vážné problémy v kapitálové dostatečnosti u řady pojišťoven.
- *Contract boundary* – zásadní připomínky se týkaly nejasné definice této charakteristiky. Jedná se o možné započtení nebo vyloučení budoucích peněžních toků z celkové hodnoty technických rezerv, a to podle toho, jak jsou zakotveny v pojistné smlouvě. Na českém pojistném trhu se tento problém týká například úrazových připojištění k životnímu pojištění. Nejednoznačná definice v technických specifikacích vedla k různým výkladům, což následně způsobilo nekonzistenci ve výsledcích, a tudíž obtížné srovnání mezi pojišťovnami.

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

Tato připomínka zazněla obecně napříč celým evropským pojistným trhem a očekává se zpřesnění definice v Level 2 implementačních opatření.

- Prémie za nelikviditu *(illiquidity premium)* – tedy přirážka k bezrizikové úrokové křivce, která by měla zohlednit charakter/likviditu pojistných závazků. Produkty byly dle technické specifikace rozděleny do 3 kategorií a v rámci těchto kategorií byla prémie za nelikviditu aplikována určitým procentem k úrokové křivce. Diskuse na českém pojistném trhu se týkala nastavení prémie za nelikviditu pro českou měnu a její srovnání s eurem. Při ohodnocení dopadu však bylo zjištěno, že rozdíl z použití prémie pro korunu a euro na hodnotu pojistných závazků je poměrně malý. Level 2 implementační opatření nyní představují nový koncept přirážek k úrokové křivce, zatím pouze v teoretické rovině, bez ohodnocení potenciálního dopadu na hodnotu technických rezerv.
- Účasti ve finančních a kreditních společnostech – technická specifikace předepisovala odečtení hodnoty takovýchto účastí z vlastních zdrojů a také na ně nezapočítávala riziko. Definice těchto společností je však obtížně interpretovatelná a v českém prostředí například oblast penzijních fondů, případně správců investičních fondů, může dle výkladu patřit do této kategorie.
- Riziková přirážka (risk margin) – připomínky se týkaly vysoké komplexity celé kalkulace, která je v plné verzi prakticky neproveditelná, především protože zahrnuje výpočet celého SCR do budoucnosti. Prakticky všemi účastníky byly využívány možnosti různých zjednodušení, které nabízely technické specifikace.

Mezi dalšími tématy, která vyplynula z evropských výsledků a vyžadují další diskusi a upřesnění, byla aplikace principu proporcionality, tedy přístupu k menším společnostem a oblastem rizik (pro jakoukoliv společnost) s nevýznamnou materialitou. Zároveň je nutné dále rozvíjet přístup k tzv. třetím zemím, tedy společnostem mimo Evropskou unii, které jsou součástí nadnárodních pojišťovacích skupin.

Literatura

- EIOPA Report on the Fifth Quantitative Impact Study (QIS5) for Solvency II – březen 2011
- Fitch European Special Report: QIS5 – Insurer's capital solid – březen 2011
- EIOPA QIS5 Results: General findings, surplus and preparedness (presentation from EIOPA hearing, Frankfurt 25 March 2011)
- QIS5 Results Consolidation, Deloitte – prosinec 2010

Pokud není výslovně uvedeno jinak, týkají se hodnoty výsledků evropského pojistného trhu
Výsledky týkající se České republiky vycházejí ze studie Deloitte připravené pro ČAP

Resumé

Quantitative Impact Study 5 – European versus Czech insurance companies

In the second half of 2010 the European Commission and the CEIOPS (since 1 January 2011 EIOPA) organized a fifth Quantitative Impact Study to test primarily the basic principles of the standard model and the set calibrations of all modules.

The article consists of the following parts:

- participation of Czech and European insurance companies in QIS5
- structure of calculation of QIS5
- basic results of the insurance market level of solvency
- assessment of assets and liabilities including technical provisions
- own (financial) sources for the cover of the required capital
- structure of risks in SCR
- comments from a section of the insurance market (especially of the Czech market).

The article is quite comprehensive regarding the description of the above mentioned issues and up-to-date concerning the use of information from the EU, CEA, the EIOPA, the Czech National Bank etc. It also demonstrates the satisfactory progress and quality of preparation for and reaction of the Czech insurance market to the Solvency II project.

Solventnost II a interní modely

Mgr. Josef Lukášek, Allianz pojišťovna, a.s.

Směr, kterým směrem se tento článek v rámci tématu Solventnost II a interní modely ubírá, je zaměření se na management a zamyšlení se nad účelností zavedení interního modelu. Zároveň by článek mohl sloužit jako možný zdroj argumentů pro ty odborné pracovníky, kteří by chtěli prosadit implementaci interního modelu ve své společnosti. A aby nedošlo k nesprávnému očekávání, již na počátku chci zdůraznit, že cílem není poskytnout další pohledy na tuto problematiku z praxe implementace interních modelů pojistným matematikům se zkušeností v problematice Solventnosti II a řízení rizik.

Solventnost II – stručný úvod do problematiky

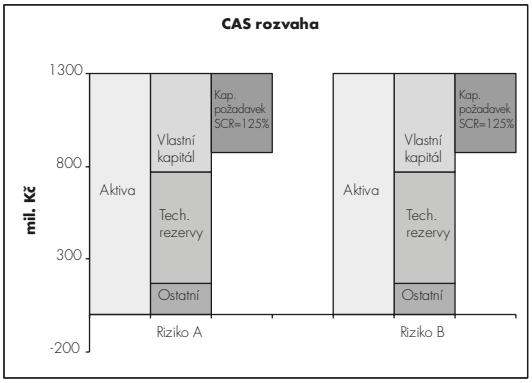
Solventnost II je nový režim solventnosti pro pojišťovny a zajišťovny členských států Evropské unie, který vstoupí v platnost (asi) 31. prosince 2012. Obecně Solventnost II má za cíl implementovat požadavky na solventnost, které budou lépe reflektovat rizika, kterým jsou pojišťovny vystaveny, a zajistit kontrolní systém, který by měl být konzistentní ve všech členských státech EU.

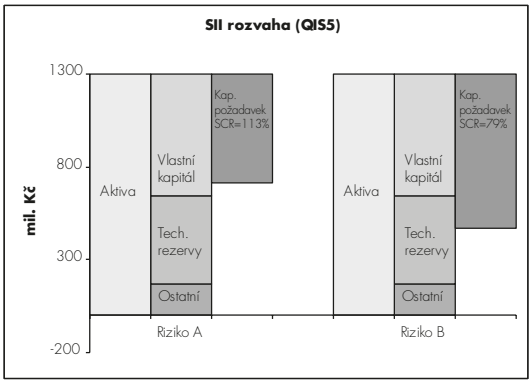
Přípravy na přechod na Solventnost II začaly již před rokem 2006, ve kterém byla první kvalitativní dopadovou studií QIS I. V létě roku 2010 měly pojišťovny a zajišťovny možnost účastnit se zatím poslední kvalitativní dopadové studie QIS 5. V rámci příprav si pojišťovny volí, jestli budou počítat solventnost na základě standardní formule nebo vlastního interního modelu, popř. částečného interního modelu. Zároveň by se měly připravit na důsledky plynoucí z nového režimu.

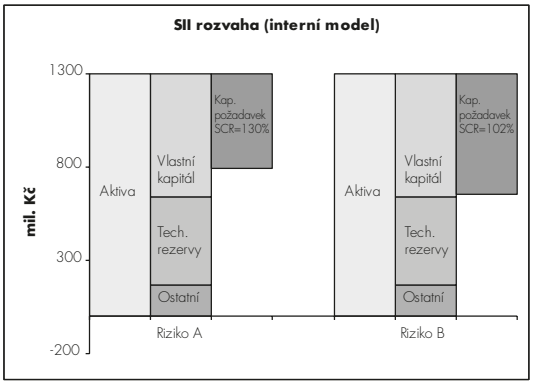
Kvalitativní dopadová studie QIS 5 prokázala potřebu nárůstu na kapitálový požadavek a zároveň také navýšení vlastních zdrojů určených ke krytí požadované míry solventnosti.

Pro názornější představení možného dopadu na výši kapitálového požadavku při přechodu na Solventnost II je připraven následující zjednodušený příklad. Uvažujme dvě pojišťovny (Pojišťovna 1 a 2), kde každá pojišťovna nabízí krytí jiného pojistného neživotního rizika (riziko A a B). Obecně riziko A je méně volatilní než riziko B. Obě pojišťovny předepíší stejné pojistné 2,5 mld. Kč za daná rizika a vykazují stejný škodní průběh 60% (vztaženo ke zvolenému referenčnímu období). Pro jednoduchost dále předpokládáme stejnou výši nákladů pro obě rizika a neuvažujeme zajištění.

Vývoj kapitálového požadavku a aktiv určených k jeho krytí od Solventnosti I přes standardní formuli po interní model Solventnosti II je pro obě pojišťovny znázorněn na následujících obrázcích. Pro lepší představu si můžeme pod rizikem A představit havarijní pojištění a pod rizikem B pojištění podnikatelů.







Výsledky reflektují skutečnost, kdy Solventnost I nebere v úvahu rizikový profil (volatilitu). Tedy v našem případě mají obě pojišťovny stejnou výši kapitálového požadavku, obě rizika se tváří jako stejně profitabilní. Ve standardní formuli QIS 5 je profil pojistného rizika již zahrnut a větší volatilita je penalizovaná větším nárůstem kapitálového požadavku. Riziko A je nyní ziskovější díky nižším nákladům na kapitál. Při přechodu na interní model oceňujeme rizika na základě rysů daného portfolia, čímž lze ušetřit na rizikovém kapitálu. To se následně promítne do cenotvorby produktů, prodejní strategie, plánování atd.

Definice interních modelů podle SII

Ve směrnici[1] je interním modelům věnována část oddílu 4 s názvem Solventnostní kapitálový požadavek a přesněji pododdíl 3 Solventnostní kapitálový požadavek úplné a částečné interní modely, články 112 až 127. V těchto článcích se pojednává o tom, co vše musí interní model splňovat a jak by se ke schválení modelu měla postavit pojišťovna a dozor.

Další dokumenty (L2 regulace, tj. úroveň regulace 2), které popisují tvorbu interních modelů (úplných nebo částečných), je možné najít na extranetových stránkách ČAP[2] či na webu Evropské Komise a EIOPA. Tyto dokumenty k datu vzniku článku (první polovina května 2011) ještě nebyly finální; stejně tak i směrnice SII bude částečně novelizována směrnicí OMNIBUS II, která je ještě v legislativním procesu a může být schválena Evropským parlamentem až v lednu 2012.

Na co lze použít interní model

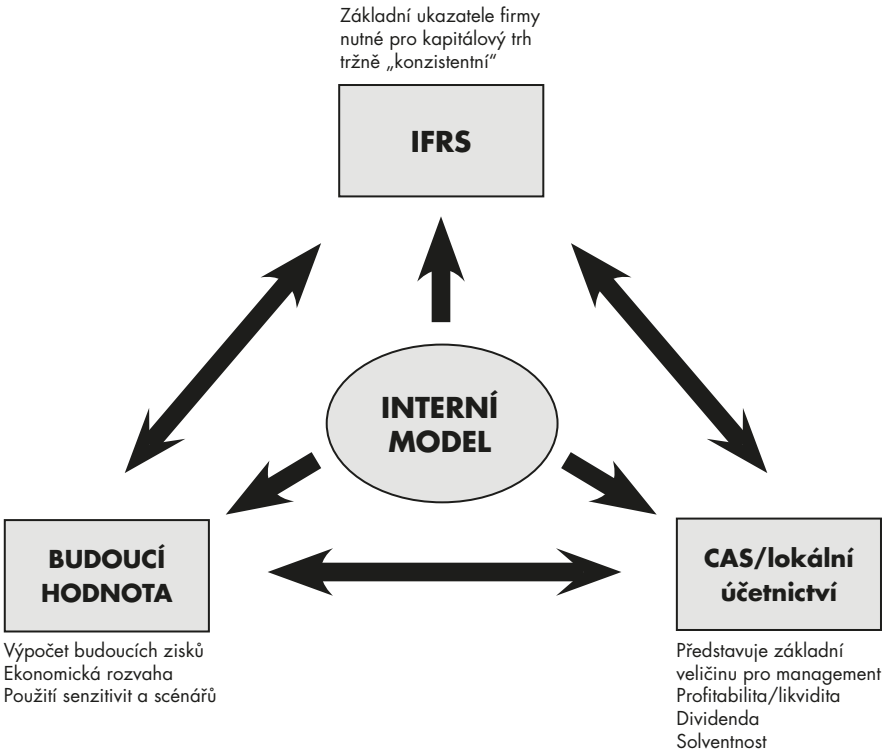
Interní model rizikového kapitálu vzniká primárně za účelem relativně velmi detailně (více než přes standardní formuli) pochopit, znát a řídit rizika, která podstupuje daná pojišťovna. Základní nástroje, které lze pomocí interního modelu řídit a řešit jsou ty, které by se daly schovat pod „hlavičku" – jak dosáhnout optimálního řízení rizik:

- Porozumění a ocenění rizik
- Určení zdrojů profitability
- Efektivní ocenění produktů
- Strategická volba produktů
- Užívání testů citlivosti na různé budoucí vývoje, ocenění zajištění
- Znalost možných manažerských rozhodnutí na změnu rizikových profilů
- Efektivní užívání manažerských rozhodnutí v případě změn rizikovosti
- Užívání krátkodobých zisků ze změny rizik…
- …pro dlouhodobý profitabilní růst s adekvátním nastavením rizikovosti.

Jednotlivé odrážky představují postupný proces vnímání a užití interního modelu od nejjednodušších (pochopení základních rizikových veličin) po velmi sofistikované užívání, tedy provádění „as if" analýz. Základem rizikového modelu je odpovědět jednoduše na každodenní otázky v řízení společnosti.

Jiný pohled na užití interního modelu může ukázat následující diagram, kde je vidět, že řízení rizik produktu musí splňovat pokrytí tří základních dimenzí. Interní model propojuje tři základní dimenze výkaznictví pojišťoven: lokální účetnictví, IFRS a implicitní hodnotu.

[1] Směrnice 2009/138/ES – Solventnost II
[2] Přístup pouze pro členy ČAP



Interní model by měl managementu dát vždy odpověď na základní otázky: Jak si na tom stojím v porovnání s ostatními společnostmi (IFRS)? Je potřeba se ptát, jak ostatní společnosti si na tom stojí, protože moje dobré výsledky se odrazí v ceně akcií a následně kapitalizaci společnosti.

Druhou otázkou je: Kolik mohu poskytnout peněz svým akcionářům? (lokální účetnictví), protože veškeré volné prostředky nad hodnotu rizikového kapitálu je možné v krajním případě vyplatit nebo reinvestovat dle rozhodnutí akcionářů.

A poslední otázkou samozřejmě je: Jakou mám před sebou perspektivu (budoucí hodnota)? Tedy jak vypadá moje budoucí tvorba zisků, ekonomická rozvaha či jak se společnost bude vyvíjet při různých scénářích.

Proč interní model a ne jen standardní formule?

Tato otázka je samozřejmě automatickým vyústěním výše zmíněného. Je potřeba interní model? Nestačí standardní formule? Vždyť standardní formule popisuje také všechna rizika a pomůže odhalit nedostatky.

Je pravda, že standardní formule pokrývá všechna základní rizika v pojišťovnictví (viz graf na straně 31).

Otázkou je, zdali každá pojišťovna je také standardní. Výpočty, které dává standardní formule, slouží ale primárně pro určení SCR (standardní kapitálový požadavek) a MCR (minimální kapitálový požadavek), tedy k odhadu výše rizikového kapitálu (solventnostního kapitálu) a standardní formule není připravena dostatečně pro řešení dalších otázek a odpovědí.

Ne nadarmo je ve směrnici psáno, že pokud se společnost rozhodne pro interní model, potom podle článku 120 (Kontrola užívání) pojišťovny a zajišťovny prokáží, že interní model je hojně používán a má významnou úlohu v jejich řídicím a kontrolním systému uvedeném v článcích 41 až 50, zejména pak v jejich systému řízení rizik stanoveném v článku 44 a jejich rozhodovacích procesech, a také jejich posouzení ekonomického a solventnostního kapitálu a v procesech jeho alokace, včetně posouzení uvedeného v článku 45.

Tedy interní model by měl odpovědět i na další otázky. Navíc na rozdíl od standardní formule, kde je (obecně řečeno) předepsáno, jak se co počítá a vždy je potřeba se ptát, zdali tento výpočet je pro společnost rozumný a správný nebo pouze nezbytně nutný, pro společnost nevypovídající, interní model si pojišťovna vytváří sama, s celou hloubkou znalosti a odpovědnosti za jeho správnost.

Vypovídací schopnost daného interního modelu je ale následně podstatně vyšší a přesnější a společnosti dává několik výhod nebo potenciálních možností:

- snížit si výši kapitálu; s tímto primárním požadavkem do interních modelů pojišťovny vstupují;
- zvýšit si prostor pro rizikový apetit – s lepší znalostí chování rizik a jejich vzájemné interakce může společnost některé obchody lépe řídit;
- získat od ratingových agentur při stejné výši kapitálu vyšší rating, protože je schopna prokázat adekvátnost výše kapitálu na vyšší hladině spolehlivosti (solventnostní požadavek je hladina 99,5 %);
- snížit marže pro pojistníky nebo zvýšit jejich pojistné krytí, protože výše alokovaného kapitálu na příslušné pojistné odvětví se následně může snížit;
- cenotvorba (orientace na produkty s menší potřebou kapitálu);
- míra a způsob zajistných vztahů.

Vyplatí se mít vlastní interní model?

Podle směrnice je jasné, že interní model musí být vlastní a nesmí se jednat o externě dodaný systém, kdy by společnost neměla dostatečnou znalost o jeho fungování, limitech a předpokladech. V článku 126 směrnice je přesně vymezeno, že používání modelu nebo údajů získaných od třetí strany nelze považovat za důvod pro výjimku z jakýchkoli požadavků na interní model, stanovených v článcích 120 až 125. A zmíněné články popisují nezbytnou znalost svého interního modelu.
Pokud bude společnost budovat svůj interní model, potom je jisté, že je nutné mít dostatečné zdroje, a to jak finanční, tak i odborné. Je nutné toto dát na jednu stranu vah a na druhou stranu příslušné výnosy.

Již výsledky QIS 5 prokázaly, že společnosti, které použily interní modely, by ušetřily kapitál, tedy zvedl by se jim příslušný volný kapitál, který mohou použít pro další rozvoj společnosti.

V dokumentu ohledně výsledků QIS 5 se píše, že na SOLO bázi (tj. jednotlivých pojišťoven) vyšel výsledek standardní formule a interního modelu podobně, pokud se ale vezme skupinový pohled, potom úspora byla 20%! A to už je velká úspora.

Při této úspoře se dá předpokládat, že zvýšené náklady na tvorbu interního modelu by se měly v rozumném čase vrátit. Pokud vezmeme v úvahu uspořenou výši kapitálu, potom lze jednoduše spočítat cenu tohoto uspořeného kapitálu a je z toho jednoduše zjistitelné, kolik mohu do interního modelu investovat peněz. Samozřejmě je možné investovat s návratností ne okamžitou, ale několikaletou a potom je možnost investovanou částku možná i navýšit.

Je nutné ale podotknout, že finanční prostředky nejsou vše, co je nutné pro úspěšné implementování interního modelu. Důležitější je strategie užívání modelu a následně dostatečné know-how na přípravu, implementaci a údržbu interního modelu. I toto je nutné brát v úvahu, pokud pojišťovna chce interní model připravovat. Při implementaci interního modelu se také nesmí zapomenout na dokumentaci, na kterou je v rámci solventnosti kladen velký důraz.

V neposlední řadě je zde i časový rámec, který je k zavedení interního modelu nutný a i schvalovací proces není nijak krátký.

Kde lze (v jakých oblastech) „ušetřit“ užitím interního modelu

Pokud pomineme všechny výhody, které interní model nabízí z podstaty jeho vzniku, tedy vše, co je napsáno výše ohledně každodenního fungování společnosti, je možné hledat úspory ve výši kapitálu u následujících rizik, pokud by profil společnosti byl lepší než standardní formule. Níže je popsáno několik jednoduchých testů, jak zjistit, zdali je vhodné hledat v implementaci interního modelu zdroj pro snížení kapitálu.

Životní rizika

Rizika v rámci QIS 5 se počítala spíše jako faktorový pohled na změnu rizika, tedy je určeno, bez znalosti portfolia, že pro konkrétní riziko je potřeba použít tento šok, a tím se spočítá hladina spolehlivosti 99,5 %. Přitom společnost může mít dostatečně dobré vnitřní pozorování chování pojistného kmene. Určitě společnosti prodávající přes stabilní distribuční kanál produkty, které v některých rizicích (mortality, morbidity) mohou vykazovat podstatně stabilnější hodnoty, potom mohou velmi dobře „vydělat“ tím, že použijí svá data, svá pozorování a svůj model.

Neživotní rizika

Specificky zaměřené pojišťovny, které umí svoje rizika dobře řídit, mají svůj obchodní plán postaven speciálně na své specifické nabídce, mohou toto riziko podstatně lépe měřit a i ukázat. Jak již bylo uvedeno výše, při nižší volatilitě výsledku lze také dojít ke snížení kapitálu či zvýšení rizikové expozice, vyššímu předpisu pojistného, a to při zachování stejně vysoké výše rizikového kapitálu, jako u společnosti s výpočtem pomocí standardní formule.

Diverzifikační matice

Na druhou stranu by toto mohlo platit i pro pojišťovny se širokým rozsahem nabízených rizik, kde by mohly tyto pojišťovny využít diverzifikační efekty, a tím snížit následný diverzifikovaný rizikový kapitál. Diverzifikační matice v rámci QIS 5 dává velmi hrubé a konzervativní korelační vztahy mezi jednotlivými riziky. Skoro vůbec nedává možnost brát v úvahu rizika, která se navzájem vylučují, neboli jejich korelace je záporná. Společnosti mohou, pokud mají toto pozorování ve svých datech, snížit kapitálový požadavek.

Obecně se při stanovení korelací berou v úvahu jak interní rizika (kvalita dat, efekt stejného aktuára, distribuční struktura atd.), tak i externí rizika společnosti (ekonomická rizika – inflace, nezaměstnanost, legislativní rizika, konkurence na trhu atd.). Váhy a vztahy mezi jednotlivými riziky si pak musí stanovit pojišťovna na základě svých zkušeností. Pojišťovny pragmaticky spíše vyjdou z „QIS 5 korelační matice“, nebo budou vycházet z nastavení standardní formule, kterou následně upraví dle svých pozorování, než aby si vytvořily vlastní matici nezávisle.

Jak lze dále interní model využít

Interní model se již podle definice netvoří pro výpočet SCR a MCR, ale je nutné jej používat ke každodenní práci, a tedy je nutné najít nějakou „agendu" pro jeho užívání. Velmi zajímavými oblastmi pro užití jsou následující:

ALM/likvidita

Interní model a vůbec stanovování investiční a kreditní strategie na základě vlivu strategie na rizikový kapitál je úplně jiný pohled na danou problematiku než „pouhé" nejlepší sladění aktiv a pasiv na základě peněžních toků, anebo na základě dopadu do hospodářského výsledku, či připsaného podílu na zisku pojistníkům. Pokud se společnost snaží mít pro svůj provoz co nejnižší rizikový kapitál, potom i ALM (Assets Liability Management – řízení aktiv a pasiv) řídí s dopadem na riziko, a tedy (může) odchylně od předchozí praxe.

Zajištění

Jestliže se společnost bude na svůj zajistný program dívat přes rizikový kapitál nebo cenu drženého rizikového kapitálu, potom bude zajistný program představovat první nebo jednu z prvních oblastí, kterou bude nutné přehodnotit a nově nastavit. Zajištění přes rizikový kapitál ukazuje společnostem v jiném světle rizikovost jejich portfolia a také dovoluje více vědět o ceně zajištění a různých dalších druhů jištění.

„AS IF" analýzy (analýzy budoucího vývoje)

Hlavním zdrojem pro užití interních modelů je modelování různých variant vývoje společností („AS IF" analýz) s dopadem na změnu výše kapitálu a dalších sledovaných veličin pro chod společnosti. Toto je hlavní předností vlastním způsobem vyrobeného a odladěného interního modelu. U jeho zrodu je možné již připravit různé moduly pro použití v běžném provozním životě společnosti.

Závěrem

Investicí do interního modelu pojišťovna získá podstatně větší rozsah a detailnější pohled na svá rizika a jejich „chování". Umožní to společnosti lépe předvídat všechny nástrahy a možné komplikace budoucího vývoje a již dnes na ně účinně reagovat.

Důležité je také načasování, kdy společnost bude mít interní model plně připraven pro řízení společnosti. Je zřejmé, že společnost, která bude připravena k 31. 12. 2012, bude mít náskok před ostatními a může se stát leaderem na trhu.

Nejedná se o investici levnou, krátkodobou ani jednorázovou. O interní model je nutné se starat, neustále jej přizpůsobovat novým skutečnostem a zkušenostem. Je nutné se z něj učit a jej učit. Přeci jen interní model, minimálně pro výpočet SCR, by měl mít v sobě informace pro odhadnutí rizik na hladině spolehlivosti 1/200 (tedy vylepšování odhadů vstupujících do modelu je zákonité a potřebné).

Užitím interních modelů je možné ušetřit kapitál, zvýšit nebo minimálně účinně řídit rizikovou expozici, optimalizovat zajištění nebo předejít problémům v kredibilitě protistran.

Interní model lze, pokud společnost nemá dostatečné zdroje, nahradit pouze částečným interním modelem pro ty oblasti rizik, které jsou pro společnost nejdůležitější a nejpalčivější. Na druhou stranu je nutné, aby se nejednalo pouze o vytržení si některých rizik z celku za účelovým snížením kapitálu. To by potom asi nebylo jako částečný model uznáno dozorem.

Resumé

Solvency II and internal models

This article is to be viewed as a management introduction of the pros and cons of the implementation of internal models. The author outlines the general principles of internal models, tries to explain in more detail what the term "used test" means, and provides a brief overview of a possible calculation (analysis), which can help in decision-making concerning the implementation of an internal model.

The main goal of this article is to show the advantages of implementation, e.g. company management via risk capital volatility or a decrease in potential risk capital due to better understanding of the company risk profile.

The summary of the article mentions the necessity to calculate the effectiveness of implementation to obtain total potential benefits on the one side and all required costs including well-educated staff on the other side.

SOLVENTNOST II, ÚČETNICTVÍ, VÝKAZNICTVÍ…

…aneb krátké zamyšlení nad řadou potenciálních důsledků přicházejících změn.

Ing. Ladislav Korobczuk, Česká pojišťovna a.s. (autor je předsedou ekonomické sekce České asociace pojišťoven)

Varování

Níže uvedený text není odborným textem. Tak, jak inzeruje název sborníku, v němž vychází, je rozpravou neboli debatou. S drobnou modifikací – jednoho z debatérů zastupuje psaný text. Autor se zcela záměrně dopustil mnohých zjednodušení, která mohou odbornou veřejnost lehce iritovat.

