

Pojistný obzor



Ročník 92

2015

Časopis českého
pojištnictví

INTERVIEW

Jan Matoušek: Pojišťovnictví musí být transparentnější 4

Mgr. Jan Cigánik

Tomáš Síkora: ČAP zanechávám v dobré kondici 7

Mgr. Jan Cigánik

NA AKTUÁLNÍ TÉMA

Zprostředkovatelská novela v proudu času 10

Ing. Kateřina Lhotská

Anketa: Zastropování zprostředkovatelských provizí je klíčové téma 14

Redakce

Obhájí pojišťovny spořicí složku? 16

Mgr. Martin Podávka

LEGISLATIVA A PRÁVO

Jak se vaří úrazový guláš? 18

PhDr. Vladimír Příklad, JUDr. Jana Čechová

Směrnice AML: Co přinese nová právní úprava? 22

JUDr. Darina Jašíčková

Ústavní soud prolomil jeden ze základních principů pojišťovnictví 25

Mgr. Lucie Jandová

Novinky z legislativy 27

Mgr. Eva Kozojedová

EKONOMICKÉ INFORMACE

Vývoj pojistného trhu: Přelomový rok 2014 28

Ing. Jaroslav Urban

GATCA: Globální automatická výměna daňových informací 32

Mgr. et Mgr. Drahomíra Murínová

POJISTNÉ SPEKTRUM

Letní ekonomická makrobouřka. Blýská se na lepší časy? 34

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc.

Seznamte se... Pojistný trh Lloyd's of London 36

Ing. Jana Rybková

ZE SVĚTA

Exkluzivně: Srovnání vývoje českého, polského a maďarského trhu 40

RNDr. Karel Veselý, Ph.D., Ing. Hana Vondráčková, Ing. Tereza Petříková

Novinky z Evropské unie 44

Mgr. et Mgr. Ondřej Karel

Z DOMOVA

Pavel Řehák: Z českého trhu mizí podstata pojišťovnictví 45

Mgr. Jan Cigánik

Na obzoru unikátní P2P pojišťovna 47

Redakce

Smluvní zdravotní pojištění plní svoji roli 48

Robert Kareš, Ph.D., MBA

INSURANCE DIGEST

The Czech Insurance Association has a new executive director 50

Redaction

SLOUPEK

JANA MATOUŠKA

Téma ochrany spotřebitele není téměř nikomu lhostejné. Zatímco pro jedny jakoby bylo její neustálé zvyšování cílem samo o sobě, jiní vnímají jakoukoli zmínku o něm jako útok na samu podstatu podnikání. Jisté je, že ochrana spotřebitele ovlivňuje budoucnost a podobu pojistných a bankovních produktů, schopnost inovací a ziskovost finančních institucí a v neposlední řadě vnímání služeb na finančním trhu jako svého druhu utilit. Na druhé straně je též zřejmé, že v některých oblastech finančního trhu (především nebankovní poskytovatelé úvěrů, ale též mnozí zprostředkovatelé) se rozvinulo téměř perverzní a zcela neetické chování. Při bližším pohledu na tyto predátorské praktiky často zjistíme, že jejich původci nerespektují stávající regulace a zákony již dnes. A pokud tedy stát selhává, tak to není v nastavení pravidel, ale v jejich vymáhání. Důvěra spotřebitelů a jejich chuť číst všechna předsmulovní vysvětlení, smlouvy a všeobecné podmínky je, obávám se, podlomena pocitem, že na tom, co je napsáno, stejně moc nezáleží, protože nemají u státu zastání. Solidarita neznamená socialismus. Cílem regulací by mělo být stanovit jednoduchá srozumitelná pravidla, nikoli absenci jejich dodržování zacelit dalšími. Ne vždy se nám to daří vysvětlovat, především na evropském poli. Přehnanou ochranu totiž nakonec zaplatí sami klienti v cenách produktů a jejich dostupnosti. Přehnaná ochrana demotivuje klienty k odpovědnosti za vlastní chování a může vést k podpoře rizikového chování jak na straně klientů, tak na straně poskytovatelů finančních služeb. A naopak, řekněme si upřímně, slabá ochrana v komplikovaném světě finančních produktů spolu s neporozuměním klienta vede ke vzniku nežádoucích externalit poškozujících celý trh. Posilování finanční gramotnosti je dlouhodobý cíl a finanční instituce vnímají srozumitelnost a férovost jako důležitou konkurenční výhodu. Klíčovým tématem dneška však musí být budování důvěry. Mezi trhem na straně jedné a politiky, regulátorem, ochránci lidských práv a v první řadě klienty na straně druhé musí probíhat trpělivý, otevřený a především upřímný dialog. Partnerství a pochopení jsou vždy lepší než vyhloubené zákopy.



Jan Matoušek

Jan Matoušek
výkonný
ředitel ČAP

Vážení čtenáři,

aktuální trend významných personálních změn, který v poslední době zasáhl tuzemské pojišťovnictví, se nevyhnul ani České asociaci pojišťoven. Na pozici výkonného ředitele skončil Tomáš Síkora, kterému se za devět let vedení podařilo asociaci přetvořit z byrokratického molochu sídlícího v zatuchlých kancelářích na Praze 1 v moderní a fungující instituci mající respekt mezi odbornou veřejností, a to nejen českou, ale i zahraniční. Za to patří Tomáši Síkorovi velké poděkování. Jeho nástupcem se stal Jan Matoušek, zkušený profesionál, který působil v České bankovní asociaci na pozici náměstka výkonného ředitele. Krátce uvedme, že Jan Matoušek zastával také pozice vrchního ředitele kabinetu ministra průmyslu a obchodu, generálního sekretáře Italsko-české obchodní a průmyslové komory a rady Velvyslanectví České republiky v Římě. Pro jeho úspěšné působení v ČAP mu přejeme pevné nervy a správná rozhodnutí!

Pojďme se věnovat novému číslu Pojistného obzoru a nejdůležitějším tématům, která jsme pro vás připravili. K rozhovoru jsme si pozvali oba zmíněné pány, dozvíme se tedy s jakými pocity Tomáš Síkora pozici výkonného ředitele opouštěl. Jan Matoušek čtenářům prozradí, s jakými vizemi do ČAP přichází.

Rubrika Na aktuální téma se soustředí na problematiku regulaci zprostředkovatelských provizí. Specialistka na pojištění Kateřina Lhotská ve svém příspěvku okomentovala letošní vývoj v této pro pojišťovnictví klíčové oblasti, který se v určité fázi zvrhl až v nedžentlenskou politickou rozmíšku mezi ministrem financí Andrejem Babišem a poslancem za ČSSD Ladislavem Šinclem. Rubrika obsahuje také anketu s největšími hráči na trhu nebo například úvahu ředitele úseku pojištění osob Allianz pojišťovny Martina Podávky nad budoucností produktu životního pojištění.

V rubrice Legislativa a právo bych upozornil na příspěvek Vladimíra Příklad a jeho kolegyně Jany Čechové, týkající se příslovcečného legislativního „guláše“, který se uvařil z úrazového pojištění zaměstnanců.

Ekonomické zprávy pak přináší článek specialisty ČAP Drahomíry Murínové, která detailně popisuje, co přináší dohoda GATCA, jež umožní globální zavedení automatické výměny daňových informací a která prakticky kopíruje požadavky kladené na finanční instituce americkým zákonem FATCA.

V rubrice Pojistné spektrum se nestor českého pojišťovnictví Jaroslav Daňhel věnuje vývoji světové ekonomiky ve stínu řeckého úpadku



a autorka nejlepší diplomové práce roku 2014 v hodnocení Nadačního fondu pro podporu vzdělávání v pojišťovnictví Jana Rybková přináší detailní pohled na pojistný trh Lloyd's. Do rubriky Ze světa přispěl specialista ČAP Ondřej Karel, který shrnul regulační události odehrávající se na unijním kolbišti. Z domácích témat bych pak rád upozornil na rozhovor s Pavlem Řehákem, předsedou představenstva „reinkarnované“ DIRECT Pojišťovny.

Hezké podzimní čtení přeje

Jan Cigánik
šéfredaktor

Dear Readers,

The Czech Insurance Association (CAP) did not escape the recent wave of major personnel changes in the domestic insurance industry, as Tomáš Síkora departed from the position of CAP's Executive Director. Over nine years at the helm of the Association, Mr. Síkora succeeded in transforming the bureaucratic juggernaut operating from musty offices in Prague 1 into a modern and efficient organization that has won respect among both Czech and foreign industry professionals. Tomáš Síkora deserves a big thank you for his achievements. He was replaced by Jan Matoušek, an experienced professional who worked at the Czech Banking Association as Deputy Managing Director. Let us briefly mention that Jan Matoušek previously held the positions of Senior Director of the Cabinet of the Minister of Trade and Industry, Secretary General of the Italian-Czech Trade and Industry Chamber, and Counsellor of the Embassy of the Czech Republic in Rome. We wish him strong nerves and good decision-making skills in order to achieve success in CAP!