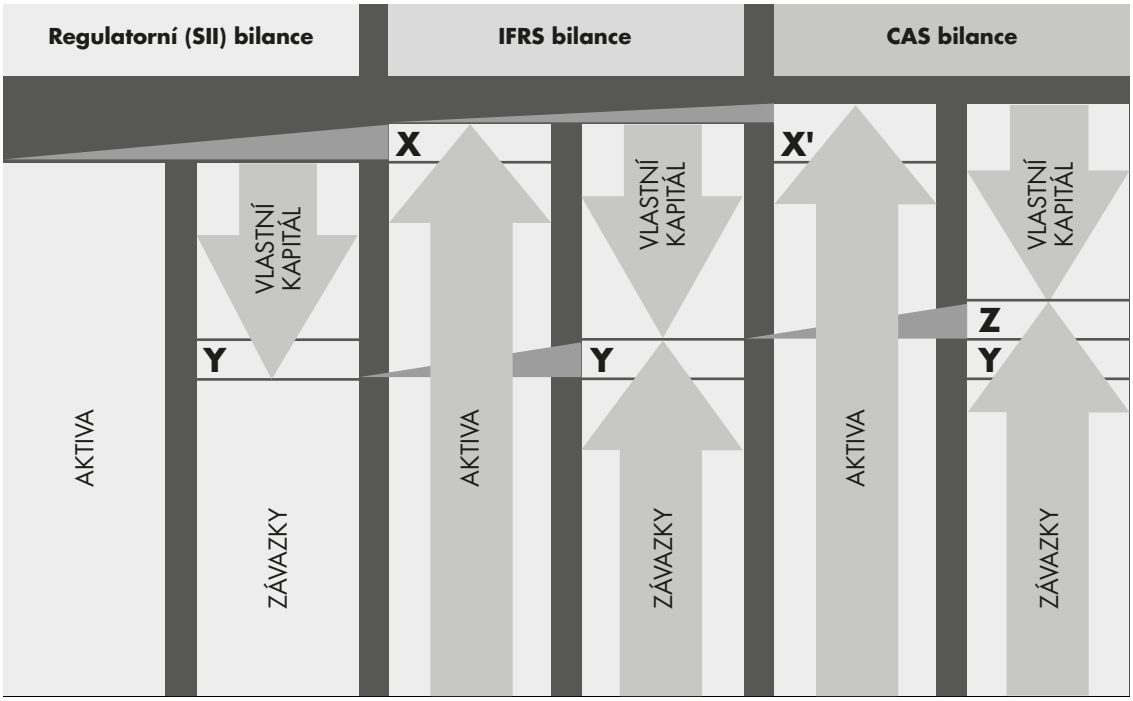
Je to přece prosté…

Nejdříve si ve stručnosti zopakujme něco, co bychom měli mít na paměti po celou dobu rozpravy. Budeme zde hovořit o regulaci, účetnictví a výkaznictví a bylo tedy vhodné si připomenout, jaké jsou hlavní cíle těchto disciplín (viděno ve světle finančních služeb, jichž je pojišťovnictví významnou součástí a samozřejmě s přihlédnutím k české právní úpravě dotčených oblastí).

Primárním účelem regulace v pojišťovnictví by měla být ochrana spotřebitele. V současné době je tento účel naplňován cestou nemateriálního dohledu. Cílem účetnictví je věrně a poctivě zachytit hodnotu majetku, závazků a zobrazit finanční situaci daného podniku (účetní jednotky). V tomto kontextu mohou být účetnictví a regulace kompatibilní. Výkaznictví je pak způsob, jakým jsou informace naplňující jejich cíle zobrazovány, či předávány uživatelům.

Bilance

Jedním ze základních formalizovaných výkazů, na nichž by se kompatibilita mezi přístupy regulace, respektive dohledu, a účetnictví měla projevit, je výkaz stavu majetku a závazků – bilance (rozvaha). V tomto místě je třeba učinit ještě jednu poznámku. Budeme-li zde hovořit o mezinárodních standardech finančního výkaznictví, máme na mysli jejich předpokládaný budoucí stav. Předpokládaný proto, že v případě IFRS 4 se hovoří o tzv. fázi 2 – tj. o standardu, jehož konečná podoba nebyla v době přípravy tohoto článku známa. Rovněž tak je nutno podotknout, že ani další ze standardů relevantních pro pojednávanou problematiku - IFRS 9 nebyl ještě adoptován do práva EU. V neposlední řadě, bude-li řeč o českých účetních předpisech, bude řeč o jejich podobě před případnými úpravami, jež lze očekávat po nabytí účinnosti nového zákona o pojišťovnictví (zavedení režimu Solvency II), tzn., že se dále nepředpokládá rozdíl v ocenění závazků z pojištění mezi IFRS a CAS (což je současný stav, který však pravděpodobně bude změněn).



Obrázek 1: SII – Solvency II, IFRS – mezinárodní standardy finančního výkaznictví (očekávaný stav po implementaci IFRS 4 fáze 2); CAS – české účetní předpisy

Jak je vidět z velmi schematických obrázků (nutno podotknout, že poměr mezi velikostí bilančních sum je zvolen jako příklad pro názornost a není ani pravidlem ani zákonitostí), lze nalézt rozdíly mezi jednotlivými pohledy a je otázka, nakolik jsou příčiny těchto rozdílů strukturální (tj. které z položek jsou ignorovány při sestavování například bilance pro potřeby dohledu) a nakolik jde o odchylky vyvolané odlišnými metodami oceňování.

Strukturální rozdíly mezi velikostí bilančních sum z regulatorní bilance a z bilance účetní (jedno zda podle IFRS či CAS) jsou nasnadě – některé třídy aktiv mohou být pro potřeby regulace irelevantní, a tudíž jsou vyloučeny (v našem případě tedy X může představovat například hodnotu některých druhů nehmotného majetku vzniklého buď vlastní činností, nebo jako důsledek účetního způsobu zachycení např. akvizicí nebo fúzí).

Rozdíly mezi aktivy dle IFRS a dle českých účetních předpisů (X´) mohou být jak strukturální (v obrázku je sice ignorován rozdíl ve vykazování podílů zajistitelů na technických rezervách, ale i tak lze například u majetku nalézt

případy, kdy by majetek aktivovaný podle CAS nebyl aktivován dle IFRS), tak v metodách oceňování – v našich podmínkách asi nejmarkantnější příklad pro pojišťovny lze nalézt v uplatnění reálné hodnoty při oceňování nemovitostí.

Zůstali-li bychom pouze na straně aktiv, zdá se, že požadavky na jejich vykázání regulatorní a účetní jsou kompatibilní – respektive, odlišnosti mají převážně strukturální charakter, a tudíž by nemuselo být až tak komplikované udržovat přehled o rozdílech pro potřeby rekonciliace účetních a regulatorních výkazů.

Při pohledu na stranu zdrojů, tj. závazků a vlastního kapitálu, se však situace již tak jednoznačnou nejeví. Je zřejmé, že strukturální rozdíly, které byly pro potřeby regulace identifikovány na straně aktiv, se musí promítnout i do hodnoty vlastního kapitálu (dle SII).

Z jakých důvodů ale vzniká rozdíl mezi hodnotou závazků? Rozhodující část tohoto rozdílu bude představovat rozdíl v ocenění závazků z pojistných smluv. Pomiňme rozdíly strukturální, plynoucí z uplatnění unbundlingu (tj. rozdělení pojistné smlouvy na pojistnou a investiční část a samostatné vykázání těchto oddělových částí) v účetní bilanci dle IFRS. Podstatným zde je rozdíl plynoucí z tzv. residual margin[1], který bude rozhodující částí rozdílu (Y). IFRS 4 fáze 2 stejně jako SII skládá ocenění závazků z pojistných smluv z tzv. nejlepšího odhadu hodnoty závazků upraveného o rizikovou přirážku. Na rozdíl od SII obsahuje ocenění závazků z pojistných smluv dle IFRS 4 fáze 2 ještě residual margin, což je de facto amortizovaná hodnota implicitního zisku obsaženého v příslušné pojistné smlouvě, jež by jinak snižovala hodnotu závazku již v okamžiku jejího prvotního vykázání. Při bližším ohledání však zjistíme, že ani metody jak stanovit rizikovou přirážku nejsou stejné. Díky volbě ze tří metod, jež nabízí IFRS 4 fáze 2, však lze aplikovat metody, které si budou minimálně velmi blízké.

Je patrné, že kromě toho, že samotné oceňování závazků z pojistných smluv není jednoduché, bude i udržování rekonciliačních rozdílů nepoměrně náročnější, neboť bude obsahovat jak strukturální rozdíly (plynoucí zejména z případné aplikace unbundlingu), tak rozdíly v ocenění těchto závazků.

V této souvislosti je ještě třeba vysvětlit rozdíl mezi hodnotou závazků z pojištění dle IFRS a dle CAS (Z). Je pravděpodobné, že i v českých účetních předpisech dojde s účinností Solvency II ke změnám. Tyto změny však nebudou s největší pravděpodobností nijak reflektovat změny, které oproti současnému stavu přinese IFRS 4 fáze 2. To bude znamenat, že vedle rozdílů strukturálních, plynoucích již dnes z toho, že některé z technických rezerv nejsou uznány za závazky z pojistných smluv (např. rezerva na závazky Kanceláře[2]) nebo je jako v případě vyrovnávací rezervy není možné uznat za závazky vůbec, přibudou i rozdíly z ocenění závazků.

Z výše uvedeného, velmi letmého pohledu na rozdíly mezi regulatorními a účetními požadavky na vykazování aktiv, je patrné, že ošetření těchto rozdílů v každodenním provozu nebude pro pojišťovny jednoduchou záležitostí.

[1] S ohledem na to, že prozatím nebylo vydáno definitivní znění standardu, není k dispozici ani oficiální český překlad tohoto výrazu.

[2] Míněno rezerva na závazky dle § 18 odst. 6 zákona 168/1999 Sb.

Je důležité si uvědomit, že komplexnost požadavků jak účetnictví tak regulace je natolik náročná, že již dnes po pojišťovnách vyžaduje vynaložení nemalého úsilí (a tudíž i výdajů) na jejich naplnění. Navíc se rapidně zvyšuje množství požadavků, jejichž naplnění klade výrazně vyšší nároky na kvalifikovanost zaměstnanců pojišťoven, kteří je musí naplňovat, a také roste množství požadavků, které je obtížné převést do automatizovaných rutin. Budou-li požadavky a metody regulace a účetnictví kompatibilní, umožní to efektivní sdílení kapacit pro obě oblasti. Odlišnosti naopak vedou k tomu, že kapacity pro zajištění požadavků z nich vyplývajících se musí navyšovat, a tím samozřejmě roste i jejich nákladnost. Je pak otázka, zda jsou spotřebitelé ochotni platit za svou ochranu v ceně pojištění i další náklady vynucené nutností naplnit regulatorní požadavky na podobu dat potřebných pro dohled nad pojišťovnictvím. Asi ne, ale současný vývoj spíše svědčí o tom, že trend je ochraňovat spotřebitele, ať ho to stojí jakoukoli cenu.

Jednou, dvakrát… nebo čtyřikrát?

Mimo nastíněné rozdíly v obsahu a metodách je potřeba upozornit, že existují další rozdíly mezi regulatorními a účetními požadavky na výkaznictví. Regulatorní reporting je v zásadě vyžadován na kvartální bázi, účetní reporting je vyžadován dle CAS na roční bázi a pro potřeby IFRS je pak věcí společnosti, aby si definovala, zda bude aplikovat i tzv. mezitímní výkaznictví (např. pololetní nebo čtvrtletní).

Nejen z četnosti, ale především z kvantitativních a kvalitativních požadavků na zveřejnění, jež musí o své finanční situaci poskytovat pojišťovna, lze udělat poměrně snadno závěr, že přibližně stejnou náročností se bude vyznačovat výkaznictví pro potřeby regulace v režimu SII (jakkoli lze očekávat, že vlna nesouhlasu, kterou vyvolal zveřejněný návrh prováděcího předpisu k pilíři III, povede k určité redukci excesivních nároků) a výkaznictví účetní podle mezinárodních standardů finančního výkaznictví. V porovnání s požadavky na zveřejnění dle IFRS a zveřejnění, respektive výkaznictví, které bude po pojišťovnách vyžadováno v režimu Solvency II, je náročnost zveřejňování dle českých účetních předpisů podstatně menší.

Z pohledu samotné regulace, respektive pro potřeby dohledu, jsou rozdíly mezi náročností výkaznictví podle českých účetních předpisů a podle mezinárodních standardů finančního výkaznictví zcela irelevantní. Paradoxně ani snaha o konvergenci postupů používaných v režimu Solvency II a v mezinárodních standardech finančního výkaznictví nepřináší pro pojišťovny, jež jsou povinny sestavovat účetní závěrku podle IFRS (případně, jež se rozhodly pro dobrovolnou implementaci IFRS), žádnou úlevu, neboť z ustanovení k reportingu (pilíř III) navrhovaného prováděcího předpisu Solvency II, nejsou patrny styčné body, které by umožňovaly využití výstupů například z komentářů a zveřejnění připravovaných jako součást účetní závěrky při plnění výkaznických povinností dle Solvency II.

Náročnost regulatorního reportingu (budeme-li abstrahovat proporcionality, které by měly skýtat jistou míru úlev pro malé pojišťovny) by tak měla být stejná pro všechny konkurenty. To samé ale neplatí pro účetní výkaznictví, které se v případě mezinárodních standardů finančního výkaznictví s příchodem IFRS 4 fáze 2 ještě více zkomplikuje. Rozdíly jsou tak markantní, že lze hovořit o konkurenční nevýhodě[3], pokud pojišťovna sestavuje účetní závěrku podle IFRS[4].

A nejen to – popsané znevýhodnění pojišťoven sestavujících účetní závěrku podle IFRS, je navíc umocňováno i tím, že způsob (kvalita) vedení účetnictví je předmětem dohledu. To znamená, že kritéria pro posuzování funkčního řídícího a kontrolního systému nebudou de facto rovná pro všechny pojišťovny. To už je fakt, který by měl být relevantní i pro samotný dohled.

Podle stejných pravidel…

Z výše uvedeného vyplývá závěr – doporučení – s výjimkou malých pojišťoven (míněno v kontextu českého trhu) by spolu s účinností režimu Solvency II mělo dojít i ke změně podmínek pro aplikaci mezinárodních standardů finančního výkaznictví. Dobrovolná aplikace IFRS i pro subjekty, které nejsou emitenty cenných papírů přihlášených k obchodování na některém z organizovaných trhů v EU, by se měla změnit na aplikaci povinnou.

To by přineslo jednak vyrovnání podmínek pro jednotlivé pojistitele, jednak i jisté zjednodušení pro samotný dohled.

Resumé

SOLVENCY II, ACCOUNTING, REPORTING…
The article attempts to look more closely at some changes arising from the Solvency II implementation and from amendments to IFRS 9 and IFRS 4 phase 2, and their impact on external reporting provided by insurance companies. The text does not aim to provide a systematic overview of changes in regulations and rules or give a full list of potential hurdles to be solved by insurance companies during implementation of all new rules and standards. Similarly, the article does not try to find solutions to those obstacles. The goal is to show a quite non-standardized point of view regarding those topics and draw attention to some aspects of coming changes in regulation, accounting and reporting areas that are not so visible.

[3] Samotná implementace IFRS 4 fáze 2 bude natolik náročná, že nebude zvláštností, budou-li se náklady na ni počítat v desítkách milionů Kč.
[4] Úsudek si může udělat čtenář sám porovnáním účetních závěrek.

Řízení rizik v pojišťovnách v návaznosti na změny podmínek na finančních trzích a na pokračování implementace regulatorního projektu Solvency II

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., doc. RNDr. Jarmila Radová, Ph.D., Vysoká škola ekonomická v Praze

Současná situace, ve které se nacházejí finanční trhy, potažmo jejich součást - trhy pojistné, má svůj základ ve vývoji světové ekonomiky posledních dvou dekád. Devadesátá léta minulého století se nesla ve znamení vysoké výkonnosti finančních trhů, zejména pak trhů kapitálových. Byla to zlatá léta pro přebytkové finanční subjekty, jakými jsou především banky a pojišťovny. Zisky z investování dočasně volných peněžních prostředků institucionálních investorů z operací zejména na kapitálových trzích převyšovaly u pojišťoven hospodářské výsledky z vlastní pojišťovací činnosti. V tomto prostředí se pak pojišťovny mohly více zaměřovat na zvyšování podílu na trhu, a to i za cenu mírně nepostačitelného dumpigového pojistného.

Postupný růst cen akcií představoval pověstné postupné nafukování cenové bubliny zejména u technologických akcií; stále větší vzdalování se od fundamentu nakonec skončilo prasknutím bubliny, což vyvolalo vznik strukturální krize na finančních trzích na přelomu milénia. Ztráta lukrativních výnosů z kapitálových trhů byla ve světovém pojišťovnictví doprovázena výskytem rozsáhlých přírodních katastrof; tečku za negativním vývojem škodního průběhu udělal teroristický útok na Spojené státy v září 2001. Světové pojišťovnictví v důsledku této koincidence zaznamenalo významné snížení svých finančních zdrojů (odhady hovoří o 40 až 50 procentech) a bylo nuceno hledat cesty k obnově principu ekvivalence zejména v oblasti tarifní rovnováhy včetně zavedení vyšší striktnosti pojistných podmínek.

Za účelem pro příští období zamezit podobným volatilním výkyvům na finančních (kapitálových) trzích a naopak zvýšit jejich stabilitu a klientskou bezpečnost, měla být v jednotlivých segmentech finančních trhů významně posílena úloha regulatorních projektů, zejména projektu Basel pro banky a projektu Solvency II pro pojišťovny. V tomto směru mělo působit i posilování trendu mezisektoriální integrace (nejprve strategie bankopojištění, pak vznik multifunkčních finančních konglomerátů) a s tím souvisejícího trendu produktové konvergence.

Pro další vývoj bylo charakteristické rozšiřování regulatorních projektů na další segmenty finančních trhů (MiFID, IFRS atd.) ve snaze o komplexní zvládnutí rizik na finančních trzích pomocí tzv. „risk based approach". Přesto, že se prakticky od počátku jevily závažné problémy s vnitřní konzistencí jednotlivých projektů, jejich zastáncům se podařilo přesvědčit významnou část odborné veřejnosti, že napříště už bude možné riziko na finančních trzích výrazně řízením omezit, protože bude matematickými modely v regulatorních projektech prakticky zvládnuto. Tuto víru podpořil i vývoj v první polovině dekády nového milénia, který byl ve znamení tzv. „great moderation", tedy několikaletého období ekonomického růstu při malé volatilitě hospodářských čísel a nízkých úrokových a rizikových sazbách.

Již v průběhu tohoto pro celou světovou ekonomiku pozitivního období začalo znovu nafukování bubliny vyvolané masivní úvěrovou expanzí související s „moderní" filozofií státu blahobytu a iluzí žití v prosperitě prakticky bez rizika. Postupně se vytvářející závažná ekonomická nerovnováha v poměru mezi (nad)spotřebou a produkcí nakonec vyvrcholila ve druhé polovině dekády, kdy na distorzním americkém hypotečním trhu odstartovala finanční krize, která se posléze rozšířila do celého světa a postupně přerostla v celkovou ekonomickou krizi a v současné době se pak projevuje jako těžká krize dluhová.

Ekonomická teorie a měnící se podmínky na finančních trzích

V ekonomické teorii jsou poslední dvě dekády poznamenány vlivem stoupenců vyšší formalizace a axiomatického pojetí ekonomické vědy (nejvlivnějším představitelem je nedávno zemřelý ekonomický guru prof. Samuelson). Tato tendence nabyla na síle zejména po rozpadu komunistického bloku a jeho po hříchu příliš verbální politicko-ekonomické ideologie, na straně druhé zvýšení úlohy matematiky nad rámec jejích možností (metodologové: Samuelsonizace ekonomie). Problém je v tom, že z hlediska typů myšlení matematika není dialektickou metodou poznání, a v důsledku toho zavádí ekonomickou vědu v některých oblastech do slepé uličky. Kromě nedostatečnosti z pozic nedialektičnosti matematické vědy je hlavní výtkou tomuto pojetí ekonomie poukaz na skutečnost, že matematické modely ponechávají zcela stranou závažnou otázku etiky ekonomických interakcí, a tudíž mohou vést k jisté toleranci spekulativního až podvodného jednání ekonomických subjektů. Výtkou číslo dvě je, že představa o vždy racionálně, podle exaktních (matematických) doporučení, se chovajícím „homo oeconomicus" (člověk jako bytost hospodařící), je v reálném životě zcela neopodstatněná, což prokazuje jak empirie, tak i kognitivní psychologie. A konečně třetí výhrada vychází z kritiky faktu, že v globální éře nastávají jevy, které pravděpodobnostní modely hodnotí jako okrajové, a tudíž jejich důsledky do modelových predikcí nezahrnují; tyto jevy ale pak reálně nastávají.

V souvislosti s rozpoutáním finanční a ekonomické krize se množí hlasy ekonomů, přičítajících propuknutí poslední ničivé krize neuspokojivému stavu ekonomické vědy, včetně nadměrného používání matematického aparátu k normativním závěrům. Je nepochybné, že bez matematiky, patřící metodologicky jednoznačně k modernímu typu racionality, nelze některé ekonomické úlohy exaktně strukturovat, nicméně výsledky matematického modelování rozhodně nelze přeceňovat, a už vůbec nelze činit závěry o zvládnutí ekonomických rizik touto cestou.

Názorovou dichotomii mezi hlavními proudy ekonomické teorie, tedy mezi stoupenci liberální doktríny, založené na myšlence spontaneity trhu a neviditelné „Smithovy" ruky a mezi zastánci keynesiánské teze, že trh není schopen se sám vracet do rovnovážné polohy, a tudíž impulz k návratu musí dát příslušný státní zásah, krize

nevyřešila. Z hlediska schopnosti vracet se do rovnovážné polohy se jako problémový ukázal především segment finančního trhu, pro svou vysokou autonomnost a virtualitu, a oproti předchozí historii mimořádně těžké selhávání při tvorbě cenových bublin. Vzhledem k obcházení regulace ze strany investorů a ostatních účastníků interakce neexistovaly nástroje, jak obnovit rovnováhu jinak, než průchodem krize. Na druhé straně ani keynesiánská státní ingerence regulací se neosvědčila: krize vypukla na nejregulovanějším ze všech tržních segmentů – na trhu bankovním. Regulatorní projekty selhaly v otázce indikace a později i identifikace nerovnovážných stavů, např. krachující banky měly vesměs dobrou úroveň ukazatelů kapitálové přiměřenosti.

Finanční krize a její důsledky

Poslední finanční a ekonomická krize byla vyvolána jednak obecnou historicky se opakující příčinou: konjunkturálním přehřátím světové ekonomiky v období „great moderation" a masivní úvěrovou expanzí podporující neadekvátní nadspotřebu, jednak i několika příčinami specifickými:

1. runem (útokem) bank na banky (v dosavadní historii run na banky pořádali jejich klienti),
2. dluhový problém byl dlouhodobě zakrýván inovativními finančními produkty, zejména strukturovanými úvěrovými instrumenty v sekuritizované podobě,
3. selhaly historicky osvědčené instituce snižování informační asymetrie na trzích a poskytující relevantní podklady pro řízení tržního rizika, tedy ratingové agentury, až do krize celkem spolehlivě poskytující odborný a nezávislý pohled na bonitu finančních instrumentů a jejich emitentů.

Historicky nový byl i způsob řešení bezprostředních důsledků krize hned na počátku. Do té doby bezprecedentní a koordinovaně provedená fiskalizace ztrát vládami postižených vyspělých ekonomik zabránila hrozící celkové destrukci světového finančního systému, tedy nejspíš globální finanční katastrofě, na straně druhé tím bylo zamezeno krizi očistně působit a z ekonomického prostředí vymýtit subjekty, které v tržním prostředí neobstály a enormně vzrostl vliv politiků na ekonomiku, hlavně v důsledku státních zásahů, kterými byla krachujícím finančním institucím poskytnuta pomoc z veřejných financí (někdy i s následným znárodněním).

S masivní úhradou ztrát veřejnými financemi pak souvisí politická snaha získat nové fiskální zdroje: v některých státech EU je zaváděna kontroverzní daň pro banky jako viníky vzniku poslední krize, dosti kontroverzně je navrhována i pro pojišťovny. Za účelem zabezpečení dalších zdrojů k řešení problémů veřejných financí defaultujících států EU s nejzávažnější hloubkou dluhové krize byl v rámci integračního měnového uskupení na základě ujednání Rady (zasedání ministrů financí – ECOFIN) vytvořen Evropský finanční a stabilizační fond, který má být podle posledního rozhodnutí dodatečnými příspěvky členských států zvýšen na 500 miliard eur. Podle názoru odborníků zvýšení příspěvku může způsobit problémy až třetině států eurozóny, některé země by

se po složení požadovaného kapitálu mohly dostat do situace, že by samy musely žádat o mezinárodní pomoc. ČR se k tomuto mechanismu nehodlá připojit.

Změny v přístupech k regulaci na finančních trzích

Zásadní otázkou je i pokračování ve snaze o další zextenzivnění regulace a dohledu zejména posílením úlohy matematických modelů. Přes insuficienci projektů Basel a i Solvency a možno říci i celého konceptu risk based approach (přístup založený na anticipaci rizik) indikovat předkrizovou nerovnováhu a rovněž fakt, že řízení rizik zatím evidentně selhalo – např. řízení tržního rizika, až příliš spoléhající na rating, je bez potřebné modernizace v zemích EU pokračováno v další implementaci projektů. Touto kritikou ovšem autoři příspěvku nezpochybňují kladné přínosy projektu, zejména nefragmentovaný komplexnější pohled na podnikatelská rizika pojišťovny.

Na straně druhé, pokračování implementace projektu bez úprav vyostří nevyřešené problémy, signalizované odborníky teoretiky i samotnými pojišťovnami: jde zejména o vyšší požadavky na kapitál ve vztahu k pojišťovaným rizikům. Naše výhrada spočívá především v tom, že model Solvency pracuje pouze s minulými pravděpodobnostmi již nastalých jevů, a tedy neumí (a ani nemůže) anticipovat budoucí kvalitativní změny v charakteru pojišťovaných rizik, ani zcela nově se objevující nebezpečí. Tyto pojišťovnami obávané tzv. „unknown unknowns" totiž nemohou mít apriorní pravděpodobnost, nejsou ani obsaženy v minulých pravděpodobnostech z arzenálu disciplíny počtu pravděpodobností, jsou budoucími stavy světa a žádnému pojistnému matematikovi se zatím nepodařilo minulé podmínky, za kterých vznikl minulý škodní průběh a jej charakterizující pravděpodobnosti rozhýbat do budoucnosti. Pro kalkulaci těchto dosud neznámých jevů platí jeden ze základních metodologických paradoxů – jak učinit budoucnost (budoucí škodní průběh) předmětem vědeckého zkoumání, když jako předmět ještě neexistuje. Modely pro tarif pojistného v oblasti pojistně-technického rizika změn, včetně unknown unknowns vyžadují od kalkulujícího pojistného technika invenci a subjektivní empatii budoucích podmínek. Z toho plyne, že po matematice nelze požadovat řešení takových ekonomických úloh, které jako nedialektická metoda poznání nemůže zvládnout.

Další výhrada odborníků se týká toho, že matematické modely pro kapitálové požadavky fungují lépe pro homogenní pojistné soubory (kmeny), chtějí-li tudíž pojišťovny efektivněji využít tyto přístupy pro stanovení druhou fází projektu zpřísněných kapitálových požadavků, pak musí homogenizovat soubory pojistných smluv apriorním „ořezáváním" škodního průběhu striktními výlukami v pojistných podmínkách, stanovováním maximálních limitů pojistného plnění atd., což se může ve svém výsledku jevit jako snižování účinnosti pojištění. Problém zpřísnění kapitálových požadavků v synergii s nutným zvýšením nákladů na relativně podrobný transparentní reporting podle třetího pilíře projektu může znamenat ohrožení rentability byznysu u menších pojišťoven.

Ve stejném směru zvyšování vlastních nákladů pojišťovací činnosti budou zřejmě působit i opatření Evropské komise k vyšší ochraně spotřebitele finančních služeb. Garanční schémata pro pojišťovací služby sice dále zvýší stabilitu pojistných trhů a klientskou bezpečnost, je však otázkou, zda už to není nad rozumnou mez. Se záměrem snížit pravděpodobnost defaultu (selhání) finančních institucí a zvýšit ochranu spotřebitele finančních služeb jsou tudíž na banky a pojišťovny v rámci aplikace matematických modelů zvyšovány kapitálové a další garanční požadavky, znamenající pro banky a pojišťovny zvýšení nákladů, které se nezdá být v adekvaci s předpokládanými přínosy. Dlouholetým praktikům v pojišťovnách se asi jako ne zcela rozumná jeví i diskuse o možnosti vrátit ve zkušební době neživotní pojistku a zda každoroční automatické prodlužování pojištění není nekalá soutěž. Odborníci zřejmě kroutí hlavou i nad březnovým rozhodnutím Soudního dvora Evropské unie, budícího dojem pojistně-technické nekompetence a zásadního neporozumění základním paradigmatům pojistné vědy, podle něhož je přihlédnutí k pohlaví jako rizikovému faktoru při poskytování pojišťovacích služeb diskriminační. Adaptace na stejný tarif pro muže i ženy, kterou budou muset pojišťovny v důsledku tohoto byrokratického rozhodnutí procesovat, bude znamenat další náklady, které povedou ke zvýšení cen některých pojistných produktů. Pojišťovny se totiž budou muset přirážkou v tarifu pojistného bránit proti jevu známému jako antiselekce rizik, tedy proti zvyšující se proporci uzavírání pojistek pohlavím s dosud vyšším pojistným.

Každopádně se prokazuje, že dosažení vrcholů magického trojúhelníku v posílení klientské bezpečnosti a zamezení morálního hazardu a averzního výběru půjde vždy na úkor třetího vrcholu, kterým je efektivnost finančních institucí, v konkrétním případě pojišťoven. Připočteme-li k tomu skutečnost, že v rámci zextenzivňování regulace vznikají v rámci budování nové architektury dohledu nad finančními trhy nové centrální panevropské orgány, které dostaly do vínku velké pravomoci, ale nikoliv odpovědnost (ČNB byla jediným ze všech dohledových orgánů členských států EU proti nové architektuře) a pojišťovnictví bude muset tyto změny akceptovat, toto vše poměrně ostře kontrastuje s faktem, že žádná významná pojišťovna ve světě ani v Česku nebyla krizí vážněji ohrožena. Výjimky potvrzující pravidlo, tzv. monoline pojišťovny a AIG (American International Group, Inc.) si svůj problém způsobily pojišťováním inovativních dluhových instrumentů v sekuritizované podobě (CDS), tedy byznysem, který nebyl založen na tradičních konzervativních pojistně-technických principech. Pokud české pojišťovny utrpěly v době krize ztráty hodnoty aktiv v portfoliu (z dluhopisů Lehmanů, islandský bank apod. hodnocených vysokými ratingy), tyto ztráty nebyly fatální a pojišťovny je již vyoprávkovaly, je však třeba dodat, že systém lepšího řízení tržního rizika v rámci projektu Solvency II, pokud již byl některými pojišťovnami implementován, ztráty v předstihu nesignalizoval.

České pojišťovnictví po finanční krizi

Z pohledu dopadů krize na české pojišťovnictví se nám jeví jako závažnější pro důvěru klientů skutečnost, že v důsledku obecné ztráty hodnoty aktiv, do kterých bylo investováno, významným způsobem poklesla hodnota konkrétních aktiv jejich investičního životního pojištění (IŽP). Velká část klientů nebyla na takový vývoj mentálně připravena (získatelé prodávali IŽP i rizikově averzním klientům) a vyvolalo to celou řadu nedorozumění a stížností na orgány dohledu. Výsledkem jsou opatření dohledu (a i Evropské komise) směrem k zabezpečení vyšší transparence pojistných produktů pro potenciální klienty.

Pojišťovnictví na straně jedné krizí fatální ztráty neutrpělo a v krizi vcelku obstálo. Nicméně nejbližší budoucnost může být pro toto odvětví v některých ohledech složitá. Nepojištěných potenciálních klientů ubývá, a tak získávání vyššího podílu na trhu budou muset pojišťovny řešit ostrým konkurenčním bojem. Na českém pojistném trhu situaci dobře ilustruje ostrý konkurenční boj v segmentu pojištění odpovědnosti z provozu motorových vozidel, ve kterém byl tarif pojistného historicky dlouhodobě deformován a v současnosti se znovu jeví na hranici postačitelnosti, v některých případech, zejména v pojištění tzv. flotil (vozového parku právnických osob) je již pod touto hranicí, což je v přímém rozporu s intencemi regulatorního projektu Solvency II.

Z odborných studií vyplývá, že v pojišťovnictví v posledních dekádách stagnovala produktivita. Z tohoto úhlu pohledu se nejeví nové prvky v řízení podnikatelských rizik pojišťovny jako stimul ke zlepšení efektivity pojišťovacího byznysu, spíše naopak. V přijímaných opatřeních převažuje akcent na stabilitu a klientskou bezpečnost, což vytlačuje do ústraní třetí vrchol magického trojúhelníku – vyšší efektivnost finanční služby.

Toto vše je důsledek ne zcela adekvátní politické reakce na krizi, v EU je to pak důsledek volby určitého modelu ekonomického a sociálního systému, navíc spoutaného eurem, které je politickou záležitostí, nikoliv přirozeným vyústěním procesu ekonomické integrace. Tento stav je charakterizován ambivalencí mezi udržením stability EMU a růstovým potenciálem uskupení, včetně závažné otázky míry konkurenceschopnosti regionu vůči ostatnímu vyspělému světu.

Použitá literatura

[1] Baur, P., Enz, R, Zanetti, A.: Solvency II: an integrated risk approach form European insurers, Sigma No. 4, 2006, Economics Research and Consulting, Swiss Reinsurance Company, Zurich.

[2] CEIOPS Consultation Paper no. 66 Advise on Group Solvency for Groups with centralized risk management, 2009.

[3] CEIOPS Consultation Paper no. 59 Advise on Remuneration Issues, 2009.

[4] COSO, Enterprise Risk Management – Integrated Framework, the Institute of Internal Auditors, 2004.

[5] Doff Rene: *Risk Management for Insurers*, Risk Books, 2007.

[6] Chief Risk Officer Forum on Liquidity Risk Management, Best Risk Management Practices, 2008.

[7] Farny, D.: Versicherungsbetriebslehre, VVW Karlsruhe, 1995.

[8] Global Risks 2007, A World Economics Forum report, January 2007, Ženeva.

[9] QIS 5 Technical Specification – Quantitative Impact Study, European Commission, 2010.

[10] Samuelson, P.A., Nordhaus, W.D.: Ekonomie, Svoboda, Praha 1991.

[11] Rothschild, M., Stiglitz, J.: Equilibrium in Competitive Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, Quarterly Journal of Economics, 1976.

Resumé

Risk management in insurance companies in response to changes of conditions in financial markets and the continued implementation of the Solvency II regulatory project

The article outlines new attitudes to business risks in the context of the last crisis and describes specific reasons for financial crisis. Article content authors critic point of wiev on political decesion to wide regulatory frame for financial markets, specially Solvency II, atc. for insurance market. The main idea of government intervention – inadequate accent on klients safety and consumer protection hand in hand with prevention on moral hazard and negative choise will be lowering the efectivness of insurance branch in the future.

Nový občanský zákoník

Mgr. Lucie Krejčí, Generali Pojišťovna a.s.
(autorka zastává funkci předsedkyně pracovní skupiny České asociace pojišťoven pro OZ – občanský zákoník)

Po mnoha peripetiích byl do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky předložen návrh jednoho z nejzásadnějších a nejrozsáhlejších právních předpisů, nového občanského zákoníku (vládní návrh zákona – občanský zákoník, sněmovní tisk č. 362). Jeho cesta do Poslanecké sněmovny představovala „běh na dlouhou trať", a to nejen z důvodů vyplývajících z jeho podstaty, tedy přípravy největšího kodexu soukromého práva současnosti, ale také mj. z důvodů změn na naší politické scéně.

Ačkoliv většina z nás, a to zejména právníků, si na stávající občanský zákoník z šedesátých let zvykla, a je patrná také snaha postupnými novelizacemi a judikaturou přizpůsobit právní úpravu v něm obsaženou společenským změnám, jimiž naše společnost od doby jeho přijetí prošla, je zřejmé, že jej lze za moderní kodex soukromého práva považovat jen těžko. Z tohoto pohledu představuje přijetí nové komplexní úpravy soukromého práva cestu sice radikální a z hlediska uvedení do praxe zejména zpočátku pravděpodobně velmi problematickou, nicméně se jedná o řešení systematické a koncepční.

Aniž bychom tedy opomíjeli připomínky, které k některým ustanovením nového občanského zákoníku má jak odborná, tak laická veřejnost, je třeba na připravovaný zákoník nahlížet také jako na rozsáhlý kodex upravující celou sféru lidského života, od narození po smrt, ve vší jeho rozmanitosti a variabilitě.

Návrh občanského zákoníku se již v roce 2008 přiblížil legislativnímu procesu v Parlamentu ČR, nicméně následné politické změny měly za důsledek posunutí předložení návrhu kodexu na pozdější dobu. Tyto dva roky byly autory využity mj. k dalším úpravám návrhu a v neposlední řadě k pokračování připomínkového řízení.

Česká asociace pojišťoven se aktivně účastnila připomínkového řízení jak v roce 2008, tak v roce 2010. Téměř 100 připomínek, které členské pojišťovny prostřednictvím ČAP k návrhu občanského zákoníku předložily, podstatným způsobem ovlivnilo zejména právní úpravu pojištění. Dále se ČAP věnovala zejména oblasti právní úpravy náhrady majetkové a nemajetkové újmy a obchodního zastoupení. Některé z těchto připomínek byly akceptovány Ministerstvem spravedlnosti (jakožto předkladatelem zákona) bez dalšího, nad některými se následně konala jednání zástupců ČAP se zástupci Ministerstva spravedlnosti, Ministerstva financí, Českou národní bankou a autorem profesorem Eliášem. Některé další připomínky a jejich důvodnost byly podrobněji vysvětleny a doplněny praktickými dopady, a další části těchto připomínek bylo ze strany předkladatele zákona vyhověno.

Samozřejmě zůstávají některé otázky a připomínky, kterým vyhověno nebylo, ať již z důvodů koncepčních nebo jiného právního názoru, nicméně lze říct, že podíl ČAP a členských pojišťoven na úpravách, zejména ustanovení o pojištění, byl významný.

Česká asociace pojišťoven se právní úpravou pojištění zabývala koncepčně, a proto její základní připomínkou bylo ponechání právní úpravy pojištění v samostatném zákoně. Zařazení právní úpravy pojištění do nového občanského zákoníku by představovalo další zásadní změnu této právní úpravy v poměrně velmi krátké době (do 1. 1. 2005 byla právní úprava pojištění obsažena v občanském zákoníku, od tohoto data došlo k jejímu přesunu do samostatného zákona a od 1. 1. 2013, tedy 8 let od této podstatné změny, by se opět stala součástí občanského zákoníku). Přitom stávající právní úprava pojištění v samostatném zákoně je z hlediska praxe vyhovující. Základ právní úpravy pojištění a pojišťovnictví je tvořen přehledným „trojlístkem" právních předpisů, jimiž jsou zákon o pojišťovnictví, zákon o pojistné smlouvě a zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí.

Návrh České asociace pojišťoven je dále odůvodněn zejména nutnou stabilitou právní úpravy pojištění (mimo jiné s ohledem na délku závazků, které v rámci něj vznikají), transparentností samostatné právní úpravy pro spotřebitele a možností pružněji reagovat na povinné změny vyplývající např. z legislativy EU. Pojišťovny se samozřejmě nebránily novelizaci zákona o pojistné smlouvě, která by byla nutná k zajištění kompatibility tohoto zákona s novým občanským zákoníkem, nicméně změny v oblasti pojištění by nebyly nutně rozsáhlé.

Této připomínce ČAP z koncepčních důvodů vyhověno nebylo, a proto byl návrh občanského zákoníku předložen do Parlamentu ČR včetně právní úpravy pojištění.

Pro pojistnou praxi to bude znamenat třetí systém správy pojištění, kdy vzhledem k dlouhodobosti závazkových vztahů, které v rámci pojištění vznikají, a přechodným ustanovením příslušných právních předpisů vedle sebe budou ještě několik let, ne-li desítek let, existovat pojistné smlouvy uzavřené podle zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, podle zákona o pojistné smlouvě a podle nového občanského zákoníku. Tento stav bude klást zvýšené požadavky zejména na správu pojištění a likvidaci pojistných událostí.

Dalšími obecnými zásadními výhradami ČAP, kterým nebylo vyhověno, jsou např. celková absence vymezení pojmů (jako např. v současné právní úpravě pojem pojistníka, pojištěného apod.) a ne zcela jasná určitelnost, která ustanovení právního předpisu mají povahu tzv. kogentního, tedy se od nich nelze odchýlit, a která dispozitivního. Přitom kvalifikace ustanovení jako kogentního nebo dispozitivního bude v nové právní úpravě představovat velmi důležité rozlišení, zejména ve vztahu k pojistníkům, kteří jsou současně v postavení spotřebitele. Celá koncepce občanského zákoníku vychází z podstatně větší autonomie vůle stran než je tomu v dnešním občanském zákoníku, a tedy dává smluvním stranám velkou míru volnosti, pokud se jedná o úpravu jejich právních vztahů, zejména práv a povinností, oblast pojištění však zůstává jednou z regulovanějších sfér.

Bylo by předčasné a zbytečné zabývat se veškerými změnami, které návrh zákoníku obsahuje ve srovnání s dnešní právní úpravou, byť by to bylo pouze v malé části kodexu týkající se pojištění a náhrady majetkové a nemajetkové újmy, proto se zmiňme pouze o některých podstatných změnách, které mohou mít zásadnější dopad do pojištění, a srovnejme navrhované znění s platnou právní úpravou. Vyvstane tím celá řada otázek, z nichž pouze na některé se můžeme pokusit odpovědět, u mnohých však bude odpověď záležet až na vývoji praxe, případně výkladu soudu, a tedy ji můžeme obdržet také v horizontu několika let…

Jedním ze sporných ustanovení navrhované právní úpravy je vymezení a důsledky existence či neexistence pojistného zájmu. Stávající právní úprava pojistný zájem prakticky pouze vymezuje, a to jako *„oprávněnou potřebu ochrany před následky nahodilé skutečnosti vyvolané pojistným nebezpečím"*, avšak v podstatě dále není více z hlediska jeho důsledků rozpracován.

Nový občanský zákoník vymezuje poměrně obecně, co je pojistným zájmem (jedná se o *„oprávněnou potřebu ochrany před následky pojistné události"*) a kdo jej má nebo může mít, a to nejen ve vztahu k vlastnímu životu, zdraví či majetku. Také jiné osoby mohou mít pojistný zájem, pokud osvědčí např. *„zájem podmíněný vztahem k této osobě, ať již vyplývá z příbuzenství nebo je podmíněn prospěchem či výhodou z pokračování z jejího života"* nebo *„že by mu bez jeho existence* (rozuměj majetku) *hrozila přímá majetková ztráta"*. Již toto vymezení je poměrně vágní, a to zejména s ohledem na důsledky neexistence nebo zániku pojistného zájmu. Má člověk zájem na životu či zdraví vzdálenějšího příbuzného, pokud se o něho např. stará a poskytuje mu výživu a umožňuje vzdělání? A zaniká tento zájem s ukončením poskytované péče? Jak může být pojistný zájem dotčen v případě, že mezi nimi dojde k zásadním rozporům a „rozejdou se ve zlém"? Je výhodou z pokračování života osoby to, že může nadále pracovat pro svého zaměstnavatele, a je tedy na straně zaměstnavatele dán pojistný zájem? Platilo by to i u společníků ve sdružení? A pokud by společnou činnost ukončili, případně omezili?

Prokázání pojistného zájmu při sjednávání pojištění pravděpodobně v praxi nebude takový problém, i v dnešní době pojistitel vychází z toho, že pojistný zájem existuje, a nijak speciálně jej neověřuje. Problematičtější však může být z hlediska zániku pojištění či v případě jeho neexistence.

Zákon upravuje v souvislosti s pojistným zájmem nejen zánik pojištění (v případě zániku pojistného zájmu zaniká i pojištění), ale také důsledky neexistence pojistného zájmu při uzavření smlouvy. Obecně je důsledkem neexistence pojistného zájmu neplatnost pojistné smlouvy. Rozdílná je pak úprava nároku na pojistné podle okolnosti, zda pojistitel při uzavírání pojistné smlouvy o neexistenci pojistného zájmu věděl. Pokud pojistitel o neexistenci pojistného zájmu věděl nebo musel vědět, je smlouva bez dalšího neplatná. Pokud o tomto nedostatku pojistitel nevěděl a ani nemohl vědět, smlouva je sice neplatná, ale pojistiteli náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl. Nelze přehlédnout, že na pojistitele jsou

v této souvislosti kladeny vyšší nároky, pokud se jedná o jeho znalost poměrů, neboť nárok na odměnu ve výši pojistného má pouze v případě, že o neexistenci pojistného zájmu nevěděl a „vědět nemohl". Pokud tedy uvedenou skutečnost mohl např. ze subjektivního popisu vztahů pojištěného seznat, nelze vyloučit, že by mu toto právo nevznikalo. V této souvislosti je nutné zmínit, že nezanedbatelný podíl smluv je uzavírán nikoliv pojistitelem, tedy jeho zaměstnanci, ale pojišťovacími zprostředkovali, a bude obtížné, ne-li nemožné, se po delším časovém odstupu dobrat toho, co pojistitel mohl či nemohl prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele vědět. Ačkoliv tedy zavedení tohoto institutu a jeho detailnější úprava má směřovat k vyloučení spekulace, nelze naopak vyloučit, že na jeho základě ke spekulacím, zejména za účelem ukončení pojištění mimo řádný termín, může docházet. Neposledním argumentem k vyloučení navrhované úpravy je také skutečnost, že do dnešní doby nebyly v praktickém fungování pojištění v této oblasti zaznamenány větší problémy, tedy navržené znění směřuje k úpravě něčeho, co v dnešní době žádné zásadní problémy nečinilo.

Uvedené ustanovení by představovalo nejen nutnost vymezení tohoto způsobu zániku pojištění v provozních systémech pojišťoven, navíc se jedná o zánik zcela individuální podle okolností nejen daného případu, ale také např. osobních, pracovních a smluvních a jiných vazeb pojistníka, které pojistitel i s ohledem na legální prostředky, které má k dispozici, nemůže posoudit či prověřit.

Další série připomínek byla vypracována k ustanovením zákona upravujícím povinná pojištění. Navrhovaná právní úprava obsahuje ustanovení, podle něhož *„pojistiteli vzniká právo odstoupit od smlouvy nebo vypovědět povinné pojištění jen tehdy, připouští-li to jiný zákon"*. Tato textace navozuje dojem a na straně pojistitelů důvodně vzbuzuje obavu, že by pojistitel byl oprávněn povinné pojištění vypovědět (nebo od něj odstoupit) pouze pokud by to příslušný zákon explicitně umožňoval. Jak víme, stávající jednotlivé právní úpravy povinných pojištění jsou až na některé výjimky poměrně velmi stručné, a pokud upravují pojištění detailněji, jedná se o vymezení minimální pojistné částky či limitu pojistného plnění, eventuálně rozsahu pojištění a doby trvání pojištění. V žádném případě není zvláštními zákony řešena možnost pojistitele vypovědět pojistnou smlouvu či od ní odstoupit. Současně taková úprava by podle našeho názoru představovala omezení pojistitele v jednom z jeho základních práv, a to rozhodnout se o dalším trvání pojistného vztahu. Ochrana eventuálních poškozených, která je jedním z důvodů zavedení a existence povinných pojištění, není dostatečným důvodem pro omezení práva pojistitele ukončit standardním způsobem, kterým vypovězení smlouvy v závazkových vztazích jistě je, pojistný vztah. Nenacházíme v právním řádu ani jiný smluvní typ, v němž by bylo takovým způsobem omezeno právo smluvní strany smluvní vztah ukončit.

Současně do návrhu ustanovení o povinných pojištěních nebyla obsažena stávající právní úprava § 5 odst. 3 a 4 zákona o pojistné smlouvě umožňující pojistiteli odmítnout pojistné plnění z povinného pojištění, pokud se výlučně poškozený nebo s jeho vědomím jiná osoba podíleli na uvedení nepravdivých informací nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů nebo na uvedení vědomě nepravdivých nebo hrubě zkreslených údajů.

Pokud je ochrana poškozeného v návrhu občanského zákoníku natolik silně akcentována, že je v důsledku ní pojistiteli kladeno mnoho omezení (např. právě pokud se jedná o možnost vypovědět pojistnou smlouvou či od ní odstoupit), nemělo by být v rámci vyváženosti vztahu současně právě po poškozeném o to více vyžadováno, aby řádně plnil své povinnosti týkající se uplatňování nároků na pojistné plnění? Z praxe víme, že zejména v pojištění odpovědnosti za škodu je velmi často pojistitel paradoxně „slabší stranou", protože ačkoliv v mnoha případech může škodní děj nasvědčovat „nekalému" jednání pojištěného či poškozeného, pojistitel není vzhledem k omezeným možnostem, které má, schopen takové jednání prokázat.

Změnu proti dnešní právní úpravě, jejíž dopad do fungování pojištění by mohl mít postupem času nedozírné následky, představuje vypuštění obecného práva pojistitele odmítnout pojistné plnění, pokud oprávněná osoba uvedla při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčela (dnešní § 24 odst. 1 písm. b) zákona o pojistné smlouvě). Tato dnešní úprava umožňuje pojistiteli v případě splnění výše uvedených okolností odmítnout poskytnutí pojistného plnění jako celku (aniž by byl nucen zkoumat podrobně, jaké části vzneseného nároku se tento „prohřešek" týká, a zda eventuálně část nároku na pojistné plnění nebyla oprávněná). Její vyloučení z právní úpravy povede nutně k tomu, že pojistitel bude povinen provést šetření škodné události a pouze v rozsahu, v jakém prokáže, že právo na pojistné plnění nevzniklo, bude oprávněn pojistné plnění neposkytnout. Ve zbývající části, kde nebude možné vyloučit taktéž např. podvodné jednání, nicméně nebude v možnostech pojistitele takové jednání prokázat, bude povinen poskytnout pojistné plnění.

Zatímco podle dnešní právní úpravy takto nemravně jednající osoba riskuje, že při uvedení nepravdivých údajů jí nebude náležet pojistné plnění ani za část nároku, který by jinak byl „po právu", a kromě kompenzace nerovného postavení pojistitele (zde jako osoby znevýhodněné) představuje toto právo pojistitele také prevenci pojistného podvodu, v rámci nové právní úpravy by nepravdivá tvrzení při uplatňování práva na pojistné plnění pro oprávněnou osobu nepředstavovala takové riziko (pokud by pojistitel neoprávněnou část nároku zjistil, pojistné plnění by v dané části nevyplatil, nicméně v oprávněné části nároku by plnění být vyplaceno muselo). Případné potrestání takového jednání by pak náleželo pouze eventuálně do roviny trestněprávní, resp. správněprávní. Argumentem pro vypuštění uvedeného ustanovení může být skutečnost, že pojištění představuje soukromoprávní vztah dvou rovnoprávných subjektů, a tedy jakékoliv „trestání" oprávněné osoby za její nekalé jednání odepřením zbývající části plnění není důvodné, je však třeba mít na paměti, že pojistný vztah je specifický s ohledem na jeho neurčitost. Nejedná se o neurčitost ve smyslu právním, ale faktickém, kdy při uzavírání pojistné smlouvy jsou obecně definovány podmínky, za nichž bude pojistné plnění poskytnuto (např. požár), ovšem konkrétní podoba naplnění těchto podmínek není předem známa (úder blesku, závada v elektroinstalaci, nedbale sfouknutá svíčka, úmyslný požár apod.). V případě škodné události může šetření a jeho výsledek ovlivnit celá řada skutečností, kdy však záleží na oprávněné osobě, zda je uvede či nikoliv.

Problematika náhrady škody, navrhovanou terminologií „náhrady majetkové a nemajetkové újmy", byla předmětem mnoha připomínek zejména ze strany právníků, ať již se jednalo o advokáty, soudce, pedagogické pracovníky či jiné členy „právnické obce", a detailních rozborů jak po stránce právní teorie, tak srovnání se zahraničními úpravami. Pokud se jedná o praktické dopady navrhované úpravy této oblasti, uveďme si několik zásadních změn.

Koncepční změnu proti dnešní úpravě představuje zahrnutí úpravy imateriální újmy, v pojmech nového zákona „nemajetkové újmy", do části zákona upravující náhradu škody. Návrh občanského zákoníku stanovuje, že *„vznikne-li škůdci povinnost odčinit člověku újmu na jeho přirozeném právu chráněném ustanoveními první části tohoto zákona, nahradí škodu i nemajetkovou újmu, kterou tím způsobil (viz § 2926 návrhu OZ, sněmovní tisk 362); jako nemajetkovou újmu odčiní i způsobené duševní útrapy"*. Ačkoliv tedy zákon rozlišuje mezi škodou v dnešním pojetí, tedy majetkovou újmou, a nemajetkovou újmou, systematicky je řadí do jedné oblasti právní úpravy, ačkoliv v dnešním právu bylo mezi oběma právními instituty velmi striktně rozlišováno, a to mj. také řazením jejich právní úpravy.

Dále nový zákoník upravuje zcela specifický nárok na náhradu nemajetkové újmy, a to v případě, že *„škůdce způsobil újmu protiprávním činem, zejména porušil-li z hrubé nedbalosti důležitou právní povinnost, anebo způsobil-li újmu úmyslně z touhy ničit nebo z jiné pohnutky zvlášť zavrženíhodné"*. Pokud to odůvodňují zvláštní okolnosti, ukládá zákon škůdci nahradit v takovém případě též nemajetkovou újmu každému, kdo způsobenou újmu důvodně pociťuje jako osobní neštěstí, které nelze odčinit. Z hlediska výkladu nelze opomenout, že úmyslné způsobení škody, na které se pojištění v zásadě nevztahuje (s výjimkami stanovenými právními předpisy), je spolu s ostatním vymezením protiprávních jednání škůdce součástí demonstrativního výčtu příkladů. Podstatu pro vznik povinnosti škůdce nahradit tuto nemajetkovou újmu představuje způsobení škody protiprávním činem a zvláštní, blíže zákonem nedefinované okolnosti případu. Důvodová zpráva k tomuto ustanovení je poměrně „skoupá", a nelze tedy přesně dovodit, jaké zvláštní okolnosti měl zákonodárce na mysli. Jak vyplynulo z jednání při vypořádávání připomínek k občanskému zákoníku, mělo by se podle záměru předkladatele jednat o okolnosti zcela mimořádné, vymykající se běžným situacím. Ačkoliv však ČAP navrhovala změnu tohoto ustanovení tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o zcela mimořádné situace, a předkladatel zákona se úpravě ustanovení v zásadě nebránil, ke změně textace dosud nedošlo. V této souvislosti je třeba si uvědomit, že z hlediska pojištění je nezanedbatelná část škod, zejména v pojištění odpovědnosti za škodu, způsobena protiprávním jednáním, resp. porušením právní povinnosti. Za takové jednání může být považováno např. také porušení předpisů upravujících provoz na pozemních komunikacích (nezkontrolování stavu vozidla před jízdou, nepřizpůsobení jízdy povaze vozovky apod.). Je pak otázkou, zda konkrétní příčina dopravní nehody bude považována za porušení důležité povinnosti z hrubé nedbalosti či zda se bude jednat o „standardní" protiprávní jednání.

Současně je poměrně velice široce vymezen okruh osob, jimž by právo na náhradu nemajetkové újmy vznikalo. Z předmětného ustanovení vyplývá, že by se náhrady této škody mohl domáhat např. širší okruh příbuzných, přátelé, sousedi, členové sportovních či zájmových týmů apod., vždy by tedy záleželo na konkrétních osobních, pracovních či přátelských vazbách, které by poškozený měl.

Z hlediska pojištění lze předpokládat, že novelizací nebo formou nového zákona budou před účinností nového zákoníku upraveny také ostatní právní předpisy, mj. upravující povinná smluvní pojištění, a to včetně zákona o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla. Je tedy otázka, zda se na uvedené škody budou povinná pojištění vztahovat či nikoliv. I pokud by se však nevztahovala, nelze opomenout, že škůdce za tuto nemajetkovou újmu odpovídá bez ohledu na existenci pojištění (naopak bez existence pojištění bude poskytování těchto náhrad podstatně složitější), a tedy i v případě, že se nedotkne přímo pojišťoven, nelze vyloučit, že by se tato povinnost mohla dotknout řidičů.