Let's now focus on the new issue of Pojistný obzor and the most important topics that we have prepared for you this time. We invited both

aforementioned gentlemen for an interview that reveals Tomáš Síkora's feelings when he was leaving as ČAP's executive director, whereas Jan Matoušek shares with readers his goals and visions for his tenure at CAP.

The Current Issues section highlights the problematic regulation of brokering commissions. In her contribution, insurance specialist Kateřina Lhotská comments on this year's development in this key area of the insurance industry, which at some stage turned into an unsavoury political squabble between Finance Minister Andrej Babiš and Parliamentary Deputy for the Social Democrats (ČSSD) Ladislav Šinčl. This section also includes a survey conducted among the major market players and an article by Martin Podávka, Personal Insurance Director at Allianz, about the future of life insurance products.

In the Legislation and Law section, Vladimír Příklad and his colleague Jana Čechová ponder the legislative "mess" stemming from employee accident insurance.

In Economic Issues section CAP specialist Drahomíra Murínová describes in detail the GATCA agreement that will facilitate the global

implementation of automatic exchanges of tax information and that virtually replicates the requirements imposed on financial institutions by the US FATCA legislation.

The doyen of Czech insurance Jaroslav Daňhel provides an analysis of the world economy development in view of Greek insolvency in the Insurance Spectrum section, which also features a detailed look at the Lloyd's insurance market written by, Jana Rybková, the author of the best 2014 thesis as evaluated by the Foundation Fund for the Promotion of Education in the Insurance Industry.

In the World Issues section, CAP specialist Ondřej Karel summarizes the events taking place at the European Union arena. As for the domestic topics, I would like to point out an interview with Pavel Řehák, Chairman of the Board of Directors of the "reincarnated" insurance company DIRECT Pojišťovna.

Wishing you an enjoyable autumn reading,

Jan Cigánik
Editor-in-Chief

JAN MATOUŠEK: POJIŠŤOVNICTVÍ MUSÍ BÝT TRANSPARENTNĚJŠÍ

MGR. JAN CIGÁNIK / ŠÉFREDAKTOR / POJISTNÝ OBZOR

Prezidium České asociace pojišťoven (ČAP) jmenovalo novým výkonným ředitelem asociace Jana Matouška, který se funkce ujal 10. srpna. „Pojišťovny a jejich produkty jsou důležitou a dlouhodobou součástí života každého občana, živnostníka i firmy. Těším se, že Česká asociace pojišťoven bude pod mým vedením dále posilovat svoji roli jako aktivní a transparentní partner vlády v legislativním procesu, napomáhat kultivaci trhu vedením spotřebitelského dialogu, akcentem na vzdělávání a samoregulaci a bude otevřena spolupráci s partnery na finančním trhu a podnikatelskými organizacemi,“ uvedl v rámci svého nástupu do funkce Jan Matoušek.

Děkuji vám, pane řediteli, že jste si udělal čas pro otázky Pojistného obzoru. Na úvod se zeptám: Jaké jsou vaše hlavní cíle, se kterými nastupujete na pozici výkonného ředitele ČAP?

Pojišťovnictví je obor, který má v české společnosti svoji nezastupitelnou roli. Jde o funkční pilíř národního hospodářství, jenž nebyl ovlivněn krizovými roky a který se vyznačuje svojí dlouholetou stabilitou. Nabízí se otázka, z jakého důvodu není pojišťovnictví veřejností přijímáno lépe? Vždyť jeho princip chránit před riziky přeci může v těžké životní situaci pomoci každému z nás... A právě napomáhat zlepšení obrazu našeho finančního odvětví v očích veřejnosti je tím hlavním cílem, který před asociací stojí. Zlepšení reputace pojišťovnictví však neznamená pouze to, že začneme laickou, ale i odbornou veřejnost „zásobovat“ vyšším počtem PR zpráv a vý-

na roli v kontextu naší celospolečenské odpovědnosti. Česká asociace pojišťoven zastupuje celý sektor a je pro nás a pro výsledky odvedené práce důležité, abychom hovořili nejen jasnou řečí, ale i jednotně. Abychom svých cílů dosahovali systematicky a konsenzuálně.