Velmi odlišně ve srovnání s platnou legislativou je upraveno určování výše náhrady škody při ublížení na zdraví a při usmrcení. V tuto chvíli však nelze říci ani přibližně o změnu jakého rozsahu se jedná. Stávající právní úprava odkazuje při určování odškodného za bolest a ztížení společenského uplatnění na prováděcí předpis, který stanoví základní výši odškodného (modifikovatelnou pak na základě zohlednění individuálních okolností úvahou soudu). Jakkoliv stávající vyhláška stanovující výši odškodnění pro případ bolesti a ztížení společenského uplatnění nebyla zcela vyhovujícím prostředkem (i přes navýšení hodnoty bodu z 30 Kč na 120 Kč) a v mnoha případech nedokázala utrpěnou bolest nebo zásah do dalšího života poškozeného adekvátně ohodnotit, představovala alespoň základní vodítko pro poskytnutí náhrady škody. Jak pro škůdce, tak (v druhé řadě) pro pojistitele bylo poměrně předvídatelné, jakou náhradu škody bude škůdce povinen poskytnout. Současně poškozený nebyl krácen na svých právech, protože v případě, že považoval poskytnuté odškodnění za neadekvátně nízké, mohl se s nárokem na vyšší odškodnění obrátit na soud a záleželo na úvaze soudu, jak posoudí nárok poškozeného a zda přizná vyšší odškodnění.

Nový občanský zákoník v této oblasti pouze stanovuje škůdci povinnost odčinit při ublížení na zdraví *„újmu poškozeného peněžitou náhradou, vyvažující plně vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy"*. Zásadní změnou, která však z textace zákona přímo nevyplývá, je skutečnost, že zákon nebude doprovázet jako v dnešní době vyhláška, která by poskytovala základní parametry pro odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění (řečeno současnou terminologií). Nebude tedy existovat žádný prováděcí předpis, který by naznačil základní vodítko pro odškodňování této kategorie náhrady škody. Návod či pomůcku v tomto směru nepředstavuje ani poslední věta uvedeného zákonného ustanovení, která pro případ, že nelze výši náhrady takto určit, stanoví jako subsidiární pravidlo *„zásady slušnosti"*. Tento pojem je podle našeho názoru zcela vágní, a tedy nevhodný jako určovatel pro zjištění adekvátní výše náhrady škody.

S ohledem na formulaci zákona a plánovanou neexistenci prováděcího právního předpisu lze předpokládat nejen nárůst uplatňování nároků na náhradu škody soudní cestou, ale také naprostou nejednotnost v posuzování těchto nároků jednotlivými soudy. Ani v rámci dnešní právní úpravy, kdy alespoň některá základní pravidla pro odškodňování byla stanovena, nebyla judikatura jednotná a jednotlivá soudní rozhodnutí se mohla zásadním způsobem lišit. V rámci navrhované právní úpravy lze však přepokládat, že soudní judikatura bude (zejména zpočátku) zcela nepředvídatelná.

Současně by striktní naplňování zákona v praxi mohlo vést k tomu, že by po 1. 1. 2013 nebyli pojistitelé schopni poskytovat pojistné plnění u škod na zdraví, protože nebude zřejmé, jaká odškodnění mají být pro jednotlivá zranění poskytována.

ČAP, shodně s některými ostatními připomínkovými místy, navrhovala ponechání úpravy určování výše odškodného za tyto škody vyhláškou (byť samozřejmě upravenou tak, aby odpovídala dnešním potřebám a skutečnému odškodňování těchto nároků). Nebyla vyloučena případně ani podpora návrhu některých dalších připomínkových míst, aby vyhláška zůstala zachována alespoň jako minimální výše odškodnění s tím, že vyšší nárok na odškodnění by byl posuzován individuálně. Právní úpravou navrhovanou předkladatelem zákona dojde totiž kromě jiného ke zhoršení postavení poškozeného, pokud škůdce (bez ohledu na případné pojištění, eventuálně však ani pojistitel) nebude schopen posoudit výši odškodění, a tedy toto posouzení ponechá na úvaze soudu. Zatímco podle dnešní praxe by poškozený alespoň nějakou náhradu škody, která je nesporná a v souladu s vyhláškou, získal bez soudního řízení, podle nové právní úpravy může nastat situace, kdy nedostane žádné odškodnění a bude nucen vyčkat rozhodnutí soudu o celém vzneseném nároku. Předkladatel zákona však i v této otázce setrval na svém stanovisku.

Za podstatným způsobem rozšiřující lze také považovat právní úpravu odškodňování utrpení, „*duševních útrap*", v případě usmrcení osoby. Tento druh škod je v dnešní době upraven § 444 odst. 3 občanského zákoníku. Podle stávající právní úpravy je přiznáno právo na náhradu škody zákonem vymezeným osobám (manžel nebo manželka, děti, rodiče, sourozenci a další blízké osoby žijící ve společné domácnosti s usmrceným v době vzniku události, která byla příčinou škody na zdraví s následkem jeho smrti), a to s pevně stanovenou výší odškodného (pohybuje se v rozmezí od 85 000 Kč do 240 000 Kč).

Ačkoliv si lze jistě představit vhodnější úpravu odškodňování nároků tohoto druhu, a lze souhlasit s jejími kritiky v tom, že „hodnotu lidského života" nelze tímto způsobem stanovit, jejím zavedením bylo opět přiznáno alespoň určité právo na náhradu škody nejbližším osobám zemřelého, a to v zásadě aniž by se musely domáhat přiznání tohoto nároku a určení jeho výše soudní cestou. Návrh občanského zákoníku zrušil tuto pevně stanovenou výši odškodného, a to opět bez náhrady či bez stanovení minimální výše odškodnění (s argumentací, že

i minimální zákonem stanovená výše odškodnění může být v některých případech neoprávněná). Výši náhrady škody upravuje návrh občanského zákoníku jako *„peněžitou náhradu plně vyvažující utrpení"*. Opět se tedy jedná o velmi obecné vymezení rozsahu náhrady škody, jehož určení v konkrétním případě bude náležet pravděpodobně v mnoha případech zejména soudu. Subsidiárně jsou opět jako určovatel výše odškodnění uvedeny *„zásady slušnosti"*.

Navíc dochází i zde k rozšíření okruhu osob, jimž vzniká toto právo na odškodnění, a to na manžela, rodiče, dítě *„nebo jinou osobu blízkou"*, u níž však není nadále podmínkou společná domácnost. Okruh blízkých osob tedy může být podstatně širší než podle dnešní právní úpravy.

Do třetice navrhovaná právní úprava spojuje vznik tohoto práva nejen s usmrcením, ale také se *„zvlášť závažným ublížením na zdraví"*, aniž by však tuto kategorii ublížení na zdraví definovala.

Uvedené ustanovení tedy představuje rozšíření povinnosti k náhradě škody jak z hlediska vymezení příčiny vzniku nároku (nově zvlášť závažné ublížení na zdraví), tak z hlediska okruhu osob, jimž toto právo vzniká (osoby blízké bez podmínky společné domácnosti), a v neposlední řadě ve vypuštění pevně stanovených limitů a nahrazením peněžitou náhradou vyvažující plně utrpení, tedy naprosto subjektivní kategorií. I v tomto případě lze předpokládat, že v mnoha případech se poškození budou nuceni domáhat stanovení výše odškodnění soudní cestou. Soudní řízení však může být pro poškozené ve srovnání se škodou na zdraví o to více zatěžující, že se jedná o ztrátu blízkého člověka, se kterou se musí poškozený nejen vyrovnat, ale následně pak její „nemateriální důsledky" projednávat a prokazovat u soudu. Dlouhé soudní řízení může u poškozených vést také k poměrně komplikované životní situaci, pokud by se jednalo o úmrtí živitele rodiny. I z tohoto důvodu ČAP navrhovala opět ponechání stávající právní úpravy, eventuálně alespoň stanovení minimální výše odškodnění, kterou by pojistitel mohl v souladu se zákonem poskytnout, čímž by poškození byli alespoň primárně materiálně zajištěni, a v případě, že by poskytnuté odškodnění považovali za nedostatečné, mohli by se na škůdce (případně na pojistitele, eventuálně následně na soud) obrátit s nárokem na vyšší odškodnění.

Na druhou stranu lze za přednost navrhované právní úpravy považovat zrušení limitů stanovených vyhláškou i pro pojistitele. Podle platné právní úpravy i v případech, kdy pojistiteli bylo zřejmé, že odškodnění poskytnuté podle vyhlášky není dostatečné, bylo z hlediska právní jistoty vhodné podstoupit soudní řízení k určení vyššího odškodnění soudem.

Celkově se však domnívám, že z praktického hlediska negativa navrhované úpravy převyšují nad pozitivy, když bylo možné úpravu této problematiky provést způsobem odpovídajícím současné společenské situaci, eliminujícím množství soudních sporů o tyto nároky a poskytujícím poškozeným rychlé a dostatečné odškodnění.

Změnu v odpovědnosti za škodu představuje také základní koncepce náhrady škody na věci. Stávající právní úprava vychází z pravidla přednosti náhrady v penězích. Náhrada uvedením do předešlého stavu je poskytována pouze za splnění tří podmínek, tedy pokud o tuto formu náhrady škody požádá poškozený, a dále pokud je to možné a účelné. Přitom platí, že musí být splněny všechny tyto podmínky kumulativně. Pokud by tedy poškozený žádal náhradu škody uvedením v předešlý stav, a tato náhrada by byla možná, ovšem nikoliv účelná, hradí se škoda na věci v penězích. Významu tento princip nabývá zejm. v situacích tzv. totálních škod, kdy by zjednodušeně řečeno náklady na uvedení věci do předešlého stavu byly neekonomické.

Navrhovaná právní úprava odškodňování škod na věci však vychází z principu opačného, kdy odškodnění formou peněz stanovuje pouze pro situaci, kdy není uvedení do předešlého stavu *„dobře možné"*, nepodmiňuje je však současně hlediskem účelnosti. Tedy i v případě, kdy bude oprava věci sice možná, ale neúčelná a neekonomická, má poškozený právo na náhradu škody uvedením věci do předešlého stavu. Dále je možné poskytnout náhradu škody v penězích v případech, kdy o to žádá poškozený. Naturální restituce má tedy přednost před restitucí relutární. Tato úprava nepochybně může vést k nárůstu nároků na plnění z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, a to v některých případech i zneužívajících, kdy uvedení vozidla do předešlého stavu může představovat jeho zhodnocení a de facto bezdůvodné obohacení poškozeného. Již v dnešní době je znehodnocení vozidla dopravní nehodou a naopak jeho zhodnocení opravou předmětem složitých znaleckých posudků, kdy jsou obě tyto„strany mince" velmi podrobně hodnoceny.

Novinku v náhradě škody představuje také vymezení škody, která se hradí. Podle současné právní úpravy se hradí skutečná škoda a ušlý zisk, nicméně kategorie „skutečné škody" je v navrhované právní úpravě chápána nejen ve smyslu faktického snížení majetku, tedy např. vyplacených peněz, za snížení majetku je považován také vznik závazku: *„záleží-li skutečná škoda ve vzniku dluhu, má poškozený právo, aby ho škůdce dluhu zprostil nebo mu poskytl náhradu"*. Za skutečnou škodu je tedy považován i např. vznik závazku zaplatit fakturu autoopravně apod. Zákon sice ukládá škůdci variantně povinnost zprostit poškozeného dluhu nebo mu poskytnout náhradu, lze však předpokládat, že volba bude na poškozeném, a škůdce (resp. pojistitel) tedy nebude moci trvat na zaplacení takové faktury poškozeným a následně její výši uhradit poškozenému v rámci pojištění, ale bude povinen poškozeného dluhu zprostit, tedy fakturu zaplatit přímo autodopravci.

Z hlediska textace drobné, z hlediska praktických dopadů nezanedbatelné změny doznala také právní úprava spoluzavinění poškozeného. Platná právní úprava stanoví, že pokud byla škoda také způsobena zaviněním poškozeného, nese škodu poměrně; byla-li škoda způsobena výlučně jeho zaviněním, nese ji sám. Navrhovaná právní úprava však spoluzavinění na škodě posunuje jiným směrem. Zákoník stanoví, že *„vznikla-li škoda nebo zvětšila-li se také následkem okolností, které se přičítají poškozenému, povinnost škůdce nahradit škodu se poměrně sníží"*. Tuto část ustanovení lze považovat terminologicky i pojetím za vhodnější než představuje dnešní

úprava spoluzavinění. Návrh občanského zákoníku však dále stanoví, že *„převažují-li však výrazným způsobem okolnosti, které jsou k tíži jedné nebo druhé strany, škoda se nedělí"*. Ačkoliv lze chápat smysl této úpravy (předpokládáme, že tímto ustanovením má být zabráněno krácení odškodnění v případě zcela marginálních „podílů" poškozených na vzniklé škodě), je třeba mít na zřeteli, že i malý procentuální podíl u škody na zdraví, kde se odškodnění pohybují nezřídka v řádech několika set tisíc či milionů korun, představuje nikoliv zanedbatelnou částku. Nadto důvodová zpráva k tomuto ustanovení je opět poměrně „skoupá" a neuvádí, co má být považováno za *„okolnosti převažující výrazným způsobem"*. Lze tedy předpokládat, že také tato úvaha bude spočívat v mnoha případech v konečné fázi „na bedrech soudu".

Závěrem nelze nezmínit problematiku náhrady nákladů poškozeného na zajištění „soběstačnosti". Tato otázka nabyla na významu bez ohledu na přípravu nového občanského zákoníku již v dnešní době, a to v souvislosti s rozhodnutím Nejvyššího soudu ČR, sp. zn. 25 Cdo 2365/2008, ze dne 30. 11. 2010. V praxi dochází nezřídka k případům škod na zdraví (jedná se nejčastěji, ne však výlučně, o škody související s dopravní nehodou), které zanechají na zdraví poškozeného takové následky, pro které není schopen zajistit si sám běžnou péči o sebe nebo o svoji domácnost – může se jednat jak o zajištění úkonů denní hygieny (mytí, čištění zubů, toaleta apod.), tak o zajištění běžných potřeb poškozeného (úklid domácnosti, vaření, mytí oken či nádobí, nákup apod.). Pomoc pro tyto případy je pak poškozený nucen zajistit si buď pomocí dalších, nejčastěji blízkých osob (zejména rodinných příslušníků), nebo jako smluvní pomoc prostřednictvím touto činností se zabývajících firem či organizací. V každém případě je s poskytováním této pomoci spojeno buď vynaložení dalších nákladů na jejich úhradu, nebo omezení a určitý diskomfort pro rodinné příslušníky, kteří takovou péči zajišťují.

Náklady spojené s touto péčí (skutečně vynaložené náklady) v zásadě jsou veřejností považovány za škodu vzniklou v důsledku škodního děje, na který se vztahuje pojištění, a z pojistné smlouvy bývají hrazeny (ponechme stranou problematiku péče blízkých osob, při níž přímé náklady za úhradu těchto služeb nevznikají, a která je z tohoto hlediska po právní stránce ještě komplikovanější). Nejvyšší soud ČR však ve výše uvedeném rozhodnutí dovodil, že výdaje poškozeného, který pro trvalé následky poškození zdraví není plně schopen sebeobsluhy, za pomoc dalších osob při jeho životních úkonech a obstarávání jeho domácnosti nelze zahrnout pod náklady léčení podle § 449 občanského zákoníku.

Ačkoliv rozhodnutí Nejvyššího soudu je podle mého názoru v souladu s doslovným zněním zákona, vydáním tohoto rozhodnutí došlo ke zcela paradoxní situaci, kdy nároky na náhradu nákladů spojených s péčí o osobu poškozenou na zdraví, z nichž část je poměrně běžně vnímána jako oprávněná, byly označeny za neoprávněné, a tedy zejména plnění z pojištění odpovědnosti za škodu by v takovém rozsahu nemělo být poskytováno.

Ponechme stranou, zda se jedná o rozhodnutí správné a jakým způsobem lze po právní stránce tyto škody chápat v kontextu platné právní úpravy, případně zda, jakým způsobem a v jakém rozsahu se snažit docílit změny platné právní úpravy. ČAP se snažila předejít situaci, kdy by i v kontextu nového občanského zákoníku byla náhrada této škody považována za neoprávněnou, a navrhovala rozšíření ustanovení nového občanského zákoníku o náhradě nákladů spojených s péčí o zdraví o jednoznačné uvedení tohoto nároku mezi nároky oprávněné. Definice, která byla k tomuto nároku navrhována, resp. rozsah tohoto práva, vycházel jak z uvedeného rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, tak ze současné praxe na pojistném trhu. Ani tomuto návrhu ČAP, ačkoliv de facto rozšiřoval stávající práva poškozených, a přes známost uvedeného rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR (které vyvolalo rozporné reakce odborné veřejnosti), nebylo vyhověno.

Výše uvedená ustanovení návrhu občanského zákoníku demonstrují, že změny, které budou nejen právníky nebo pojišťovny, ale celou společnost v oblasti pojištění a náhrady škody čekat, nejsou zanedbatelné. Uvedli jsme si pouze některé z nich, z hlediska právního podstatné a z hlediska dopadu do fungování pojištění zásadní. Existuje celá řada dalších institutů či nových úprav a pojetí, ať se jedná o ustanovení mediálně či jinak známá (ztráta radosti z dovolené, náhrada škody ve výši ceny obliby apod.) či ustanovení méně známá, která budou představovat podstatnou změnu. A vzhledem k tomu, že občanský zákoník je kodexem, který nás bude provázet od narození až do smrti, v případě jeho přijetí je třeba mu rozhodně věnovat adekvátní pozornost, a to zejména na straně pojistitelů, na něž je zejména ve vztahu ke klientům nahlíženo jako na odborně vzdělanější stranu. Navrhovaná účinnost nového občanského zákoníku je 1. 1. 2013. Současně je třeba si uvědomit, že pokud dojde k přijetí nového občanského zákoníku, v příštím roce bude následovat další, s jeho přijetím související „legislativní smršť" v podobě změn velké části ostatních, zejména soukromoprávních právních předpisů. Občanský zákoník je tedy do určité míry „pouze" začátkem legislativních změn…

Resumé

New Civil Code

The new Civil Code was approved by the Czech Government and submitted to the Chamber of Deputies of the Parliament of the Czech Republic on 25 May 2011. The article summarizes the aims of this new legal regulation and pays attention especially to the parts which are of key interest to Czech insurance companies. It looks at regulation of insurance/insurance contracts and obligation to indemnify damage. The author defines amendments of the Czech Insurance Association which were not accepted in the previous phases of the legislative process. The reasoning of these amendments, as the article shows, is based on experience and common practices, on the applicable law (the Act on Insurance Contract) and on the knowledge of foreign civil codes and similar legal regulations. The article is very professional and up-to-date regarding the current stage of the legislative process.

Trestný čin pojistného podvodu v novém trestním zákoníku

JUDr. Vlastimil Pršal, PhD., Allianz pojišťovna, a.s., Mgr. Vít Peštuka, Justiční akademie Kroměříž

Podvod obecně je jedním z druhů trestných činů patřících do kategorie majetkové kriminality. Podvody jsou považovány za velmi nebezpečnou formu trestné činnosti zejména pro svoji kvalifikovanost a výskyt jak v oblasti obecné kriminality, tak v oblasti hospodářské kriminality.

Pojistné podvody jsou vzhledem ke specifickým způsobům páchání a okolnostem, za kterých jsou páchány, zvláštní kategorií podvodných jednání a tomu odpovídá i speciální skutková podstata trestného činu postihující pojistné podvody již více jak deset let, kdy jsou pojistné podvody samostatnou skutkovou podstatou v trestním zákoně. Hlášení fingovaných škodných událostí zejména u pojištění majetku bylo a stále je zneužíváno k protiprávnímu získávání pojistného plnění a ukázalo se, že k postihu všech těchto forem protiprávního jednání nedostačuje „obecná" skutková podstata trestného činu podvodu, jelikož ne všechny případy, kdy se pachatel dopouští jednání, které k podvodnému obohacení teprve směřuje, bylo a v současnosti je možné postihnout jako vývojová stadia trestného činu podvodu.

Nový trestní zákoník, účinný od 1. 1. 2010, proto rovněž obsahuje skutkovou podstatu pojistný podvod – § 210 zákona č. 40/2009 Sb. (dále jen trestní zákoník). Touto skutkovou podstatou je postihováno jednání, spočívající v úmyslném uvedení nepravdivých nebo hrubě zkreslených údajů v souvislosti s uzavíráním nebo změnou pojistné smlouvy, likvidací pojistné události, nebo při uplatnění nároku na pojistné plnění.

§ 210 trestního zákoníku zní:

„§ 210 Pojistný podvod
(1) Kdo uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí
a) v souvislosti s uzavíráním nebo změnou pojistné smlouvy,
b) v souvislosti s likvidací pojistné události, nebo
c) při uplatnění práva na plnění z pojištění nebo jiné obdobné plnění,
bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.
(2) Stejně bude potrestán, kdo v úmyslu opatřit sobě nebo jinému prospěch vyvolá nebo předstírá událost, s níž je spojeno právo na plnění z pojištění nebo jiné obdobné plnění, nebo stav vyvolaný pojistnou událostí udržuje, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou.
(3) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 a byl-li za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán.
(4) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 větší škodu.

(5) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 jako člen organizované skupiny,
b) spáchá-li takový čin jako osoba, která má zvlášť uloženou povinnost hájit zájmy poškozeného, nebo
c) způsobí-li takovým činem značnou škodu.
(6) Odnětím svobody na pět až deset let bude pachatel potrestán,
a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 škodu velkého rozsahu, nebo
b) spáchá-li takový čin v úmyslu umožnit nebo usnadnit spáchání trestného činu vlastizrady (§ 309), teroristického útoku (§ 311) nebo teroru (§ 312).
(7) Příprava je trestná".

Při stanovení výše škody se, podle ustanovení § 137 trestního zákoníku, vychází z ceny, za kterou se věc, která byla předmětem útoku, v době a v místě činu obvykle prodává. Nelze-li takto výši škody zjistit, vychází se z účelně vynaložených nákladů na obstarání stejné nebo obdobné věci nebo uvedení věci v předešlý stav. Přiměřeně se postupuje při stanovení výše škody na jiné majetkové hodnotě.

Trestní zákoník v ustanovení § 138 stanoví, že škodou nikoli nepatrnou se rozumí škoda dosahující částky nejméně 5 000 Kč, škodou nikoli malou se rozumí škoda dosahující částky nejméně 25 000 Kč, větší škodou se rozumí škoda dosahující částky nejméně 50 000 Kč, značnou škodou se rozumí škoda dosahující částky nejméně 500 000 Kč a škodou velkého rozsahu se rozumí škoda dosahující nejméně částky 5 000 000 Kč.

Oproti ustanovení § 250a zákona č. 140/1961 Sb. (dále jen trestního zákona) neobsahuje tato skutková podstata ve výčtu trestů peněžitý trest za spáchání tohoto skutku. Peněžitý trest však podle § 67 trestního zákoníku lze uložit ve všech případech, v nichž pachatel získal nebo se pokoušel získat majetkový prospěch úmyslným trestným činem, bez ohledu na to, zda šlo o majetkový prospěch jeho vlastní či jiné osoby (§ 67 odst. 1). Nejsou-li tyto podmínky splněny, může být peněžitý trest uložen pachateli tehdy, pokud je ve zvláštní části výslovně uveden v příslušné skutkové podstatě jako jeden z druhů trestů [§ 67 odst. 2 písm. a)], nebo pokud soud odsuzuje pachatele za přečin a shledá uložení tohoto trestu dostatečným [není tedy dán důvod pro uložení nepodmíněného trestu odnětí svobody; § 67 odst. 2 písm. b)] – viz důvodová zpráva k ustanovení § 67 trestního zákoníku. Dále jsou upraveny pojmy tak, aby byly v souladu se zákonem o pojistné smlouvě a zákonem o pojišťovnictví a doplněny formy jednání.

Podle důvodové zprávy je tato zvláštní úprava pojistného podvodu odůvodněna tím, že takové jednání, které tato skutková podstata trestá, jsou jen obtížně postižitelná podle obecné skutkové podstaty podvodu. Jak ukázala v minulosti praxe, má jednání postihované touto skutkovou podstatou, které se dotýká zvláště činnosti pojišťoven, důsledky i pro ekonomiku České republiky jako celku.

Formulace skutkové podstaty pojistného podvodu byla upřesněna tak, aby používané pojmy byly v souladu s pojmy, které jsou definované v zákoně o pojistné smlouvě, který nezná pojem „sjednávání pojistné smlouvy" a zásadně používá sousloví „uzavírání pojistné smlouvy" a „změna pojistné smlouvy", kdy někdy v praxi vznikaly pochybnosti, zda pod sjednávání smlouvy lze zahrnout i její změnu. Podobně je tomu i s pojmem „likvidace pojistné události", jenž je definován v zákoně o pojišťovnictví a který nahrazuje sousloví „při uplatnění nároku na plnění z takové smlouvy", přičemž nový pojem vyjadřuje i skutečnost, že uvedení nepravdivých údajů se týká celého procesu likvidace, nikoli jen jeho části. Pojem „plnění z pojištění nebo jiné obdobné plnění" pokrývá jak plnění na základě pojistné smlouvy, tak i na základě jiného důvodu. To se týká např. zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, ve znění pozdějších předpisů, podle něhož musí Česká kancelář pojistitelů plnit v případech vymezených zákonem poškozeným, aniž existuje pojistná smlouva. Ustanovení také umožňuje postihovat i osoby, které nejsou přímými účastníky pojistného vztahu, ale jsou typickými subjekty dopouštějícími se této trestné činnosti (např. zmocněnce účastníků, příp. další osoby podílející se zejména na likvidaci nebo uplatnění práva na pojistné nebo jiné obdobné plnění) – viz důvodová zpráva k ustanovení § 210 až § 212 trestního zákoníku.

Velmi významnou změnou oproti ustanovení § 250a trestního zákona je, že skutková podstata trestného činu pojistného podvodu podle § 210 trestního zákoníku je konstruována způsobem, který dovoluje i postih těch osob, které se přímo na uzavírání smlouvy, uplatnění práva na plnění nebo činnosti v souvislosti s likvidací pojistné události nepodílely. Praxe ukázala, že do páchání této trestné činnosti je obvykle zapojeno různými formami jednání více osob, které jsou vůči pojistiteli v různém postavení a mají různý podíl na vzniku následku.

Konkrétně se jedná o znění odst. 5 písm. b) „spáchá-li takový čin jako osoba, která má zvlášť uloženou povinnost hájit zájmy poškozeného" s tím, že pojem není vysvětlen v důvodové zprávě; těmito osobami mohou být, podle obsahu právního vztahu mezi nimi a pojišťovnou

- zaměstnanci pojišťoven při činnosti, která směřuje k uzavírání pojistné smlouvy nebo likvidaci pojistné události, pojišťovací zprostředkovatelé a jejich zaměstnanci, kteří uzavírají pojistné smlouvy a kteří nejsou zaměstnanci pojišťoven,
- samostatní likvidátoři pojistných událostí, a to jak fyzické, tak i právnické osoby, a dále např. pracovníci smluvních autoopraven, kteří provádějí prohlídky vozidel pro potřeby likvidace pojistné události a nejsou zaměstnanci pojišťoven.

Uvedené osoby se zejména podílejí na likvidaci nebo uplatnění práva na pojistné nebo jiné obdobné plnění, jak je uvedeno v důvodové zprávě. Podle obsahu právního vztahu mezi pojistitelem a osobou, která má zvlášť uloženou povinnost (zákonem a nebo smluvně převzatou) hájit zájmy poškozeného a ochranu spravovaného

majetku (například likvidátor, pojišťovací zprostředkovatel a jejich zaměstnanci, zaměstnanci pojistitele) musí být patrné, že se jedná o povinnost, která zahrnuje vyšší stupeň odpovědnosti než je běžná povinnost dbát o ochranu svěřeného majetku.

Jedná se však o nový znak, který ustanovení § 250a trestního zákona neznalo a judikatura, která by se výslovně touto otázkou zabývala, ve vztahu k trestnému činu pojistného podvodu chybí. Bude zde však možné využít judikaturu k trestnému činu porušování povinnosti při správě cizího majetku podle § 255 odst. 2 písm. b) trestního zákona, podle které není rozhodující, zda jde o zákonem založenou anebo smluvně převzatou povinnost a není postačující uzavření pouhé dohody o hmotné odpovědnosti, ale mělo by se v zásadě jednat o převažující pracovní náplň takové osoby; tato povinnost by měla tvořit hlavní náplň činnosti takové osoby (viz níže uvedené výňatky z odůvodnění unesení rozhodnutí Nejvyššího soudu).

„Zvlášť uložená povinnost hájit zájmy poškozeného může vyplývat z právního předpisu nebo ze smlouvy. Přitom existence povinnosti opatrovat nebo spravovat cizí majetek ještě neznamená, že pachatel má zároveň uloženou zvláštní povinnost hájit zájmy poškozeného. Judikatura dospěla k názoru, že takovou povinnost nezakládá ani dohoda o hmotné odpovědnosti ani postavení vedoucího zaměstnance. Za osobu, která má zvlášť uloženou povinnost hájit zájmy poškozeného ve smyslu § 255 odst. 2 písm. a) trestního zákona, lze považovat jen takového pachatele, jehož hlavním úkolem, vyplývajícím z pracovního, funkčního nebo služebního zařazení, je péče o zabezpečování zájmů poškozeného (srov. č. 28/1992 Sb. rozh. tr.).“[1]

„Povinnost opatrovat nebo spravovat cizí majetek ve smyslu zákonného znaku § 255 odst. 1 trestního zák. mají osoby, které jsou povinny spravovat záležitosti jiných, pokud je v tom zahrnuta i povinnost péče o jejich majetek nebo nakládání s ním. Taková povinnost může být uložena některými ustanoveními zákona nebo určitou smlouvou. Přitom nemusí být výslovně nazvána jako povinnost opatrovat nebo spravovat cizí majetek, jak ostatně správně připomněl i odvolací soud v napadeném rozsudku. Podstatné je, že jejím obsahem je to, co se opatrováním a správou majetku rozumí; může být formulována též jako péče, péče řádného hospodáře, právo činit úkony s majetkem, převádět ho, obchodovat s ním apod. Na rozdíl od zvlášť uložené povinnosti opatrovat nebo spravovat cizí majetek podle § 255 odst. 2 písm. a) trestního zákona, jak již bylo ostatně naznačeno v usnesení Nejvyššího soudu ze dne 25. 2. 2004, sp. zn. 5 Tdo 1454/2003, může jít o povinnost vymezenou v naprosto obecné rovině, bez stanovení konkrétních povinností směřujících k opatrování či správě cizího majetku, jak tomu ostatně nasvědčuje i již výše demonstrativně uvedené vymezení takto vnímané povinnosti (k tomu srov. Šámal, P., Púry, F., Rizman, S. Trestní zákon. Komentář. 5. vydání. Praha: C. H. Beck, 2003, s. 1399, 1407 – poznámka pod čarou). Ve světle těchto východisek nutno pohlížet na postavení obviněného a jeho případné povinnosti při správě a opatrování cizího majetku.“[2]

[1] Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 5 Tdo 1454/2003
[2] Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 8 Tdo 1080/2004

Tyto judikáty použité i při porovnání znaků skutkové podstaty trestného činu podle § 255 odst. 1 oproti odst. 2 písm. a) trestního zákona, bude možné zřejmě použít i k porovnání povinnosti předpokládané ve znaku § 210 odst. 5 písm. b), trestního zákoníku za předpokladu, že zákon, případně smluvní vztah, bude u likvidátorů, pojišťovacích zprostředkovatelů a jejich zaměstnanců či jiných osob podílejících se na uzavírání nebo změně pojistné smlouvy či likvidaci škodné události, zakládat ochranu majetku pojistitele jako povinnost primární, převládající a obzvlášť zdůrazněnou. Bude to však, nutno posoudit v konkrétním případě, na základě příslušných předpisů, ať už zákonných či podzákonných, které upravují výkon těchto funkcí, anebo vyplývající z obsahu smluvního vztahu, na základě něhož tyto osoby činnosti pro pojistitele provádějí. Zejména by tento znak mohl být naplněn u těch osob, které mají za povinnost především revidovat a kontrolovat práci pojišťovacích zprostředkovatelů, mobilních likvidátorů a dalších osob a ověřovat správnost a objektivitu jejich činnosti.

Použitá literatura

1. Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník
2. Důvodová zpráva k trestnímu zákoníku
3. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 5 Tdo 1454/2003
4. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 8 Tdo 1080/2004

Resumé

Criminal offence of insurance fraud in the new Criminal Code

The new Criminal Code came into force on 1 January 2010. Among the approved changes is the legal regulation regarding insurance fraud. The author draws attention not only to the relevant provisions of the code, but also to the changes made in comparison with the previous regulation in respect of insurance fraud. The author personally deals with insurance fraud in practice, in an insurance company. It allows him to describe the impact of new provisions on policyholders, insured persons and on employees of insurance companies. He also explains the significance of the new regulation for insurance intermediaries and independent loss adjusters.

Povodně – povodňové zóny

Ing. Ivo Bánovský, Intermap Technologies, s.r.o.

Úvod

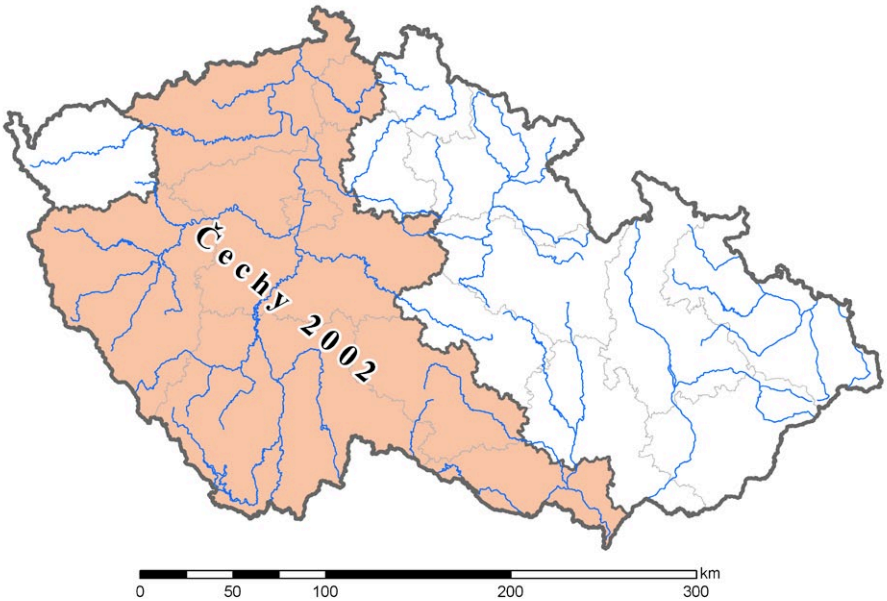
Povodně se řadí k těm častějším přírodním událostem, v porovnání s dalšími jako jsou zemětřesení, výbuch sopky, sesuvy půdy a mnohé další, přičemž vodou způsobené škody na majetku a životech bývají nezanedbatelné. U nás představují nejrizikovější (způsobující největší škody) přírodní události. Současné klimatické změny ovlivňují množství srážek, jejich intenzitu, a tím i vyšší četnost i intenzitu povodní, které mají více lokální charakter.

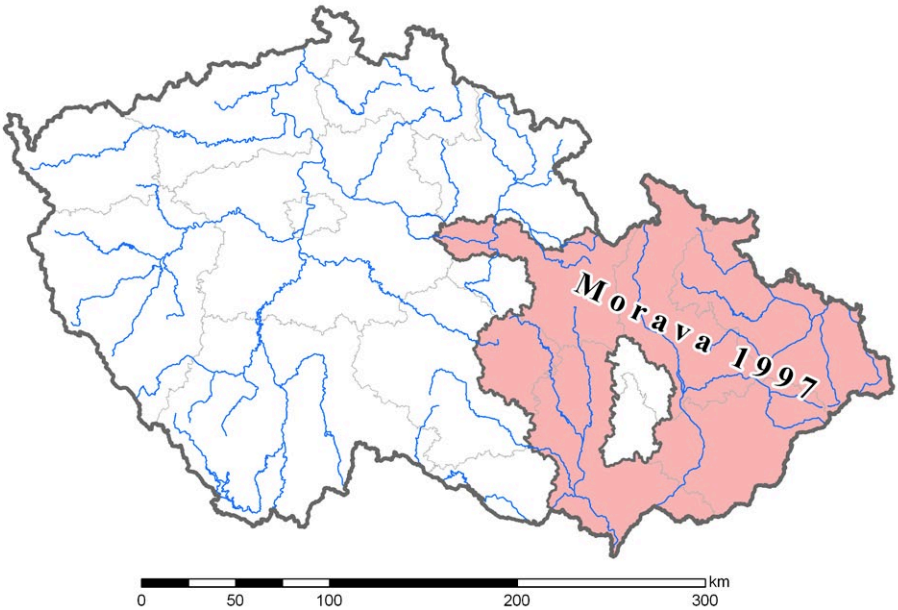
Poslední dekáda či dvě nám umožnily zažít a přímo se účastnit významných povodní a záplav v České republice. Tyto události se neomezovaly samozřejmě pouze na území ČR, ale zasáhly okolní země a spíše by se daly vyjmenovat ty země, které nebyly povodněmi v poslední době zasaženy, než naopak. V situacích podobných těmto je samozřejmostí pro stát, obyvatele, ale i komerční sféru podnikat kroky, které by mohly ničivým následkům vody zabránit, nebo je alespoň zmírnit. Proto se obracíme na povodňový risk management, který se tomuto nebezpečí, přípravě, prevenci a možnému zabránění škod věnuje. V případě, kdy nelze škodám zcela zabránit, je alespoň třeba využít modelů a odhadů možných škod s cílem se na situaci při a po povodni připravit a rezervovat potřebné finanční prostředky na likvidaci následků a obnovu.

Všechny tyto otázky řeší i pojistný trh, pojišťovny, pojišťovací a zajišťovací makléři a také zajišťovny. Pojďme se nejdříve v krátkosti podívat na to, jakým způsobem byly v ČR povodňové mapy pro pojistný trh připravovány a jakým prošly vývojem.

Rizikové zóny – vývoj detailní mapy rizikových území v ČR

Česká republika byla zasažena významnými povodněmi ve velmi krátkém časovém úseku hned několikrát. První významná novodobá událost se odehrála v roce 1997 a zasažena byla celá východní polovina republiky. Druhou takovou významnou událostí byla povodeň v Čechách v roce 2002. Obě tyto události byly zlomové z pohledu vývoje systému na hodnocení pojistného nebezpečí povodně. První povodeň v roce 1997 ukázala pojišťovnám nutnost se touto otázkou velmi detailně zabývat. Druhá událost v roce 2002 potvrdila, že pro ty pojišťovny, které systém vyhodnocování pojistného nebezpečí povodně nasadí, je možno demonstrovat přínosy – zlepšení připravenosti na pomoc klientům, efektivní likvidaci, vyplácení pojistného plnění, a v neposlední řadě také finanční stabilitu pojišťovny. Pozitivní dopad na finanční výsledky a stabilitu pojišťovny je v případě katastrofických událostí docílen vhodným modelováním povodňové expozice v rámci posílení finanční stability pro daný rok.


Čechy 2002
km
0
50
100
200
300


Morava 1997
km
0
50
100
200
300

V dalších letech jsme byli svědky povodní lokálního charakteru, ať už v roce 2006, 2009, a dokonce dvakrát v průběhu roku 2010.

Obrázek 1: Povodeň 1997 Morava, Kroměříž – vlevo, Povodeň 2002 Čechy, Praha – vpravo (foto Miroslav Raudenský)

Pokud se chronologicky podíváme na vývoj mapových podkladů a systému pro vyhodnocování pojistného nebezpečí povodně v detailu, bude takový přehled vypadat následovně:

1997 – prvotní využití GIS (Geografických informačních systémů) pro zpětnou analýzu škod. Vytvořen základ pro vyhodnocování nebezpečí povodně – Maximální čára rozlivu. Tato informace se pak dále rozvíjela a pojmenovala se RUZ – Riziková území záplav, protože vymezují oblasti, které mohou být zaplaveny na základě topografické informace.

2001 – RUZ pokrývá všechny významné toky v ČR. První nasazení GIS systému (MaGIS) v rámci projektu koordinovaného Českou asociací pojišťoven (ČAP).

2002 – Datová sada RUZ je rozšířena na některé další malé toky a je doplněna o vymezení oblastí s vysokým a středním nebezpečím.

2003 – Ve spolupráci ČAP, Swiss Re a Intermap Technologies (MultiMedia Computer) vzniká komplexní mapa rizikových území, která pokrývá cca 17 000 km řek v ČR a obsahuje 6 rizikových zón pro všechna tato území. Vzniká i jednoduchý nástroj na vyhodnocování pojistného nebezpečí pro jednotlivé adresy v ČR, ověření správnosti adresy a mapové zobrazení. Nástroj se jmenuje FRAT v 1.0.

2004 – Pojišťovny se rozhodnou integrovat informaci o pojistném nebezpečí přímo do provozních systémů, a zajistit tak zohlednění této informace při úpisu rizik v neživotním pojištění.

2006 – Rizikové zóny jsou použity jako základ pro simulace a pravděpodobnostní modelování povodní a škod způsobených povodní. Tyto modely se používají pro stanovení a optimalizace zajistných programů pojišťoven. Tyto pravděpodobnostní modely byly již dříve nabízeny zajišťovacími makléři, ale nevyužívaly se k simulacím hodnocení rizika totožného s tím, které bylo použito při primárním úpisu.

2011 – Plánována aktualizace rizikových zón pro říční povodeň, vytvoření konzistentní mapy hloubek zaplavení pro jednotlivé oblasti a rozšíření systému o vyhodnocování pojistného nebezpečí pro povodeň způsobenou přívalovými dešti.

Pojďme se tedy v následující kapitole blíže podívat, jak takové modelování vlastně probíhá a jaká vstupní data/ informace jsou potřeba.

Říční povodeň, blesková povodeň, přívalové deště, pobřežní záplavy

Pokud mluvíme o povodních, je třeba rozlišovat mezi událostí, která vznikla tím, že v korytech řek proudí více vody než za normálních okolností, řeka není schopna tento objem zvládnout a dojde k vybřežení, což znamená, že voda se začne rozlévat do okolí řeky a zaplavovat přilehlá území. Takovou povodeň označujeme jako říční povodeň. Jiný druh události způsobené vodou je znám pod pojmem blesková povodeň (flash flood), kdy dochází k vzniku i „tisícileté" (pravděpodobnost výskytu povodně v roce je menší než 0,001) povodně převážně na menších tocích, kdy koryto řeky není schopno pojmout množství vody z velmi intenzivních srážek. Další typ je podobný bleskové povodni, pouze s tím rozdílem, že dojde ke vzniku a akumulaci vodní masy mimo říční koryto, a dojde tak k zaplavení oblastí mimo řeky dříve, než se voda dostane do koryta řek (někdy také nazýváno dešťové povodně). Tento druh se označuje za povodeň způsobenou přívalovými dešti (respektive pluvial flood nebo také off-the-plain flooding). V případě dešťové povodně se můžeme také setkat s označením záplava.

V našich končinách nemáme možnost pozorovat poslední kategorii, kterou je povodeň způsobená vzedmutím mořské hladiny, ať už způsobenou silným větrem (v anglické terminologii je toto označováno jako tidal flood a nebo coastal surge), anebo zemětřesením („tsunami").

Každý typ povodně či záplavy má své charakteristické rysy a samozřejmě příčinu vzniku. Díky tomu je třeba využívat jiných modelů a vstupních dat pro simulaci takových událostí.

Technologické bariéry a technologický pokrok

V minulosti nebylo možné detailní modelování povodní pro celá území států či kontinentů provádět, ne kvůli nedostatku vědeckého poznání v oblasti hydrologie a hydrodynamiky, ale z důvodu nedostatečné počítačové výkonnosti a velkoplošných vysoce kvalitních digitálních modelů terénu potřebných pro modelování povodní. Dokonce na malých územích, kde byly k dispozici dostatečně detailní digitální údaje o terénu, vyžadovala výsledná úroveň detailu pro modelování nereálně dlouhé časové úseky a vysoké požadavky na zpracování.

Rychlý vývoj nových technologií v posledním desetiletí umožnil modelářům dosahovat výsledky vysoké kvality na mnohem větších územích. Mezi základní technologické změny, které umožnily modelování povodní pro rozsáhlá území, můžeme zařadit paralelní zpracování dat ve výpočetních centrech (cluster computing), rozvoj technologie „cloud computing", tzn. pronájem výpočetní kapacity v rámci obrovských výpočetních center a dále i technologie, které umožňují provádět nejobtížnější části výpočtů na grafických procesorech. Grafické procesory jsou na operace ve dvou a třírozměrném prostoru uzpůsobeny, a tudíž zásadně urychlují celkové zpracování dat a výpočet.
Dalším technologickým omezením donedávna byla dostupnost kapacity úložných médií na data jako pevné disky a disková pole. V případě modelování území o rozloze České republiky (cca 80 000 km^2) je pro hydrologické modelování a následné zpracování a zálohování výsledků a mezivýsledků potřeba rychlé úložné prostory v řádu desítek terabytů (TB). V případě, kdy budeme provádět modelování pro Francii, Evropu, USA se dostáváme k závratným objemům dat, které musí být zpracovány a uloženy na médiích, včetně zajištění a zabezpečení proti ztrátě dat.

Vstupní informace a druhy používaných modelů terénu

Přesnost a rozlišení digitálních informací o terénu je rozhodující složkou povodňového modelu. Jednoduše řečeno, hloubky zatopení v povodňových modelech jsou přímo závislé na digitálním modelu terénu (DTM) a žádný kvalitní povodňový model nemůže být založen na terénních informacích špatné kvality. V současné době existuje několik trendů v tvorbě digitálních modelů terénu, které mají dostatečnou kvalitu pro vytváření spolehlivých povodňových modelů. Jedná se především o technologie IFSAR a LiDAR.

IFSAR – Interferometric Synthetic Aperture Radar – radarová technologie pracující v oblasti mikrovln. Zařízení je namontováno na letadle, které z výšky cca 10 km snímá povrch země. Vznikají Digitální modely terénu (DMT) s rozlišením 5 m a výškovou přesností mezi 0,5 a 1 m dle způsobu snímání. Příkladem takového modelu terénu je datová sada NEXTMap® Europe firmy Intermap Technologies, která je dostupná pro celou

západní polovinu Evropy, včetně České republiky. Výhodou takto pořízených dat je jejich konzistentnost na celém území, přesnost a data jsou optimalizována pro modelování povodní (odstranění mostů atd.). IFSAR produkuje data s nižší cenou na km^2 než další zmíněná technologie.

LiDAR - Light Detection And Ranging – jedná se o technologii založenou na 3D mapování objektů a území s pomocí laseru. Laserové skenování využívá principu pulsního bezodrazového dálkoměru, který pracuje s vysokou frekvencí, vyšší než je používána radarovou technologií. Laser scanner je nesen většinou menším letadlem, případně vrtulníkem, tzn. snímání probíhá z relativně menších výšek v porovnání s radarem. S ohledem na výšku snímání a přesné parametry zařízení je možno dosahovat horizontálního rozlišení běžně 1 m s vertikální přesností mezi 0,2 – 1 m. Tyto parametry předurčují tuto technologii k velmi přesnému mapování, případně i vytváření modelů budov a podobně, nicméně nevýhodou je časová náročnost zpracování a velmi vysoké nároky na úložný prostor při zpracování, a tudíž i cena za km^2 takového modelu, která je podstatně vyšší než u předchozí technologie. Poskytovatelů těchto modelů terénu je mnoho, nicméně se jedná většinou o lokální prostorově omezená řešení.

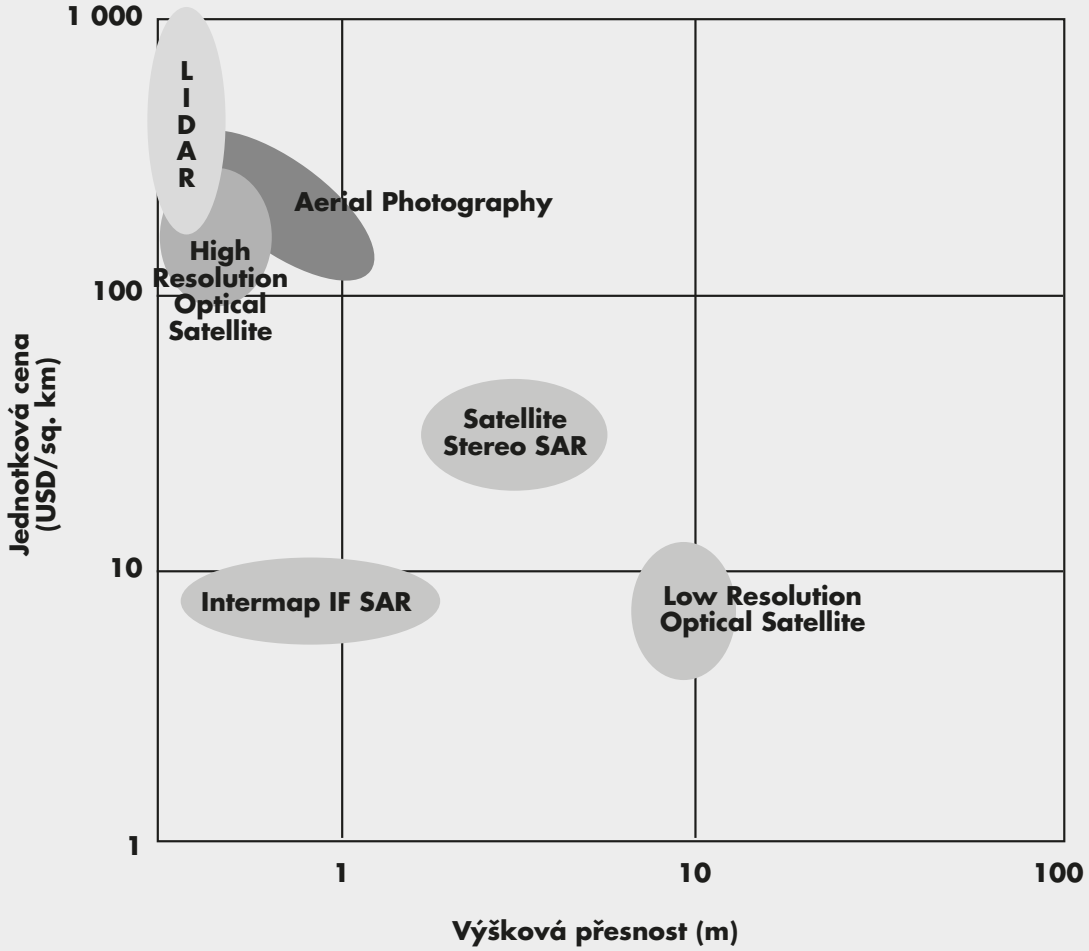
Z toho tedy plyne, že budoucnost tvorby modelů terénu pro modelování povodní je v kombinaci obou přístupů tak, abychom dokázali při zachování rozumné ceny, kombinovat výhody obou přístupů. Příkladem může být velmi úspěšná kombinace IFSAR modelu terénu pro celé území Velké Británie (NEXTMap Britain v2), do které jsou vloženy oblasti mapované pomoci LiDAR. Tyto LiDAR oblasti pokrývají hustě osídlené, případně průmyslové oblasti.

Aby bylo možno využít digitální model terénu k modelování povodně a chování vody, je nutná řada automatických a manuálních technik. Automatické procesy například odstraňují z dat přírodní objekty jako stromy a jiný porost. Následná pečlivá kontrola a zpracování odstraňují antropogenní (člověkem vytvořené) struktury jako mosty a viadukty. Antropogenní struktury podél vodních toků jako mosty a viadukty tvoří bariéry, které se musejí editovat manuálně, aby byla voda schopna místem protékat. Výsledkem tohoto zpracování je vysoce kvalitní DMT, který je vhodný k modelování povodní.

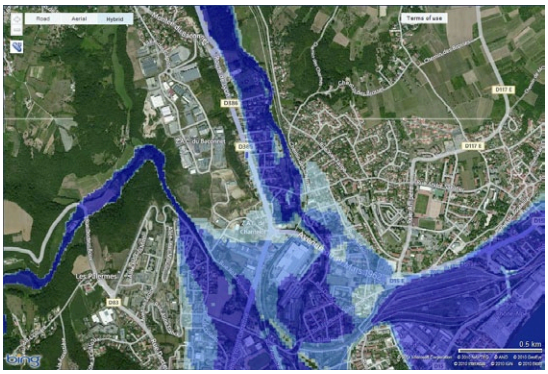
Hydrologie a vlastní modelování povodně

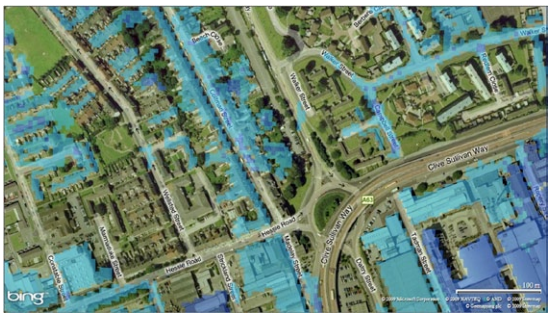
Pojďme se podívat blíže na vlastní modely povodní a způsoby zpracování vstupních dat, které vedou k vytvoření konzistentní mapy rizikových území.

Hodnocení technologií tvorby modelů terénu s ohledem na přesnost a cenu pořízení



Krokem, který následuje po úpravách a přizpůsobení modelu terénu je příprava hydrologického modelu. Jinými slovy potřebujeme zmapovat detailně říční síť a porozumět, jakým způsobem voda celou říční sítí proudí. Součástí mapování říční sítě je i vytvoření velmi detailní mapy jednotlivých povodí. A teď nemám na mysli povodí velikosti Labe či Vltavy, ale povodí všech malých říček a toků, které svádí vodu do větších toků. Jedním ze základních parametrů pro modelování je definice minimálního území (plochy), které se bude považovat za zdroj vody pro modelovanou povodeň – minimální plocha povodí. U modelu říčních rizikových zón pro ČR jsme použili velikost povodí o rozloze 10 km^2. Při dalším zmenšování minimální plochy povodí dochází ke značnému nárůstu výpočetní náročnosti díky zvětšení délky mapovaných vodních toků. V některých případech docházelo i k mapování ve skutečnosti neexistujících řek, které musí být později ručně odstraněny. Na základě těchto zjištění bylo pro tvorbu rizikových zón pro ČR použito minimální plochy povodí 10 km^2 s tím, že další zmenšení nepřináší efektivní zlepšení.

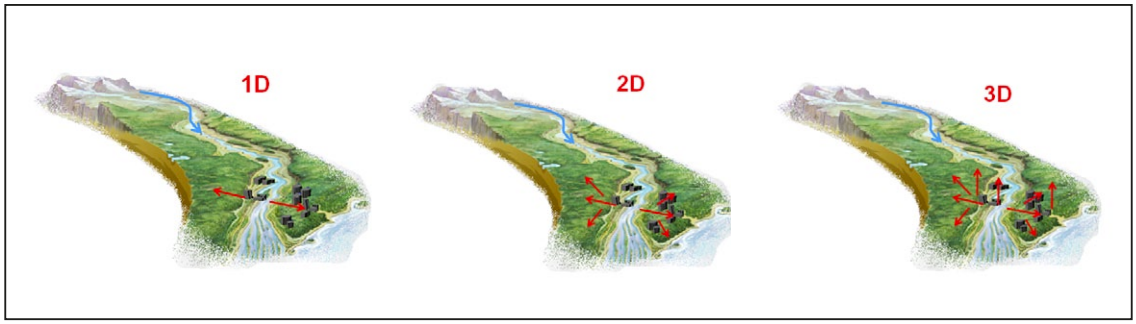




Ve chvíli, kdy máme vytvořen hydrologický model, můžeme začít s vlastním modelováním rozlivů, respektive modelovat, jakým způsobem se voda v dané říční síti chová. Přístupů jak to provádět je několik a liší se jak výpočetní náročností, tak i potřebou získání dodatečných informací (například příčné profily koryta řeky a přilehlé říční nivy, detailní informace o vztazích mezi průtokem a výškou hladiny atd.). K vlastní simulaci slouží matematické modely, které dělíme podle zohledňování jednotlivých komponent proudění vody do několika kategorií:

- **Srážkovo-odtokové modely** – k modelování se používají informace ze srážkoměrných stanic a stanovuje se odtok z daného povodí (odtok v závěrovém profilu povodí). Na základě těchto hodnot je možné stanovit výšku hladiny, a tím i rozliv.
- **Statistické modely** – modelování probíhá na základě výpočtu vzdálenosti a převýšení daného místa od vodní hladiny v „normálním" stavu nebo od středu toku, mohutnosti toku, sklonu terénu atd. Tyto parametry určují pravděpodobnost zaplavení daného místa. Výpočet není prováděn na základě hydraulických rovnic. Výsledek je vždy kalibrován za použití informací o historických povodních.