Jaká je vaše vize týkající se dalšího fungování asociace?

Česká asociace pojišťoven svoji roli plní velmi dobře. Mou vizí je vyšší míra transparentnosti a otevřenosti, která musí být s ČAP spojována. Pojišťovnictví je přece sebevědomý trh, který má naakumulované unikátní know-how, a pracuje na něm mnoho opravdu kvalitních odborníků. Za svými návrhy si musíme stát i veřejně. Společně s prezidiem, které se také částečně obměnilo, budeme debatovat o strategických cílech a prioritách asociace jak v lobbingu, tak v komunikaci a je příliš brzy říkat,

pojištění cestovních kanceláří nebo v neposlední řadě o úhradu zásahů Hasičského záchranného sboru z povinného ručení. Zároveň se připravujeme na debatu k obnovení úhradové povinnosti do garančního fondu či získání přístupu pojišťoven k základním registrům. Budeme dbát o to, abychom každou debatu otvírali včas a s jasným cílem.

Nezastupitelná role pojišťovnictví

Přicházíte z bankovního sektoru, co vás přesvědčilo zaměřit se na pojišťovnictví? A v čem podle vás tkví kouzlo tohoto finančního oboru?

Bankovníctví je velmi zajímavý obor, který mě opravdu bavil a profesně naplňoval. Život ale přináší nové výzvy a překvapení. Když přišla nabídka pracovat jako výkonný ředitel ČAP, tak jsem ji přijal s radostí. Mým prvořadým záměrem bylo i nadále pracovat ve finančním odvětví, což tato pozice naplňuje, a navíc zde vidím příležitost naučit se novým věcem. Zároveň však také doufám, že k fungování ČAP přispějí i svými zkušenostmi, které jsem získal v oblasti bankovníctví. A v čem je kouzlo pojišťovnictví? Když to srovnám s bankami, tak bankovní domy pomáhají plnit lidem jejich sny a přání. V tomto smyslu budou vždy populárnější než pojišťovny. Hypotéku na vytoužený byt nebo úvěr na podnikání u pojišťovacího institutu nedostanete. Na druhou stranu vnímám pojišťovnu jako kamaráda, se kterým možná nechodíte často na pivo, ale na kterého se obrátíte, když je vám nejhůř a když potřebujete

Česká asociace pojišťoven zastupuje celý sektor a je pro nás a pro výsledky odvedené práce důležité, abychom hovořili nejen jasnou řečí, ale i jednotně.

stupů. Musíme vést s pojišťovnami debatu o dlouhodobých strategických cílech, o vysokých etických standardech, o možnostech samoregulace a o tom, jak může asociace pojišťovně pomáhat. Dalším úkolem, který před námi stojí, je posílení role ČAP v legislativním procesu. Pro komunikaci s regulátorem a také orgánem dohledu se musíme stát relevantním partnerem, který je přijímán nejen pro svoji vysokou expertní úroveň, ale i s ohledem

jakým způsobem se jim bude muset sama asociace a její servisní organizace SUPIN přizpůsobit. Vedle toho máme několik důležitých a nyní velmi živých témat, kterým se musíme plně věnovat. Jedná se například o nový zákon o pojišťovnictví, se kterým je spojená otázka regulace provází zprostředkovatelů životního pojištění, zmíním zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích, jenž přinese masivní změnu v distribuci. Také jde o bolestnou otázku



Jan Matoušek: „Český finanční trh má velkou devizu v tom, že máme rozumného, střídmeho a transparentního regulátora.“

pomoci. Takové kamarády každý z nás potřebuje. Pojištnictví je výrazně různorodý obor zasahující do řady oblastí života a já se na práci pro pojišťovny těším.

Klient hledá alternativy

Jak hodnotíte problematiku neustále se zvyšujícího počtu evropských regulací?

Rostoucí počty všemožných regulatorních opatření vytváří tlak na zisk v jakémkoli sektoru, pojištnictví nevyjímaje. Navíc s každou novou směrnicí se zvyšují nároky na její přesný výklad, pochopení a správnou implementaci do národních legislativ. Nové směrnice reagují na obtížné období finanční krize. Tato politická snaha však měla být od samého

protože na trhu podnikatelské subjekty stále hledají volné příležitosti, poroste význam alternativních neregulovaných platformem.