- **Hydrodynamické modely** – tyto modely jsou založeny na hydraulických rovnicích (zákony zachování hmotnosti a momentu). K modelování jsou využívána data o průtocích z jednotlivých vodoměrných stanic. Hydrologickým modelem se simuluje průtok podél celého toku, který je pak následně pomocí hydraulického modelu „rozléván" do okolí řeky v závislosti na průtoku. Hydraulických modelů je několik variant:
  - **1D modely** – V případě 1D modelu se pracuje s příčnými řezy koryta, což znamená, že zákon zachování je uplatněn pouze v jednom směru, a to ve směru toku řeky, zatímco výpočet rozlivu je prováděn ve směru kolmém na střed řeky. Známým reprezentantem této skupiny modelů je model HEC-RAS (US Army Corps of Engineers). Výsledkem je mapa rozlivů N-leté povodně a mapa maximálních hloubek zaplavení.
  - **2D modely** – Na rozdíl od 1D modelu, se zde modelování provádí v obou horizontálních směrech. V této kategorii najdeme mnoho komerčních produktů, mimo jiné i od firem JBA (JFlow) a nebo Ambiental (FlowRoute). Touto metodou lze v porovnání s 1D přístupem modelovat i rychlost prodění vody.
  - **3D modely** – Na rozdíl od předchozích modelů, se zde modelování provádí ve všech třech směrech. Tento model je velmi náročný na výpočet a používá se výjimečně.



Obrázek 8: Znázornění rozdílů mezi jednotlivými modely 1D - 2D - 3D

Pro všechny zmiňované metody je možné dále využít parametru drsnosti povrchu (tření brzdící tok vody – vypočtený z map využití území) a parametru nasákavosti (tzv. ztráta srážkové vody – vypočtený z půdních a geologických map).

Na závěr je důležité podotknout, že kvalita (kvalitou zde rozumíme to, jak dobře modelovaná mapa odpovídá skutečné povodni) výsledné mapy rizikových zón není určena pouze samotnou variantou použitého matematického modelu. Zásadní vliv na výsledek mají všechna použitá vstupní data, model terénu, historická informace o povodních, a také v neposlední řadě vhodnost zvoleného algoritmu/matematického modelu v návaznosti na tato dostupná vstupní data (platí zde anglické garbage in – garbage out – tj. pokud vstupní data nejsou dostatečně přesná, není možné očekávat přesný výsledek). Příkladem může být to, že pro modelování

rizikových zón v ČR v návaznosti na detailní model terénu NEXTMap Europe je lepších výsledků dosahováno za použití statistického modelu než za použití 2D hydraulického modelu.

Trendy modelování povodní ve světě

Technologický vývoj, výpočetní kapacita, dostupnost potřebných dat pro modelování - to vše významně zjednodušuje vytváření povodňových modelů na úrovni států, případně celých regionů. Jednou ze skupin uživatelů, kteří spatřují v tomto vývoji okamžitě výhody a přínosy jsou i pojišťovny, které působí v rámci několika států či regionů Evropy. V minulosti měly nejlepší celostátní modely nebezpečí povodně rozlišení přibližně 50 metrů; pojišťovnám jsou dnes přístupné modely s rozlišením 5-10 metrů. Výhody pro risk management a výpočty akumulace škod jsou zřejmé: pro jev jako je povodeň může toto zlepšené rozlišení indikovat rozdíl mezi úplným zničením majetku a mezi škodou zcela nepatrnou. Stejně tak ten rozdíl může znamenat úplnou změnu klasifikace na „mimo rizikovou zónu".

Modelování s vysokým rozlišením je nutné pro modelování rizika povodní způsobených přívalovými dešti, které je v poslední době požadováno. Nedávné události, jak ve Spojeném království (povodně v červnu–červenci 2007), tak v kontinentální Evropě (povodně 2009 ve střední Evropě), zdůraznily důležitost pluviálních škod v průběhu velkých srážkových epizod, které mohou znamenat až 50 procent celkových škod na pojištěném majetku. Státní Agentura životního prostředí Spojeného království odhaduje, že přibližně 3,8 milionu britských nemovitostí je v nebezpečí dešťové povodně, zatímco jen 2,8 milionu jich je vystaveno nebezpečí říční povodně. Tyto nemovitosti nemohou být identifikovány za použití tradičních modelovacích metod pro říční povodně. A pro modelování s vysokým rozlišením není možné využít starší málo podrobné (horizontální rozlišení >20 m) digitální modely terénu.

Podobné vývojové trendy v modelování nabízejí pojišťovnám a správě státu schopnost upisovat a řídit povodňové riziko na úrovni dosud nedostupné přesnosti a povedou ke zvýšení dostupnosti kvalitních povodňových modelů v celé Evropě a jinde ve světě. Škody způsobené povodněmi v následujících letech pravděpodobně porostou. Bude to způsobeno kombinací faktorů jako rostoucí hodnota nemovitostí, intenzivnější výstavba v nivách řek i důsledky klimatických změn, které se budou projevovat zejména zvýšenou turbulencí v atmosféře, a tedy častějšími pluviálními povodněmi. Nová řešení s vysokým rozlišením eliminují nedůvěru v modely s hrubým rozlišením, odhadujícími možné povodňové škody s malou přesností; snížení neurčitosti znamená, že pojišťovny budou schopny s důvěrou řídit rostoucí expozici.

Svoji roli zde také sehrává směrnice Evropské unie (European Union Floods Directive)[1], která ukládá všem členským zemím provést vymezení oblastí, ve kterých hrozí nebezpečí povodně, dále je detailně zmapovat a v posledním kroku připravit evakuační a krizové plány. Tyto tři části povodňové směrnice jsou rozvrženy do tří let, počínaje koncem roku 2011. Po třech letech následují aktualizační cykly starající se o to, aby informace pro všechny členské státy odpovídaly nové skutečnosti. Ve srovnání s tím, co například využívají pojišťovny v ČR k hodnocení pojistného nebezpečí povodně, budou data pro Evropskou směrnici krýt cca 1/3 území, které již pojišťovny mají k dispozici. Na druhé straně nutno podotknout, že data pro EU mohou v některých oblastech obsahovat detailnější informaci, která byla získána lokálním průzkumem za účasti správce daného povodí.

Možnosti využití „Pluvial Flood Hazard zones" pro český pojistný trh

Vzhledem ke zkušenosti pojišťoven z minulých povodní, kdy určitá část evidovaných škod byla umístěna mimo záplavové oblasti, je využití informací o povodních způsobených přívalovými dešti jednou z jasných odpovědí. V případě intenzivních srážek může docházet ke kombinaci dešťové povodně a říční, případně v některých oblastech jenom k dešťové povodni.

Mapy rizikových zón říční povodně tak, jak je známe a jak jsou používány pojišťovnami ze své podstaty, nedokáží dešťové povodně zmapovat. Právě intenzivní diskuze, kterou vedou členské pojišťovny ČAP s odborníky, ať už ze společnosti Intermap nebo z modelářských firem jako např. JBA, směřuje k rozšíření stávající mapy rizikových zón o mapu dešťové (pluviální) povodně spolu s detailní mapou hloubek. Mapa maximálních hloubek má zásadní přínos pro modelování očekávaných škod, protože historicky je známo, že hloubka zaplavení daného objektu úzce koreluje s celkovou škodou, kterou povodeň způsobí.

Využití všech tří komponent, mapy rizikových zón říční povodně, mapy hloubek a mapy rizikových zón dešťových povodní, umožní reálnější nastavení pojistných podmínek v případě pojištění majetku. Kromě přímého dopadu na schopnost pojišťovny lépe se připravit na možnou povodňovou kalamitu a schopnost vyplatit pojistné plnění zasaženým klientům, mají tyto informace přínos také v oblasti vývoje nových pojistných produktů. Tím se dostáváme k zákazníkovi, tedy majiteli pojištěné nemovitosti, který bude mít možnost volby pojistného produktu, jenž pokrývá jeho potřeby.

Osobně jsem velmi nakloněn tomuto komplexnímu přístupu hodnocení pojistného nebezpečí a věřím, že Česká republika bude tímto krokem udržovat svoji pozici na špici současného dění ve světě.

[1] Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2007/60/ES ze dne 23. října 2007 o vyhodnocování a zvládání povodňových rizik

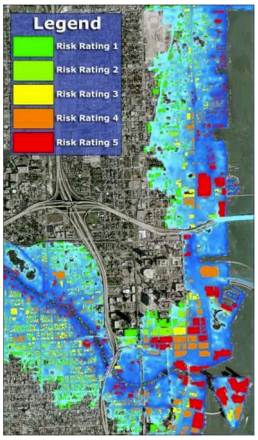
Resumé

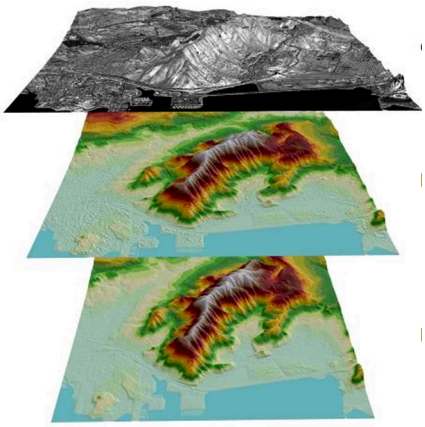
Floods – flood zones

The article summarizes the development of flood risk assessment solutions for the Czech Republic and reviews the most important, historically observed, flood events and their impact on the development of Flood hazard maps for the CR. The hazard maps are then used by insurers in the risk assessment and underwriting process for property insurance for private, commercial and industrial insurance products. In connection with the current trends, the article reveals basic technology details about flood model development, importance of each type of input data, impact of using accurate elevation datasets and, finally, also provides an insight into mathematical simulation techniques used in the flood modelling process. The final chapters review the benefits of using pluvial hazard maps in property insurance processes in the CR, as it is the most discussed topic in the flood modelling field both in the European insurance industry and world-wide.

Reference a odkazy

Intermap Technologies – www.intermap.com
Ambiental Technical Solutions – www.ambiental.co.uk
JBA Consulting – www.jbaconsulting.co.uk
European Environment Agency – www.eea.europa.eu





Kam umístit tyto fotky?

Oceňování rizikového XL zajištění

Mgr. Roman Drápal, Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.

Úvod

Nejvýznamnější metodou snižování pojistného rizika je zajištění, a to zejména zajištění neproporční. Při tomto typu zajištění zajistitel za speciálně stanovené zajistné přebírá po vzniku škody tu část pojistného plnění pojistitele, která přesáhne sjednaný vlastní vrub pojistitele. Dochází zde tedy k omezení výše plnění pojistitele shora, což vede k podstatné redukci fluktuací pojistného plnění na vlastní vrub pojistitele.

Je ustálenou praxí, že při každoroční obnově zajistného programu pojistitel předává zajistiteli statistická data, na jejichž základě zajistitel zajistné stanoví. Pojistitel pak obvykle zajistné akceptuje, při nejlepším si nechá předložit nabídku od několika zajistitelů a zvolí tu pro něj cenově nejvýhodnější a nepokouší se o samostatné ocenění neproporčního zajištění. Toto vlastní ocenění přitom při dostatku statistických dat není nijak zvlášť obtížné a je velmi užitečné jako významná součást vyjednávání o ceně neproporčního zajištění.

Existuje několik přístupů k oceňování neproporčního zajištění. Cílem následujícího příspěvku je přiblížit takzvaný zkušenostní přístup (v originále experience approach) založený na škodách pozorovaných v minulosti.

Jsou vyloženy nejdůležitější matematické postupy používané při ocenění rizikového XL zajistného programu. Tyto postupy jsou nakonec demonstrovány na případě ocenění konkrétního rizikového XL zajistného programu pojišťovny.

Rizikové XL zajištění

Zajištění škodního nadměrku jednotlivých událostí (zkráceně rizikové XL zajištění) pro vrstvu m převyšující prioritu l (zkráceně $m\ XS\ l$) kryje část každé škody převyšující prioritu (spoluúčast) pojistitele l, maximálně však kapacitu vrstvy m. Výši podílu zajistitele na škodě ve výši X_i lze pak zapsat jako

$$Y_i = \min\{(X_i - l)_+, m\}.$$

Celková výše plnění zaplacená zajistitelem z vrstvy $m\ XS\ l$ tak může být zapsána jako

$$S = \sum_{i=1}^{N} Y_i \ ,$$

kde N a Y jsou náhodné veličiny, o kterých se předpokládá, že jsou nezávislé. Není-li již nic dalšího požadováno, je ryzí zajistné obvykle stanoveno na principu ekvivalence jako

$$P = E(S) = E(N) \cdot E(Y) \, .$$

Naneštěstí je v praxi téměř vždy celá věc zkomplikována existencí agregovaného limitu na vrstvu M, který vyjadřuje, že bez ohledu na počet škod nesmí celkové pojistné plnění zajistitele překročit tento agregovaný limit. Pro celkové pojistné plnění zajistitele pak platí

$$S_M = \min\{S, M\} \, .$$

Agregovaný limit M je vyjadřován v násobcích kapacity vrstvy m jako $M = (K+1) \cdot m$. Pak hovoříme o rizikovém XL zajištění pro vrstvu m převyšující prioritu l s K saturacemi (v originále reinstatements). Pro celkové pojistné plnění zajistitele pak platí

$$S_K = \min\{S, (K+1) \cdot m\} \, .$$

Zajištění je saturováno, kdykoliv přesáhne kumulované plnění zajistitele celý násobek kapacity m. V praxi mohou být jednotlivé saturace zdarma, nebo placené (obvykle jsou placené). Zajistné za k –tou saturaci je vyjádřeno jako procento ze základního zajistného $c_k \cdot P$ a je placeno způsobem „pro ráta" (pokud není vyčerpána celá kapacita, je placena poměrná část). Pokud $c_k = 0$, je k –tá saturace zdarma; k –tá saturace za zajistné $c_k \cdot P$ je určena ke krytí plnění zajistitele ve výši

$$r_k = \min\{(S - m \cdot k)_+, m\} \, .$$

Řečeno touto terminologií, je nultá saturace placena základním zajistným P, které je určeno ke krytí plnění zajistitele ve výši

$$r_0 = \min\{S, m\}.$$

Vzhledem k tomu, že se saturace platí způsobem „pro ráta", je platba zajistného za k –tou saturaci náhodná veličina dána jako

$$\frac{r_{k-1}}{m} \cdot c_k \cdot P.$$

Pro celkové zaplacené zajistné pak platí

$$P_{tot} = P\left(1 + \frac{1}{m} \cdot \sum_{k=1}^{K} c_k \cdot r_{k-1}\right).$$

Celkovou škodu zaplacenou zajistitelem můžeme vyjádřit jako

$$S_K = \sum_{k=0}^{K} r_k .$$

K tomu, abychom vypočítali zajistné u rizikového XL zajištění se saturací, musíme umět určit distribuční funkci celkové výše plnění za vrstvu $m\ XS\ l$, tj. $F_S(x) = P(S \le x)$, a dále takzvanou stop loss transformaci náhodné veličiny S definovanou jako

$$\pi_S(x) = E(S - x)_+ = \int_x^{\infty} (1 - F_S(z))dz$$

Z principu ekvivalence vyplývá, že očekávaná hodnota pojistného musí být rovna očekávanému pojistnému plnění, musí tedy platit $E(P_{tot}) = E(S_K)$. Dosazením za P_{tot} dostáváme vztah

$$P\left(1 + \frac{1}{m} \cdot \sum_{k=1}^{K} c_k \cdot E(r_{k-1})\right) = E(S_K).$$

Pro jednoduchost a v souladu s praxí se obvykle předpokládá stejná cena saturací, tedy $c_k = c$ pro $k = 1...K$ a předcházející vztah tak můžeme zapsat jako

$$P\left(1 + \frac{c}{m} \cdot E\left(S_{K-1}\right)\right) = E\left(S_K\right).$$

Vzhledem k tomu, že $S_k = \min\{S, (k+1) \cdot m\} = S - (S - (k+1) \cdot m)_+$, použitím definice stop loss transformace náhodné veličiny S dostáváme vztah pro základní zajistné

$$P_{c,k} = \frac{E(S) - \pi_S((K+1) \cdot m)}{1 + c \cdot \dfrac{E(S) - \pi_S(K \cdot m)}{m}}.$$

Speciální případy jsou:

- nekonečně mnoho volných saturací ($c = 0$ a $K \to \infty$), tj.

$$P_{0,\infty} = E(S),$$

- nekonečně mnoho placených saturací ($K \to \infty$), tj.

$$P_{c,\infty} = \frac{E(S)}{1 + c \cdot \dfrac{E(S)}{m}},$$

- dohodnutý počet volných saturaci ($c = 0$), tj.

$$P_{0,k} = E(S) - \pi_S((K+1) \cdot m).$$

Pro výpočet brutto zajistného existuje mnoho způsobů, jeden z možných je:

$$P_{c,k}^{brutto} = \frac{\left(P_{c,k} + \alpha \cdot \sqrt{VAR\left(P_{c,k}\right)}\right) + \beta}{1 - \gamma},$$

kde α je přirážka za riziko, β je přirážka za správní náklady, management a jiné výdaje a γ je zajistná provize (placená zajistnému makléři). V praxi se volí (údaje od zajišťovny New RE, Switzerland) přibližně $\alpha = 0.1, \beta = 0.05, \gamma = 0.1$. Pro účely hrubého ocenění zajistného programu lze také brutto zajistné spočítat metodou cílového škodního průběhu jako

$$P_{c,k}^{brutto} = \frac{P_{c,k}}{\delta},$$

kde δ je cílový škodní průběh. V zajištění se běžně pracuje s podstatně vyššími cílovými škodními průběhy než v pojištění. V případě rizikového XL zajištění je cílový škodní průběh (údaje od zajišťovny Helvetia, Switzerland) kolem 75 %.

Ocenění rizikového XL zajištění

Obecně lze proces ocenění rizikového XL zajištění na základě zkušenostního přístupu rozdělit do několika fází
a) určení vhodného rozdělení výše škody (náhodné veličiny X),
b) určení vhodného rozdělení počtu škod (náhodné veličiny N),
c) výpočet distribuční funkce úhrnu škod ($F_S(x)$) a stop loss transformace ($\pi_S(x)$),
d) výpočet ryzího a hrubého zajistného.

Používáme značení
- k: počet let pozorování (obvykle $k = 5–15$ let)
- n_i: počet škod vzniklých v roce i $(1 \le i \le k)$
- $X_{i,1},...,X_{i,n_i}$: výše jednotlivých škod vzniklých v roce i

Určení vhodného rozdělení výše škody

Vzhledem k tomu, že máme k dispozici pozorování za poměrně dlouhé časové období ($k = 5–15$ let), měli bychom při určování rozdělení z pozorování jednotlivých výší škod brát do úvahy časový faktor, a to zejména
- Změny portfolia
- Ekonomické změny
- Legislativní změny
- Změny v pojistných podmínkách

To je poměrně obtížné, takže je v praxi problém zúžen na určení velikosti škodní inflace za jednotlivé roky. Existuje více metod, jak škodní inflaci z dat o škodách odhadnout.

Jednoduchá je na základě výše průměrné škody v jednotlivých letech (k vyloučení náhodných vlivů velkých škod na průměr je dobré každý rok vyloučit z analýzy určitý počet těch největších).

Jestliže q_i je inflační faktor pro škodu vzniklou v roce i , provedeme pro všechny škody v roce i transformaci $X_{i,j} \rightarrow q_i \cdot X_{i,j}$.

Rizikové XL zajištění poskytuje ochranu vlastního vrubu pojišťovny před jednotlivými vysokými škodami. Proto se sjednává pro obchodní úseky, kde takovéto škody reálně hrozí (majetek, klasická odpovědnost, odpovědnost z provozu motorového vozidla apod.). Klasická rozdělení používaná k popisu velikosti škod (lognormální, Weibullovo, exponenciální, gamma a podobně) selhávají při popisech vysokých škod.

Proto se uplatňují zejména takzvaná rozdělení nad prahovou hodnotou, mezi nejpoužívanější rozdělení patří Paretovo, Benktanderovo a zobecněné Paretovo rozdělení. Parametry těchto rozdělení jsou odhadovány jenom ze škod přesahujících svou velikostí určitou prahovou hodnotu, což zlepšuje popis vysokých škod.

Paretovo rozdělení *X* ~ *P*(*α*)

Distribuční funkce je dána jako

$$F_X(x) = \begin{cases} 1 - \left(\dfrac{x}{u}\right)^{-\alpha} & x \geq u \\ 0 & jinak \end{cases}.$$

Oba parametry u a α musejí být kladné. Jde o velmi známé a často používané rozdělení. Následující rozdělení jsou méně známá, vzhledem k tomu, že se jedná o rozdělení, která mají více parametrů, jsou v určitých případech k popisu vysokých škod lepší než rozdělení Paretovo.

Benktanderovo rozdělení *X* ~ *B*(*a*,*b*)

Cílem je zobecnit Paretovo rozdělení tak, aby jeho asymptotické chování (chování konců rozdělení) umožňovalo vhodnou volbou parametru modelovat všechny konce rozdělení mezi exponenciálním rozdělením (extrémně lehký konec) a Paretovým rozdělením (extrémně těžký konec). Distribuční funkce je dána jako

$$F_X(x) = \begin{cases} 1 - \left(\dfrac{x}{u}\right)^{b-1} e^{-(a/b)\left(x^b - u^b\right)} & x \geq u \\ 0 & jinak \end{cases}.$$

Parametry u a a jsou kladné a $0 < b \leq 1$. V případě, že $b \to 0$ přechází Benktanderovo rozdělení v Paretovo rozdělení s parametrem $\alpha = a + 1$. V případě, že $b \to 1$, přechází Benktanderovo rozdělení v posunuté ($x \geq u$) exponenciální rozdělení s parametrem $\lambda = a$.

Zobecněné Paretovo rozdělení *X ~ GP(γ,σ)*

Objevilo se v souvislosti s výsledky takzvané teorie extrémních hodnot. Základem této teorie je Fischerova-Tippetova věta (limitní zákon pro normovaná maxima) – Nechť $X_1, X_2, \ldots$ je posloupnost náhodných čísel s distribuční funkcí F a $M_n = \max\{X_1, \ldots, X_n\}$. Pak pokud existují posloupnosti reálných čísel $c_n \geq 0$ a $d_n \in R$ takové, že posloupnost normalizovaných maxim konverguje v distribuci k nedegenerované limitě

$$\lim_{n\to\infty} P\left(\frac{M_n - d_n}{c_n} \leq x\right) = \lim_{n\to\infty} F^n\left(c_n \cdot x + d_n\right) = G(x),$$

je touto limitou distribuční funkce zobecněného rozdělení extrémních hodnot

$$G_\gamma(x) = \begin{cases} \exp\left(-\left(1 + \gamma\dfrac{x-\mu}{\sigma}\right)^{-\frac{1}{\gamma}}\right) & \gamma \neq 0 \\ \exp\left(-e^{\frac{x-\mu}{\sigma}}\right) & \gamma = 0 \end{cases}.$$

Říkáme, že F náleží do sféry vlivu přitažlivosti (maximum domain of attraction) G_γ, značíme $F \in MDA(G_\gamma)$.

Konce téměř všech rozdělení se tak dají popsat pomocí této distribuční funkce zobecněného rozdělení extrémních hodnot $G_\gamma(x)$. V závislosti na parametru γ funkce $G_\gamma(x)$ řadíme rozdělení náhodné veličiny do

- Frechetovy sféry vlivu přitažlivosti pro $\gamma \geq 0$ (například Cauchyovo, Studentovo, Paretovo rozdělení)
- Gumbelovy sféry vlivu přitažlivosti pro $\gamma = 0$ (například normální, lognormální, Weilbullovo, exponenciální rozdělení)
- Weibullovy sféry vlivu přitažlivosti pro $\gamma < 0$

Distribuční funkce zobecněného Paretova rozdělení je dána jako

$$W_{\gamma,\sigma}(x) = \begin{cases} 1-\left(1+\gamma\dfrac{x}{\sigma}\right)^{-\frac{1}{\gamma}} & \gamma \neq 0 \\ 1-e^{-\frac{x}{\sigma}} & \gamma = 0 \end{cases},$$

kde $\sigma > 0$ a kde $x \geq 0$ pro $\gamma \geq 0$ a $0 \leq x \leq -\sigma/\gamma$ pro $\gamma < 0$.

Vhodnost jeho užití k modelování vysokých škod vyplývá z věty Pickands-Balkema-deHaan, dle které pro každou distribuční funkci F a její rozdělení nad prahovou hodnotou $F^u(x) = P(X-u \leq x | X \geq u)$ existují $\gamma \in R$ a $\sigma(x_0)$ měřitelná funkce taková, že limsup

$$\lim_{u\to\infty} \sup_{x\geq 0} \left| F^u(x) - W_{\gamma,\sigma(u)}(x) \right| = 0$$

tehdy a jen tehdy, když $F \in MDA(G_\gamma)$.

Na tomto výsledku je založena aproximace $F^u(x) \approx W_{\gamma,\sigma(u)}(x)$ pro velká u. Pro $\sigma \to 1$ přechází zobecněné Paretovo rozdělení v Paretovo rozdělení, pro $\gamma \to 0$ v exponenciální rozdělení.

Přistupme nyní k problematice vlastního odhadu. Máme pozorování výše škod $X_{11},\ldots,X_{k,n_k}$ za k let, chceme nalézt distribuční funkci rozdělení velkých škod. Pokud uvažujeme Paretovo, Benktanderovo nebo zobecněné Paretovo rozdělení, musíme nejprve nalézt vhodnou prahovou hodnotu u.

Prahová hodnota musí být nižší nebo rovna prioritě oceňovaného rizikového XL zajištění ($u \leq l$), obvykle je značně nižší, neboť už z významu rizikového XL zajištění prioritu l obvykle v praxi ve sledovaném období přesahuje jen několik málo škod, zatímco ke spolehlivému odhadu parametrů rozdělení potřebujeme minimálně desítky pozorování. Nejjednodušším postupem odhadu prahové hodnoty je níže uvedený postup:

1. Zvolit náhodně nějakou prahovou hodnotu u (obvykle $u = 1/10\,l - 1/2\,l$), z množiny $X_{11},\ldots,X_{k,n_k}$ vybrat podmnožinu $\overline{X}_1,\ldots,\overline{X}_{n_u}$ takovou, že $\overline{X}_i \geq u$ pro všechna i.

2. Na základě n_u $\overline{X}_1,\ldots,\overline{X}_{n_u}$ odhadnout neznámé parametry rozdělení. Nejvhodnější metoda je pravděpodobně metoda maximální věrohodnosti. Hledáme tedy odhad parametru $\hat{\theta}$ maximalizující

$$L^*\left(\theta,\overline{X}_1,\ldots,\overline{X}_{n_u}\right)=\sum_{i=1}^{n_u}\log\left(f_\theta\left(\overline{X}_i\right)\right),$$

kde f_θ je hustota zkoumaného rozdělení. Pro Paretovo rozdělení existuje analytické řešení, u Benktanderova a zobecněného Paretova rozdělení řešíme numericky.

3. Změnit prahovou hodnotu u a opakovat předchozí kroky. Na základě výsledků testu vybrat nejvhodnější rozdělení a prahovou hodnotu u.

Uvedený postup lze objektivizovat využitím takzvané funkce průměru přesahů nad prahovou hodnotou u, kterou definujeme jako $e(u)=E\left(X-u\middle|x\geq u\right)$ (funkce průměru přesahů pro jednotlivá rozdělení uvádí následující tabulka). Pozorování výše škod $X_{11},\ldots,X_{k,n_k}$ uspořádáme podle velikosti $X_{(1)},X_{(2)},\ldots,X_{(n)}$, kde ($n=\sum_{i=1}^{k}n_i$) vypočteme empirický odhad funkce $e(u)$ jako

$$e_n(u)=\frac{\sum_{i=1}^{n}\left(X_{(i)}-u\right)\cdot I\left(X_{(i)}\geq u\right)}{\sum_{i=1}^{n}I\left(X_{(i)}\geq u\right)}.$$

Pro lepší přehled zkonstruujeme graf průměru přesahů $\left\{X_{(i)},e_n\left(X_{(i)}\right)\right\}$. Pro jednotlivá rozdělení by měl mít graf průměru přesahů nad prahovou hodnotou charakteristický tvar (viz následující tabulka).

Rozdělení	$e(u)$	$\left\{X_{(i)},e_n\left(X_{(i)}\right)\right\}$
Paretovo $P(\alpha)$	$e(u)=\frac{\alpha+1}{\alpha-1}\cdot u$	Lineární funkce procházející počátkem
Benktanderovo $B(a,b)$	$e(u)=\frac{u^{1-b}}{a}$	Mocninná funkce
zobecněné Paretovo $GP(\gamma,\sigma)$	$e(u)=\frac{\sigma}{1-\gamma}+\frac{\gamma}{1-\gamma}\cdot u$	Lineární funkce

Proložením grafu průměru přesahu křivkou charakteristickou pro dané rozdělení lze pomocí koeficientu determinace předběžně usuzovat na vhodnost jednotlivých rozdělení a z parametrů křivky přibližně odhadovat parametry rozdělení.

Pokud již známe distribuční funkci rozdělení výše škody $F_X(x)$, spočteme distribuční funkci podílu zajistitele na škodě $Y = \min\{(X-l)_+, m\}$ jako

$$F_Y(y) = \begin{cases} 0 & y < 0 \\ \dfrac{F_X(y+l) - F_X(l)}{1 - F_X(l)} & 0 \le y \le m \\ 1 & y > m \end{cases}.$$

Určení vhodného rozdělení počtu škod

Je-li $u \ge 0$ a $\{X_i\}$ je náhodný výběr rozsahu N z rozdělení náhodné veličiny X a $\{Y_i\}$ je náhodný výběr rozsahu N_u z podmíněného rozdělení náhodné veličiny $(X|X \ge u)$.

Nechť $\{X_i\}$ nezávisí na N a $\{Y_i\}$ nezávisí na $N_u = \sum_{i=1}^{n} I(X_i \ge u)$. Pak pro součet přesahu nad prahovou hodnotou u platí

$$\sum_{i=1}^{N} (X_i - u)_+ \approx \sum_{i=1}^{N_u} (Y_i - u)_+ .$$

Rozdělení výše škody jsme určovali ze škod nad prahovou hodnotou u. Nyní tedy s využitím předchozího vztahu budeme zkoumat rozdělení N_u. Máme údaje o škodách za posledních k let, vypočteme tedy

$n_i^u = \sum_{j=1}^{n_i} I(X_{i,j} \ge u)$, počet škod vzniklých v roce i $(1 \le i \le k)$ přesahujících práh u.

Předtím než provedeme vlastní určení vhodného rozdělení, musíme uvážit a ošetřit

- Změnu ve velikosti portfolia v průběhu k let. Nechť V_i je objem úseku obchodu, jehož rizikové XL zajištění chceme ocenit v roce i a V_T je očekávaný objem úseku obchodu, jehož rizikové XL zajištění chceme ocenit v roce, pro nějž ocenění děláme. Vhodným objemem může být
  - celková suma pojistných částek
  - celková suma předepsaného pojistného
  - počet rizik (domů, automobilů, adres pojištění)

Pro všechny počty škod v jednotlivých letech pak provedeme transformaci

$$n_i^u \to \frac{V_T}{V_i} \cdot n_i^u \,.$$

- Možné zpoždění mezi datem vzniku a datem nahlášení škody. Některé škody vzniklé v posledních letech ještě nemusí být nahlášeny – IBNR, odhad škodní frekvence tak může být podhodnocen. Z tohoto pohledu se obchodní úseky dělí na
  - „Short tail" (například majetek, kasko, cestovní, úraz) – krátké zpoždění mezi datem vzniku a datem nahlášení škody, odhady počtů škod vzniklých v jednotlivých letech n_i^u je možno ihned použít
  - „Long tail" (například obecná odpovědnost, odpovědnost z provozu motorového vozidla) – dlouhé zpoždění mezi datem vzniku a datem nahlášení škody, odhady počtů škod vzniklých v jednotlivých letech n_i^u nutno upravit o odhad počtu vzniklých, ale ještě nenahlášených škod. Nejčastěji jsou k tomuto odhadu používány trojúhelníkové metody – prvky trojúhelníku jsou kumulativní počty škod.

Nejpoužívanější rozdělení při modelování počtu škod jsou binomické, Poissonovo a negativní binomické rozdělení. Pro připomenutí jsou uvedeny základní vztahy.

Binomické rozdělení $N \sim Bi(m, p)$

$$P(N = k) = \binom{m}{k} \cdot p^k (1-p)^{m-k}, \quad E(N) = m \cdot p, \quad \mathrm{var}(N) = m \cdot p \cdot (1-p).$$

Poissonovo rozdělení $N \sim Po(\lambda)$

$$P(N = k) = \frac{e^{-\lambda} \lambda^k}{k!}, \quad E(N) = \mathrm{var}(N) = \lambda \,.$$

Negativní binomické rozdělení $N \sim NB(a, p)$

$$P(N = k) = \binom{a+k-1}{k} \cdot p^a (1-p)^k, \quad E(N) = \frac{a \cdot (1-p)}{p}, \quad \mathrm{var}(N) = \frac{a \cdot (1-p)}{p^2}.$$

Vzhledem k malému počtu pozorování $(k = 5-15)$ let testy obvykle nezamítají hypotézu o žádném rozdělení jakožto rozdělení, kterým se řídí počet škod. Jednoduchým a použitelným testem je takzvaný Panjerův faktor

$$Q = \frac{\mathrm{var}(N)}{E(N)},$$

přičemž
- Q =1 pro Poissonovo rozdělení
- Q <1 pro binomické rozdělení
- Q ≥1 pro negativní binomické rozdělení.

Jestliže známe rozdělení N_u, tedy počtu škod přesahujících u, musíme získat rozdělení počtu škod přesahujících prioritu rizikového XL zajištění l, tedy N_l. Jestliže $\pi = P(X \geq l)$, získáme nové rozdělení reparametrizací původního.

Rozdělení N_u	Rozdělení N_l
$Po(\lambda)$	$Po(\lambda\pi)$
$Bi(m, p)$	$Bi(m, p\pi)$
$NBi(a, p)$	$NBi\left(a, \frac{p}{p + \pi(1-p)}\right)$

Výpočet distribuční funkce úhrnu škod a stop loss transformace

K dalšímu výpočtu potřebujeme znát distribuční funkci úhrnu škod placených zajistitelem

$$S = \sum_{i=1}^{N} Y_i \ .$$

Rozdělení Y a N bylo popsáno v předcházející části textu. Analytické vyjádření distribuční funkce složeného rozdělení je možné jen v ojedinělých případech. V praxi se používá řada aproximací. Nejpoužívanější je Monte Carlo simulace, rychlá Fourierova transformace (FFT) nebo Panjerova formule.

Panjerova formule

Distribuční funkci náhodné veličiny S můžeme pomocí konvoluce distribuční funkce náhodné veličiny Y a pravděpodobnostní funkce náhodné veličiny N vyjádřit jako

$$F_S(y) = \sum_{j=0}^{\infty} F_Y^{*j}(y) \cdot P(N = j)$$

kde $F_Y^{*j}(y) = \int_0^{\infty} F_Y^{*(j-1)}(y-x)\,dF_Y$. Obvykle však nelze tuto konvoluci vyjádřit analyticky, proto se používá numerická aproximace.

Máme danou pravděpodobnostní funkci škodní frekvence $P(N = k) = \{q_k\}_{k=0}^{\infty}$ a diskretizovanou pravděpodobnostní funkci podílu zajistitele na škodě

$f_Y(h \cdot j) = P(Y = h \cdot j) = \{p_j\}_{j=0}^{n}$, kde $h \geq 0$ je konstantní. Diskretizaci lze provést mnoha způsoby, nejpoužívanější je zřejmě

$$p_j = f_Y(h \cdot j) = F_Y\left(j \cdot h + \frac{h}{2}\right) - F_Y\left(j \cdot h - \frac{h}{2}\right)$$

Pak lze pravděpodobnostní funkci náhodné veličiny S zapsat jako

$$g_j = P(S = h \cdot j) = \sum_{k=0}^{\infty} q_k \cdot p_j^{*k} \ ,$$

kde

$$p_j^{*k} = \begin{cases} 1 & k = 0,\ j = 0 \\ 0 & k = 0,\ j > 0 \\ \sum_{i=0}^{j} p_{j-i}^{*(k-1)} \cdot p_i & k > 0 \end{cases} .$$

Dle tohoto vztahu lze pravděpodobnostní funkci složeného rozdělení S spočítat, nicméně to je numericky velmi náročně (časová složitost je $O(n^3)$). U některých rozdělení lze pravděpodobnostní funkci počítat rekurzivně jako

$$q_k = \left(a + \frac{b}{k}\right) \cdot q_{k-1}, \; k \geq 1.$$

Vztah pak lze zapsat jako

$$g_j = P(S = h \cdot j) = \frac{1}{1 - a \cdot p_0} \sum_{i=1}^{j} \left(a + \frac{b \cdot i}{j}\right) \cdot p_i \cdot g_{j-i}, \; j \geq 1.$$

Tento vztah je všeobecně znám jako Panjerova formule a umožňuje spočítat pravděpodobnostní funkci složeného rozdělení S s časovou složitostí $O(n^2)$. Rekurentně lze vyjádřit pravděpodobnostní funkci rozdělení patřící do takzvané Panjerovy třídy, což je binomické, Poissonovo a negativní binomické rozdělení.

Rozdělení	g_0	a	b
$N \sim Bi(m, p)$	$g_0 = \left(\frac{a-1}{a \cdot p_0 - 1}\right)^{\frac{a+b}{a}}$	$a = -\frac{p}{1-p}$	$b = \frac{(m+1) \cdot p}{1-p}$
$N \sim Po(\lambda)$	$g_0 = e^{\lambda(p_0 - 1)}$	$a = 0$	$b = \lambda$
$N \sim NBi(s, p)$	$g_0 = \left(\frac{p}{1 - p_0 + p \cdot p_0}\right)^s$	$a = 1 - p$	$b = (s-1) \cdot (1-p)$

Rychlá Fourierova transformace (FFT)

Základem metody je vztah mezi charakteristickými funkcemi náhodných veličin

$$\phi_S(t) = E\left(e^{itS}\right) = \phi_N\left(\log\left(\phi_y(t)\right)\right).$$

Vztah jde teoreticky vypočíst pomocí Laplaceovy transformace, jestliže pak vypočteme inverzní Laplaceovu transformaci k $\phi_S(t)$, můžeme získat distribuční funkci S. V praxi se spojitá distribuční funkce veličiny Y nahrazuje diskrétní a spojitá Laplaceova transformace diskrétní Fourierovou transformací. Podobně jako v předchozím případě máme $f_Y(h \cdot j) = P(Y = h \cdot j) = \{p_j\}_{j=0}^{n-1}$.

Definujeme diskrétní Fourierovu transformaci posloupnosti jako

$$\hat{p}_j = \sum_{k=0}^{n-1} p_k \cdot e^{\frac{i2\pi jk}{n}}, \; j = 0,1,\ldots,n-1 .$$

Spočteme

$$\hat{g}_j = \phi_N\left(\log(\hat{p}_j)\right), \; j = 0,1,\ldots,n-1 \; .$$

Hodnoty pravděpodobnostní funkce složeného rozdělení S pak vypočteme pomocí inverzní diskrétní Fourierovy transformace

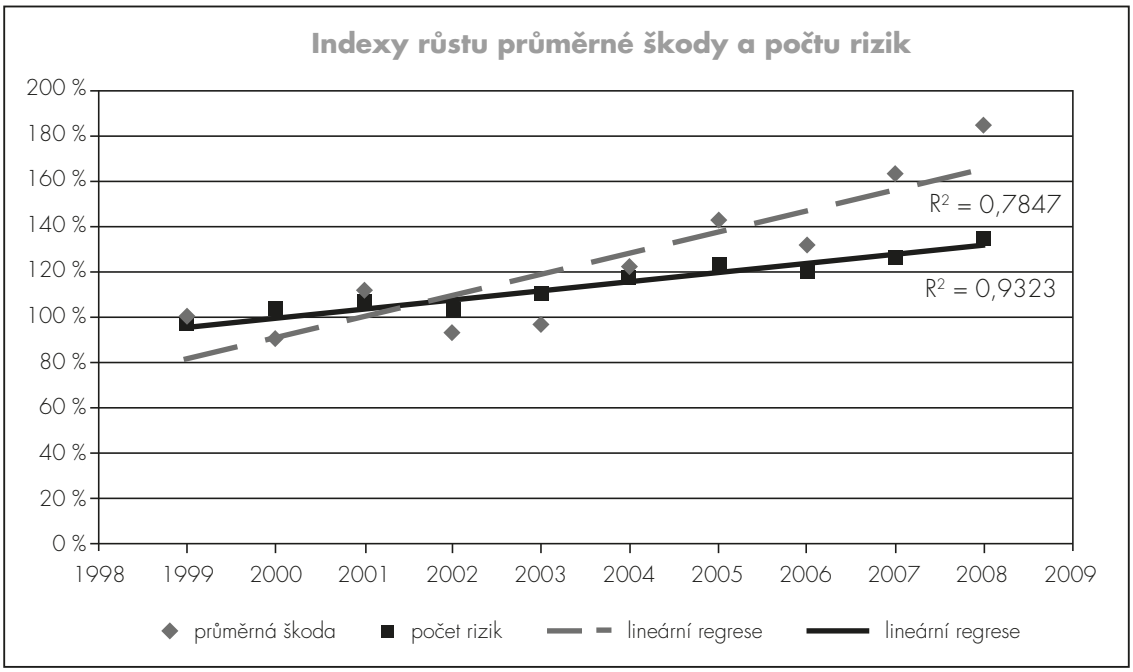
$$g_j = P(S = h \cdot j) = \frac{1}{n}\sum_{k=1}^{n-1} \hat{g}_k \cdot e^{-\frac{i2\pi jk}{n}}, \; j = 0,1,\ldots,n-1 .$$

FFT je obecnější metodou než Panjerova formule (je použitelná pro jakékoliv rozdělení škodní frekvence, podstatná je znalost charakteristické funkce) s časovou složitostí $O(n \cdot \log n)$. Charakteristické funkce popisovaných rozdělení jsou uvedeny.

Rozdělení	ϕ_N
$N \sim Bi(m,p)$	$\left(1 - p + pe^{it}\right)^m$
$N \sim Po(\lambda)$	$e^{\lambda\left(e^{it}-1\right)}$
$N \sim NBi(s,p)$	$\dfrac{p^s}{\left(1-(1-p)e^{it}\right)^r}$

Ocenění rizikového XL zajištění pojišťovny

Máme rizikové XL zajištění majetku. Priorita l je uvažována 5 000 000, kapacita m je 30 000 000. Celkem je v zajistné smlouvě dohodnuto 5 saturací plně hrazených za 100 % zajistného. K dispozici jsou údaje o škodách za posledních 10 let (1999-2008). Ocenění provádíme pro rok 2009. Celkem jsou za toto období k dispozici údaje o 21 055 škodách. Na základě údajů o průměrné škodě stanovíme škodní inflaci. Za vhodný objem rizika považujeme počet rizik v kmeni v jednotlivých letech.

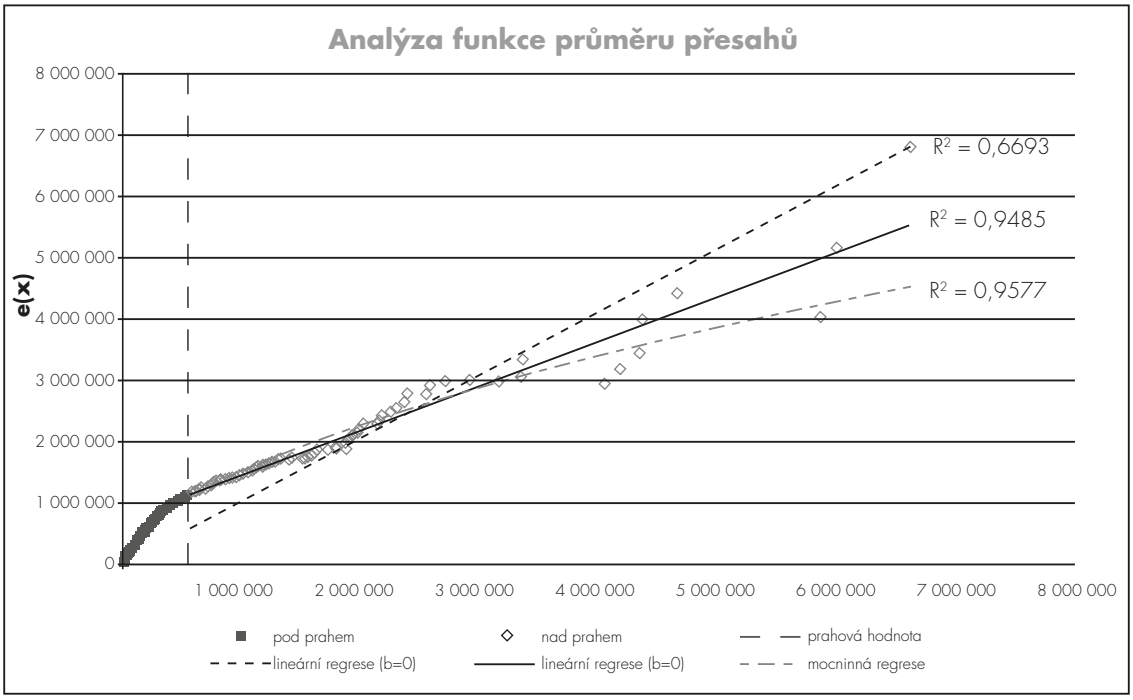


Výše škod upravíme na základě roku vzniku o vliv škodní inflace (viz následující tabulka).

Rok vzniku škody	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Úprava výše škody	210 %	189 %	172 %	158 %	146 %	136 %	127 %	119 %	112 %	106 %	100 %
Úprava frekvence	140 %	135 %	130 %	125 %	121 %	117 %	113 %	109 %	106 %	103 %	100 %

Jako vhodná rozdělení pro modelování škodní frekvence posuzujeme Paretovo, Benktanderovo a zobecněné Paretovo rozdělení. Vhodnou prahovou hodnotu určíme na základě grafu průměru přesahů. Z grafu odhadnutá vhodná prahová hodnota je 550 000.

Z regresní analýzy vyplývá zřejmá vhodnost zobecněného Paretova a Benktanderova rozdělení (vysoké hodnoty koeficientu determinace regresních křivek).



Na základě zvoleného prahu vybereme škody přesahující práh (těch je celkem 118). Metodou maximální věrohodnosti odhadneme parametry zkoumaných rozdělení. Pro výši škody $X \geq 550\,000$ tak dostáváme tyto možnosti:

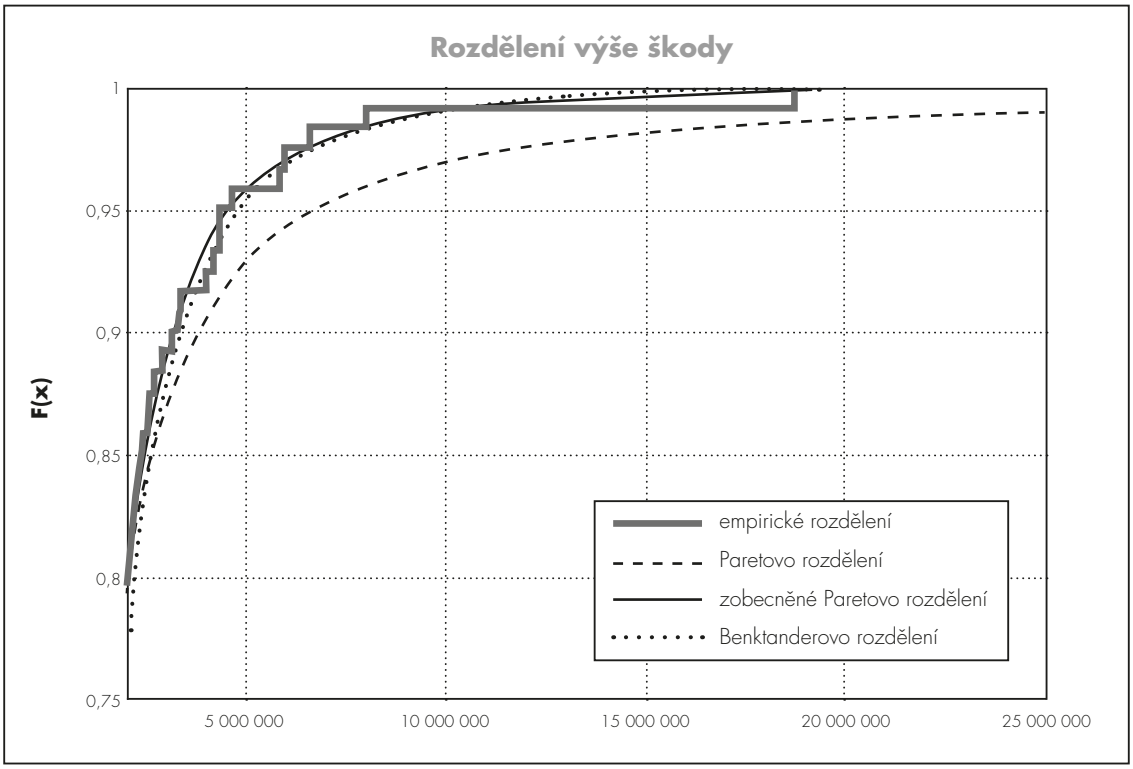
- Paretovo rozdělení $X \sim P(1.21)$
- Benktanderovo rozdělení $X \sim B(0.000267, 0.567)$
- Zobecněné Paretovo rozdělení $X \sim GP(693494, 0.407)$

Graficky zobrazuje porovnání těchto rozdělení s empirickou distribuční funkcí výše škody následující graf. Je z něj patrné, že vhodná budou pravděpodobně zobecněné Paretovo nebo Benktanderovo rozdělení, zatímco Paretovo rozdělení pravděpodobně přeceňuje význam velkých škod.

Toto lze určit sofistikovaněji pomocí testování rozdělení. K testování použijeme například Kolmogorovův-Smirnovův test.

Rozdělení	KS test	Kritická hodnota
Pareto	0,10	0,12
Zobecněné Pareto	0,03	0,12
Benktander	0,05	0,12

Je vidět, že u všech rozdělení je hodnota testovací statistiky pod kritickou hodnotou při riziku 5 %, na této úrovni rizika tedy nemůžeme zamítnout hypotézu o žádném rozdělení jakožto rozdělení, kterým se řídí výše velkých škod, nicméně podle hodnoty testovací statistiky je pro modelování výše škod nejlepší zobecněné Paretovo rozdělení.



Celkem bylo za 10 let pozorování 118 událostí přesahujících prahovou hodnotu, počty v jednotlivých letech uvedeny v následující tabulce, je potřeba počty událostí upravit v souladu s nárůstem kmene.

Rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Celkem
Počet událostí	15	7	17	7	5	10	14	17	12	14	118
Po úpravě (velikost kmene)	21	9	22	9	6	12	16	19	13	14	141

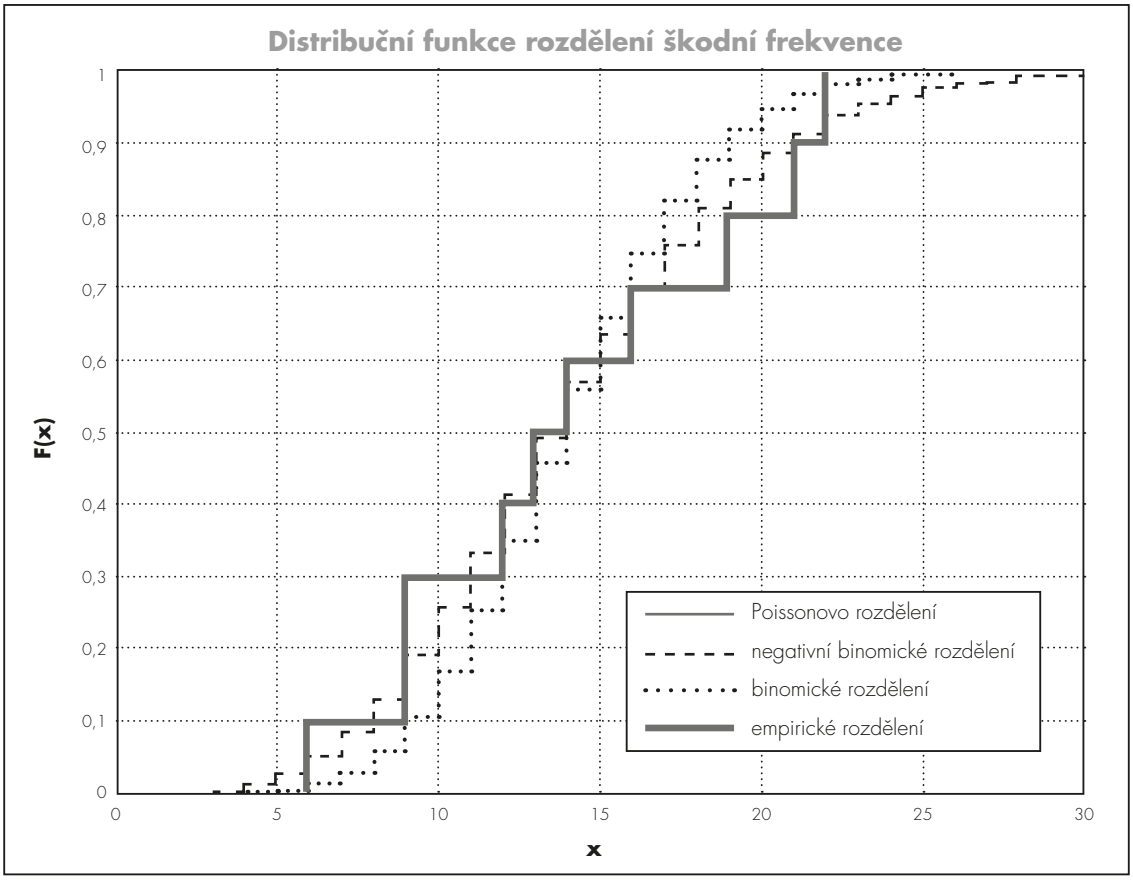
Dále je potřeba ověřit, jestli konečné počty nemohou být významně ovlivněny vzniklými, ale ještě nenahlášenými škodami. Z vývojového trojúhelníku počtu škod jednoznačně vyplývá, že pojištění majetku je jednoznačně „short tail" a ještě nenahlášené škody tak nemusejí být brány při výpočtu v úvahu.

Rok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1999	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
2000	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	**0,00**
2001	16	16	17	17	17	17	17	17	17	17	**0,00**
2002	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	**0,00**
2003	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**0,00**
2004	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	**0,00**
2005	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	**0,00**
2006	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	**0,00**
2007	11	12	12,13	12,13	12,13	12,13	12,13	12,13	12,13	12,13	**0,13**
2008	14	14,42	14,58	14,58	14,58	14,58	14,58	14,58	14,58	14,58	**0,58**
faktory	**103 %**	**101 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**0,71**

Jako možná rozdělení škodní frekvence bereme do úvahy binomické, Poissonovo a negativní binomické rozdělení. Po odhadu parametrů dostáváme následující možnosti

- Binomické rozdělení $N \sim Bi(21055, 0.00067)$
- Poissonovo rozdělení $N \sim Po(14.1)$
- Negativní binomické rozdělení $N \sim NB(15.41, 0.522)$

Graficky znázorňuje porovnání empirické distribuční funkce počtu škod $(X \geq 550\ 000)$ s jednotlivými rozděleními následující graf. Opticky nejlépe vychází negativně binomické rozdělení, binomické rozdělení přechází v Poissonovo.



Vhodnost negativně binomického rozdělení je zřejmá i z provedených testů. Kolmogorovův-Smirnovův test nezamítá žádnou hypotézu (na hladině rizika 5 %), což není překvapivé vzhledem k počtu pozorování (pouze 10 pozorování).

Rozdělení	KS test	Kritická hodnota
Binomické	0,22	0,41
Negativní binomické	0,16	0,41
Poissonovo	0,22	0,41

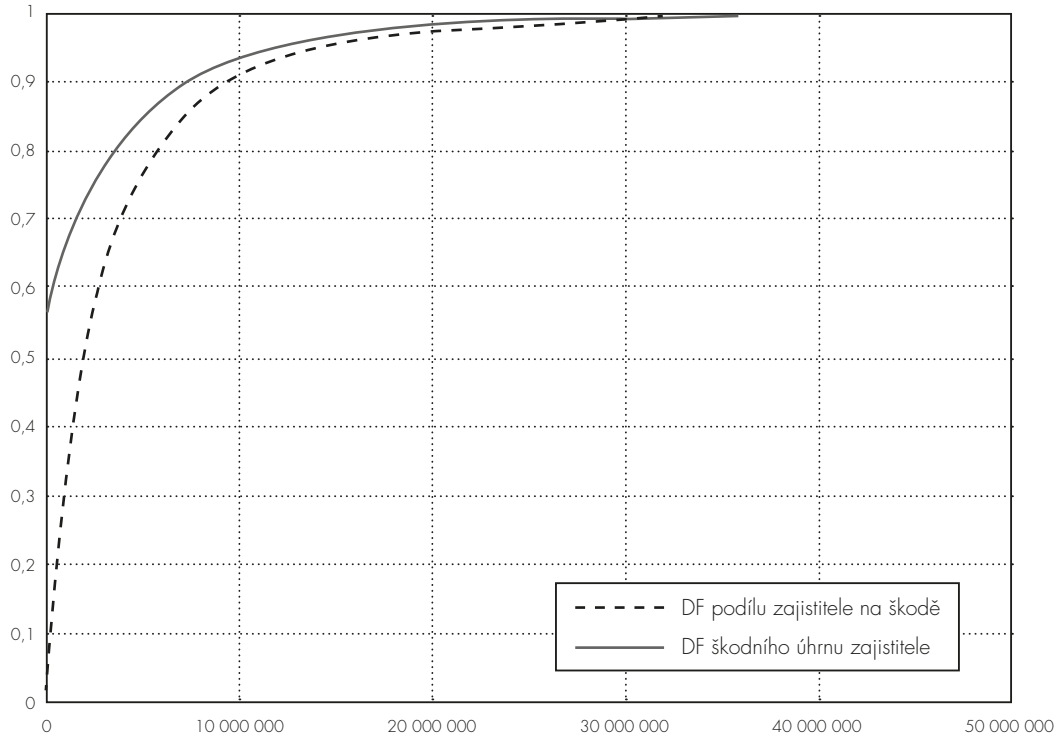
Nejlépe ale vychází negativně binomické rozdělení, což potvrzuje i Panjerův faktor, který je 2.04. Pro modelování škodní frekvence je tedy dále používáno negativní binomické rozdělení.

Známe rozdělení výše škody a škodní frekvence pro $X \geq 550\,000$. Určíme rozdělení podílu zajistitele na škodě $Y = \min\{(X - 5\,000\,000)_+, 30\,000\,000\}$ (viz následující graf) a rozdělení škodní frekvence pro $X \geq 5\,000\,000$ reparametrizací původního rozdělení škodní frekvence

$$N \sim \mathrm{NB}\left(15.41, \frac{0.522}{0.522 + \mathrm{P}(\mathrm{X} \geq 5\,000\,000) \cdot (1 - 0.522)}\right) \sim NB(14.41, 0.9625).$$

Pomocí FFT transformace je vypočtena distribuční funkce škodního úhrnu zajistitele $F_S(x)$.

Distribuční funkce podílu zajistitele na škodě a škodního úhrnu zajistitele



Tato získaná distribuční funkce je diskrétní. Potom stop-loss transformaci náhodné veličiny S spočteme jako

$$\pi_S(x) = E(S-x)_+ \approx \sum_{y \geq x}^{\infty} y \cdot P_s(y).$$

Dále vypočteme ryzí zajistné

$$P = \frac{E(S) - \pi_s(180\,000\,000)}{1 + \frac{c}{m} \cdot (E(S) - \pi_s(180\,000\,000))} = \frac{2\,350\,000 - 0}{1 + 100\% \cdot \frac{2\,350\,000 - 0}{30\,000\,000}} = 2\,179\,000$$

Hrubé zajistné bylo vypočtené jednak metodou škodního průběhu

$$P^B = \frac{2\,179\,000}{0.75} = 2\,905\,000\,,$$

jednak pomocí principu směrodatné odchylky

$$P^B = \frac{2\,179\,000 + 568\,000 + 109\,000}{0.9} = 3\,173\,000\,.$$

Vypočtená cena zajistného rizikového XL zajištění majetku je tedy kolem 3 000 000.

Takto vypočtená cena byla srovnána s kvotací zajistného programu od několika zajišťoven.

Zajišťovna	Cena
Flagstone RE	3 750 000
Hannover RE	4 729 140
SCOR	2 847 260
New RE	2 932 800
R+V Versicherung	4 044 000

Je vidět poměrně velký rozptyl kvotací jednotlivých zajišťoven, rozdíl nejlevnější a nejdražší je téměř 2 000 000.

Literatura

[1] Paul Embrechts, Marco Frei: Panjer recursion versus FFT for compound distributions, Mathematical Methods of Operations Research 62, 497–508
[2] Ana Mata: Pricing excess of loss reinsurance with reinstatements. Astin bulletin 30, 349–368
[3] Ana Mata, Brian Fanin, Mark Verheyen: Pricing excess of loss treaty – an exposure rating approach, General Insurance Convention 2002
[4] Bjorn Sundt: On allocation of excess of loss premium, Astin bulletin 22, 167–177
[5] Tomáš Cipra: Zajištění v pojišťovnictví a jeho matematické aspekty, Robust 2004, 45–67
[6] Pierre Mazoyer: Extreme value theory – estimating extremal cases, SCOR Reinsurance Campus 2008
[7] Petr Mandl, Lucie Mazurová: Matematické základy neživotního pojištění, Matfyzpress 1999
[8] Souvik Ghosh, Sydney Resnick: A discussion on mean excess plots, Cornell University Libraly

Resumé

Appraisal of risk XL reinsurance

The aim of this article is to describe the issue of setting a price of risk non-proportional reinsurance from data on losses available to an insurance company. The article is divided into two parts. In the first, theoretical part, the most important mathematical procedures are derived, especially the derivation of a relation for the calculation of the net and gross reinsurance premium, the description of the divisions appropriate for the modelling of number and amount of high losses, and methods of the calculation of the distribution function of compound division. In the second, practical part, mathematical procedures mentioned above are demonstrated on the appraisal of concrete risk non-proportional reinsurance of an insurance company.

Dohody soutěžitelů a evropské právo

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Česká asociace pojišťoven

Hospodářské soutěži se v Evropské unii věnuje značná pozornost. Základním cílem politiky v oblasti hospodářské soutěže je zajistit soutěžitelům rovné podmínky a zabránit narušování soutěže. Jedním z pilířů této politiky je kontrola dohod a kartelů. Pro pojišťovnictví se v uplynulém období poněkud změnily právní podmínky pro uzavírání příslušných dohod mezi pojišťovnami. Nařízení Komise č. 267/2010[1] – tzv. bloková výjimka v pojišťovnictví – přineslo ve srovnání s předchozími nařízeními koncepční i věcné změny. Jejich podstata je v tom, že zmíněné nařízení obsahuje výjimku ze zákazu dohod mezi soutěžiteli pouze pro oblast společných kompilací, tabulek a studií a pro oblast společného krytí určitých druhů rizik. Nejsou v něm již obsaženy dvě oblasti upravené předchozím nařízením č. 358/2003[2], a to vzory a modely všeobecných pojistných podmínek a zabezpečovací opatření (zařízení). K těmto dvěma oblastem Komise zveřejnila výkladová pravidla[3], jež obsahují zásady pro posuzování dohod mezi soutěžiteli týkajících se horizontální spolupráce. Nové nařízení i výkladová pravidla byly zčásti právně analyzovány v článcích v časopise Pojistný obzor[4]. ***Cílem tohoto článku je podat komplexní informaci zejména o komunitárním právu v oblasti dohod uzavíraných mezi soutěžiteli, tedy včetně klíčových pravidel hospodářské soutěže vymezených ve Smlouvě o fungování Evropské unie, klíčových ustanovení nařízení č. 1/2003 a rovněž včetně upozornění na význam některých rozhodnutí Komise a judikátů.*** *Taková informace může být prospěšná pro soutěžitele, kteří hodlají uzavřít příslušnou dohodu a musí individuálně prozkoumat, zda je v souladu s pravidly hospodářské soutěže. Předchozí článek[5] týkající se této oblasti hospodářské soutěže, zveřejněný v Pojistných rozpravách, se vztahoval ještě k aplikaci článku 81 Smlouvy (nyní článek 101[6] Smlouvy o fungování Evropské unie).*

Smlouva o fungování EU a pravidla hospodářské soutěže

Pravidla hospodářské soutěže jsou vymezena v čl. 101 Smlouvy o fungování EU, stejně jako zákaz kartelů. S vnitřním trhem jsou neslučitelné, a proto 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.

V čl. 101 se též uvádí, že zakázány jsou zejména ty dohody, které:

- přímo nebo nepřímo určují nákupní nebo prodejní ceny anebo jiné obchodní podmínky,
- omezují nebo kontrolují výrobu, odbyt, technický rozvoj nebo investice,
- rozdělují trhy nebo zdroje zásobování,

[1] Nařízení Komise (EU) 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 pojišťovnictví.

[2] Nařízení Komise (ES) č. 358/2003 ze dne 27. února 2003 o použití čl. 81 odst. 3 Smlouvy na určité kategorie dohod, rozhodnutí o jednání ve vzájemné shodě v odvětví pojišťovnictví.

[3] Sdělení Komise – Pokyny k použitelnosti článku 101 Smlouvy o fungování Evropské unie na dohody o horizontální spolupráci (2011/C 11/01).

[4] Nová bloková výjimka pro pojišťovnictví, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Pojistný obzor č. 2/2010, str. 10; Sdělení Evropské komise: Pokyny k dohodám o horizontální spolupráci, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Pojistný obzor č. 1/2011, str. 11.

[5] Regulace pojišťovnictví v EU, Bertrand Labilloy, kapitola 3 publikace vydané CEA, překlad Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., str. 91–114.

[6] Od 1. prosince 2009 se článek 81 Smlouvy ES stal článkem 101 Smlouvy o fungování Evropské unie. Obsahově jsou obě ustanovení shodná.

- uplatňují vůči obchodním partnerům rozdílné podmínky při plnění stejné povahy, čímž jsou někteří partneři znevýhodněni v hospodářské soutěži,
- podmiňují uzavření smluv tím, že druhá strana přijme další plnění, která ani věcně, ani podle obchodních zvyklostí s předmětem těchto smluv nesouvisejí.

Pokud se například zjistí, že byla uzavřena dohoda nebo přijato zakázané rozhodnutí a nastalo jejich naplňování, tak je nutno respektovat odst. 2 čl. 101, že „dohody nebo rozhodnutí zakázané podle tohoto článku jsou neplatné od počátku".

V samotném čl. 101 odst. 3 je však ze zákazu kartelů výjimka. Některé dohody mohou být způsobilé, tj. odst. 1 může být prohlášen za neúčinný, pokud dohody nebo rozhodnutí přispívají ke zlepšení výroby nebo distribuce výrobků anebo k podpoře technického či hospodářského pokroku, přičemž vyhrazují spotřebitelům přiměřený podíl na výhodách z toho vyplývajících a které
- neukládají příslušným podnikům omezení, jež nejsou k dosažení těchto cílů nezbytná,
- neumožňují těmto podnikům vyloučit hospodářskou soutěž ve vztahu k podstatné části výrobků tímto dotčených.

Z výše uvedeného plyne, že dohody lze rozčlenit na zakázané, na dohody, které vyhoví požadavkům uvedeným v čl. 101 odst. 1 a na ty, jež mohou využít výjimky dle čl. 101 odst. 3.

V této souvislosti je vhodné upozornit, že dohody, jejichž dopad na hospodářskou soutěž je zanedbatelný, nejsou považovány za zakázané podle čl. 101 odst. 1. Z komunitárního práva vychází například i Oznámení[7] Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže o dohodách, jejichž dopad na hospodářskou soutěž je zanedbatelný. Úřad má například za to, že zakázané ve smyslu § 3 odst. 1 zákona o ochraně hospodářské soutěže nejsou dohody v případech, kdy:

a) společný podíl soutěžitelů, kteří nejsou účastníky horizontální dohody, nepřesahuje 10% na kterémkoli dohodou dotčeném relevantním trhu,
b) podíl žádného ze soutěžitelů, kteří jsou účastníky vertikální dohody, nepřesahuje 15% na kterémkoli dohodou dotčeném relevantním trhu.

Nařízení č. 1/2003[8]

Nařízení (ES) č. 1/2003 ze dne 16. prosince 2002 o provádění pravidel hospodářské soutěže stanovených v článcích 81 a 82 Smlouvy (nyní „články 101 a 102" – Smlouvy o fungování EU) má za cíl zajistit, aby hospodářská soutěž na společném trhu nebyla narušována. Cestou k tomu je, aby výše uvedené články

[7] Oznámení Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže o dohodách, jejichž dopad na hospodářskou soutěž je zanedbatelný, Soft Law/Zakázané dohody o zneužití dominantního postavení, Pramen: http://www.compet.cz/legislativa/hospodarska-soutez/ceska-republika/ – k 12. 4. 2011.

[8] Nařízení Rady (ES) č. 1/2003 ze dne 16. prosince 2002 o provádění pravidel hospodářské soutěže stanovených v článcích 81 a 82 Smlouvy.

byly používány účinně a jednotně. Oproti předchozímu nařízení Rady č. 17 ze dne 6. února 1962 odpadl centralizovaný systém oznamování dohod Komisi a její role v posuzování dohod a vydávání individuálních výjimek. V čl. 1 nařízení se uvádí, že dohody, rozhodnutí a jednání ve vzájemné shodě, která nesplňují podmínky čl. 81 odst. 1 Smlouvy, se zakazují, aniž by k tomu bylo nezbytné předchozí rozhodnutí. Nezakazují se však dohody, rozhodnutí a jednání ve vzájemné shodě, jež splňují podmínky podle čl. 81 odst. 3 Smlouvy, aniž by k tomu bylo nezbytné předchozí rozhodnutí.

Tato změna je pak promítnuta do čl. 2 Důkazní břemeno. Jednak je vymezeno, že důkazní břemeno je na té straně nebo orgánu, který vznesl obvinění, jednak, že podniky nebo sdružení podniků, které chtějí využít ustanovení čl. 101 odst. 3, nesou důkazní břemeno ohledně splnění podmínek uvedeného odstavce. To platí pro vnitrostátní postupy nebo postupy EU. Členské státy mohou podle tohoto nařízení uplatňovat přísnější vnitrostátní právní předpisy, které zakazují nebo postihují jednostranná jednání podniků.

Tímto nařízením dochází tudíž k zásadnímu posunu odpovědnosti směrem k podnikům či sdružením podniků.

Je účelné ještě upozornit na tu skutečnost, že v komplikovaných případech mohou podniky nebo sdružení podniků kontaktovat buď Komisi nebo svůj domovský orgán pro hospodářskou soutěž, aby získaly stanovisko k dané otázce[9].

Nařízení nikterak nebrání existenci a fungování tzv. blokových výjimek, které jsou upraveny příslušnými nařízeními. Tyto blokové výjimky se totiž opírají o použití čl. 101 odst. 3 Smlouvy o fungování EU.

Nařízení č. 267/2010

Nařízení č. 267/2010 obsahuje výjimku pouze pro dvě oblasti:
- společné kompilace, tabulky a studie,
- společné krytí určitých druhů rizik.

Nejsou tedy již zahrnuty dvě důležité oblasti z nařízení č. 358/2003:
- vzory a modely všeobecných pojistných podmínek,
- zabezpečovací opatření (zařízení).

Komise původně usilovala o úplné zrušení blokové výjimky pro pojišťovnictví právě na základě ustanovení čl. 1 nařízení č. 1/2003. S tímto přístupem, který byl vůči některým ekonomickým odvětvím skutečně již uplatněn,

[9] Viz odkaz 5, str. 93.

vyjádřil nesouhlas Comité Européen des Assurances (tj. CEA – federace národních asociací pojišťoven z 33 evropských zemí). Ponechání rozhodování o dohodách mezi soutěžiteli na jejich vlastním právním posouzení kompatibility s článkem 101 Smlouvy o fungování EU přináší oproti využívání blokové výjimky právní nejistoty a zvyšuje náklady na externí právní služby. Nakonec se díky této a další argumentaci podařilo docílit prodloužení blokové výjimky alespoň ve dvou výše uvedených oblastech, kde dohody soutěžitelů nesporně napomáhají finanční stabilitě pojišťoven.

Porovnáme-li nařízení č. 358/2003 s novým nařízením č. 267/2010, lze upozornit na některé změny:
a) v oblasti společných kompilací, tabulek a studií
- přímo do ustanovení čl. 3 odst. 2 písm. c) se dostal zákaz, že výsledné kompilace, tabulky nebo studie „nesmí obsahovat žádný údaj o výši hrubého pojistného". Předtím byl tento zákaz pouze v preambuli nařízení, ale i tak jej pojišťovny musely respektovat,
- v novém nařízení je zpřístupnění kompilací, tabulek nebo studií rozšířeno na organizace spotřebitelů nebo organizace zákazníků, které o to požádají, a to za konkrétních podmínek a z opodstatněného důvodu. Pokud existují důvody tzv. veřejné bezpečnosti (informace související s bezpečnostními systémy jaderných elektráren nebo nedostatky systémů pro předcházení povodním), tak je přípustné nezveřejnění příslušných údajů.

b) v oblasti společného krytí určitých druhů rizik
- nařízení č. 267/2010 umožňuje, že soupojišťovací skupiny mohou být zřízeny přímo pojišťovnami jako doposud, ale nově též prostřednictvím makléřů či zplnomocněných zástupců. Za pozitivní krok lze pokládat, že do těchto skupin nejsou zahrnuty „soupojišťovací dohody ad hoc na trhu s upisováním". Tím je jednoznačně právně zavedeno potřebné odlišení mezi „pojišťovacím poolem" a „jednorázovou" smlouvou o soupojištění. Obdobné změny byly provedeny i v definici „souzajišťovacích skupin",
- nezměnily se limity pro udělení výjimky, tj. společný podíl zúčastněných podniků na trhu nesmí překročit 20% relevantního trhu v případě soupojišťovacích skupin a 25% relevantního trhu v případě souzajišťovacích skupin. Změnily se však „doplňkové" limity v článku 6 odst. 5–9. Jde například podle odst. 5 o to, že pokud podíl na trhu původně nepřesahuje 20%, ale pak následně vzroste nad tuto úroveň, aniž by překročil 25%, výjimka se použije i nadále po dobu dvou po sobě jdoucích kalendářních let následujících po roce, v němž byla poprvé překročena 20% prahová hodnota. V nařízení č. 358/2003 činil tento „doplňkový" limit 22%.

Pokyny k dohodám o horizontální spolupráci

Nařízení č. 267/2010, jak bylo uvedeno výše, již nezahrnuje dvě oblasti obsažené v nařízení č. 358/2003, a to vzory a modely všeobecných pojistných podmínek a zabezpečovací opatření (zařízení). Komise vypuštění zmíněné úpravy odůvodňovala mimo jiné tím, že tyto otázky se netýkají výhradně pojišťovnictví, ale i dalších oborů činnosti a že k tomu vydá speciální pravidla. Dne 14. 1. 2011 byla tato pravidla zveřejněna v Úředním věstníku EU pod názvem **„Sdělení Komise – Pokyny k použitelnosti článku 101 Smlouvy o fungování Evropské unie na dohody o horizontální spolupráci" (2011/C 11/01)** – dále jen „sdělení" nebo „pokyny".

Z rozboru nařízení č. 1/2003 plyne, že je na podnicích či sdruženích podniků, jak posoudí konkrétní připravovanou dohodu podle čl. 101 Smlouvy o fungování EU. Nařízení č. 267/2010 – tj. bloková výjimka – dává určitou právní jistotu, že při dodržení jejích ustanovení mohou podniky zužitkovat smlouvu bez obav z porušení hospodářské soutěže.

Je jasné, že **pokyny** dávají menší právní jistotu ve srovnání s nařízením, ale zároveň poskytují cenný návod, jak postupovat při přípravě a posuzování dané dohody. Jejich přidaná hodnota spočívá podle mého názoru v tom, že:

- podávají přehled o relevantních ustanoveních příslušných právních aktů EU,
- vymezují formou příkladů konkrétní způsoby omezování hospodářské soutěže,
- obsahují základní definice a vymezení relevantních trhů, a to i v kapitole 7 – Standardizační dohody – do níž spadají jak vzory a modely všeobecných pojistných podmínek, tak zabezpečovací opatření (zařízení),
- kapitola 7 zahrnuje též dva praktické příklady dohod v pojišťovnictví – k normám v pojišťovnictví a standardním podmínkám usnadňujícím porovnání produktů různých společností. Pokud se podniky mohou ztotožnit s modelem spolupráce uvedeným ve zmíněných příkladech, tak mají značnou právní jistotu, že dohodou nebude narušena hospodářská soutěž,
- řada ustanovení pokynů je doplněna odkazy na judikaturu Soudního dvora EU a na příslušná rozhodnutí Komise. To umožňuje podnikům i sdružením podniků pochopit přístupy obou institucí k vybraným dohodám a dává užitečnou orientaci pro posuzování vlastní dohody.

Vybraná rozhodnutí Komise

V čl. 7 nařízení č. 1/2003 jsou upraveny pravomoci Komise ve věci vydávání rozhodnutí. Komise může svým rozhodnutím nařídit, aby dotyčné podniky a sdružení podniků ukončily protiprávní jednání, pokud Komise zjistí

na základě stížnosti nebo vlastního podnětu jednání v rozporu s články 81 a 82 Smlouvy (tj. nyní s články 101 a 102 Smlouvy o fungování EU). Komise může ukládat nápravná opatření z hlediska tržního chování nebo nápravná opatření strukturální. V naléhavých případech má Komise též právo, pokud hrozí vážná a nenapravitelná škoda hospodářské soutěži, nařídit svým rozhodnutím předběžné opatření.

Bertrand Labilloy[10] upozorňuje například na rozhodnutí ze dne 20. prosince 1989, jež se týká italské asociace Concordato Incendio, které pokrylo v dílčích dohodách předpokládanou tvorbu společných vzorových pojistných podmínek pro pojištění určitých typů rizika, tj. jejich povolení za určitých podmínek. Dalším příkladem, který uvádí, je rozhodnutí ze dne 4. prosince 1992 pokrývající dohody o řízení institucí The Institute of London Underwriters a The Lloyds Underwriters´ Association, v němž se jedná o kompatibilitu s čl. 101 Smlouvy o fungování EU.

Ve výše uvedených pokynech k dohodám o horizontální spolupráci Komise uvádí některá další s danou materií související rozhodnutí (viz například rozhodnutí Komise ve věci IV/35.691/Předizolované trubky, Úř. Věst., L 24, 30. 1. 1999, str. 1, kdy část protiprávního jednání v rozporu s článkem 101 spočívala v „používání norem a standardů s cílem zabránit zavedení nové technologie, která by měla vést ke snížení cen, či je zpozdit (bod 147)").

Poučný může být i příklad z roku 2004, kdy Komise zamítla stížnost[11], která se týkala používání vzorových pojistných podmínek při provozování skupinového (zaměstnaneckého) pojištění pro případ pracovní neschopnosti. Stěžovatel nepředložil žádný důkaz, že by příslušná asociace a její členové „nutili" jiné pojišťovny, aby používaly jedině tyto pojistné podmínky.

Kromě rozhodnutí Komise je třeba dát patřičnou váhu judikatuře, a to jak Soudního dvora EU, tak národních soudů. Vztahy mezi soudy a Komisí upravuje nařízení č. 1/2003 v čl. 16, který má název „Jednotné uplatňování práva hospodářské soutěže Společenství". Podstatné je, že pokud vnitrostátní soudy rozhodují o dohodách, rozhodnutích nebo jednáních podle článků 81 nebo 82 Smlouvy, které jsou již předmětem rozhodnutí Komise, nemohou rozhodnout v rozporu s rozhodnutím přijatým Komisí. Musí se rovněž vyvarovat rozhodnutí, která by byla v rozporu s rozhodnutími, které má Komise v úmyslu přijmout v řízení, jež zahájila. To platí i pro orgány pro hospodářskou soutěž členských států EU. Jestliže je tedy nějaká otázka již předmětem rozhodnutí Komise, tak rovněž zmíněné národní orgány nemohou rozhodnout v rozporu s ním.
Pravomoci Soudního dvora Evropské unie jsou vymezeny v článcích 251–281 Smlouvy o fungování EU. Přehled jeho rozsudků ve vztahu k čl. 101 Smlouvy o fungování EU lze nalézt například ve výročních zprávách generálního ředitelství Komise pro hospodářskou soutěž. Příkladem může být případ asociací působících v oblasti zaměstnaneckých nemocenských pokladen (C-264/01, C-306-01, C-354/01 a C-355/01). K tomu vydal

[10] Viz odkaz 5, str. 95 a 97.

[11] DG Competition Consultation Paper Concerning the review of the Functioning of Commission Regulation (EC) No. 358/2003 on the aplplication of Article 81(3) of the Treaty to certain categories of agreements, decisions and concerted practices in the insurance sector, July 2008, str. 10–11.

Soudní dvůr EU dne 16. března 2004 rozsudek[12] v tom smyslu, že příslušné asociace v podstatě nevytvářejí „podniky" nebo „sdružení podniků", ve smyslu čl. 101, když určují fixní maximální částky odpovídající hornímu limitu ceny léků, jež hradí nemocenské pokladny (fondy).

Resumé

Agreements of undertakings and European Law

The aim of this article is to present a comprehensive view of the European competition law, specifically in the area of agreements of undertakings. The comprehensive approach comprises an introductory legal analysis of the relevant provisions of the Treaty on the Functioning of the European Union, of key regulations, corresponding guidelines of the Commission regarding the implementation of Article 101 of the Treaty on the Functioning of the European Union, decisions of the Commission and judgments and orders of the Court of Justice of the European Union. Regulation No. 1/2003 sets forth the responsibility of undertakings for an assessment of agreements according to Article 101 of the Treaty on the Functioning of the European Union. However, undertakings in the insurance industry may apply the Block Exemption Regulation (Regulation No. 267/2010) and Guidelines of the Commission from 2011, which can be described as a certain instruction manual for their practical procedures. The legal information included in this article can be helpful to insurance undertakings in making decisions regarding agreements concluded among them.

[12] OJ C 94 ze dne 17. dubna 2004, str. 2.

27/2011

Pojistné rozpravy vycházejí zpravidla jednou až dvakrát ročně (bez nároku na periodicitu) v nákladu 500 výtisků. Redakce přijímá statě a pojednání vědeckého a teoretického charakteru se vztahem k pojištění, zajištění, zábraně škod, případně i k dalším navazujícím disciplínám.

Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

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

Redakční kruh:
Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc., Ing. Filip Holý, Ph.D., Ing. František Kalouda, CSc., MBA, prof. JUDr. Marie Karfíková, CSc., Ing. Václav Křivohlávek, CSc., RNDr. Lucie Mazurová, Ph.D., Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc. (předseda), JUDr. Věra Škopová, Mgr. Jan Šváb, Ph.D., prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Redakční práce:
Mgr. Eva Trojanová

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

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

© Přetisk a rozmnožování povoleno jen se souhlasem redakce.

Cena: 250Kč

Do výroby předáno: září 2011

Názory a hypotézy obsažené v jednotlivých autorských příspěvcích je třeba považovat za osobní postoje a přístupy autora, nikoliv za stanovisko instituce, kterou zastupuje nebo u které je zaměstnán, ani za stanovisko vydavatele, tj. České asociace pojišťoven, pokud není uvedeno jinak.

česká asociace
pojišťoven