Máte na mysli například projekty typu P2P, které se začaly v poslední době objevovat i ve finanční sféře?

Přesně tak. A existují i další formy alternativních produktů, jako jsou třeba mezaninové fondy nebo Crowd Financing, které nemají regulatorní náklady, čímž jsou ve značné výhodě oproti tradičním institucím. I tato oblast podnikání by časem měla být regulována, aby poskytovala svým zákazníkům stejnou míru ochrany, jakou má dnes klient zajištěnou u bank či pojišťoven. Tyto projekty jsou marketingově dobře připravené a pro klienta mohou vypadat lákavě. Spotřebitelé si však musí

stojí někdo s problematickou bonitou, kterému by standardní finanční ústav již nepůjčil. Navíc u těchto alternativních projektů klient málokdy přesně ví, kdo působí na druhé straně, jaké metody vymáhání případného dluhu zvolí atd. Nicméně za zlepšováním služeb a vývojem produktů vždy stála konkurence na trhu, a je tedy zapotřebí s těmito platformami do budoucna seriózně počítat. Rozhodně se jich však nesmíme bát!

Potřebujeme odpovědné klienty

Co soudíte o všeobijmájcím „ochranněspotřebitelském“ trendu, který v poslední době začíná doslova paralyzovat jakýkoli rozumný dialog?

Nedá se moc pochybovat o faktu, že svět kolem nás je čím dál komplikovanější. A stejně tak jsou složitější i finanční a pojistné produkty. Poskytovatel služeb má pak vždy informační náskok před klientem a v tomto nerovnoměrném obchodním vztahu musíme hledat příčiny potřeby chránit spotřebitele jako té slabší strany. Téma ochrany spotřebitele je nutné brát vážně a je prospěšné naslouchat neziskovým organizacím, které se této otázce věnují. Nic se však nemá přehánět a je

”

Rozvoj moderních technologií je nevyhnutelný a bezpochyby zasáhne a promění celou finanční sféru.

“

počátku lépe koordinována a lépe měly být analyzovány nejen konkrétní, ale i kumulované dopady přijímaných regulací. Je zkrátka přeregulováno! Výsledkem je pak nemalý tlak na cenu a rostoucí operační riziko v důsledku možné nezáměrné chyby. No a nakonec,

položit otázku, jestli v případě využití těchto platform budou jejich finance dobře chráněny. Když se podívám do bankovního sektoru, tak úvěry zprostředkované zmíněnými institucemi jsou většinou docela drahé, což je obvykle způsobeno tím, že na straně zákazníka



Ilustrační foto: ČAP

relevantní ptát se, kdo někdy až přehnanou ochranu klientů zaplatí. Většinou má tato otázka jasnou odpověď... samotný klient. Naši akcionáři to pravděpodobně nebudou. Platí, že potřebujeme edukované klienty, kteří mají ve finanční oblasti aspoň trochu přehled a jsou schopni přijmout odpovědnost za své vlastní rozhodnutí. Ochrana spotřebitele by jim k tomu měla dávat nástroje, tedy záruku relevantních a transparentních informací, neměla by však rozhodovat za ně.

Jak obecně hodnotíte současné podnikatelské prostředí ve finančním sektoru?

Český finanční trh má velkou devizu v tom, že máme rozumného, střídmeho a transparentního regulátora. Ne vždy je to pravidlem. Hlavní defekt vidím v častých změnách legislativy. Nízká prediktabilita právního prostředí ať už v oblasti našeho hlavního byznysu nebo v daňové oblasti a například i v oblasti vymáhání pohledávek je opravdu velký problém. Zákony jsou často novelizovány, nezřídka jednou za rok, a změny probíhají velice rychle, bez dostatečné komunikace se všemi zúčastněnými stranami a bez tolik potřebného vyhodnocení, jaké dopady na své adresáty bude ta daná právní norma mít. A to včetně hodnocení efektivity těchto změn. Pokud si politici někdy stěžují, že je u nás legislativní proces dlouhý, tak není. Poslední změny v jednacím řádu

sněmovny a v legislativních pravidlech vlády sice možná zpomalují přijetí zákonů, ale především dávají oborovým komorám a asociacím možnost uplatnit své připomínky a se zákonodárcem o nich diskutovat. Kritériem úspěchu vlády přeci mají být dobré koherentní právní předpisy a nikoli jejich počet.

”

Individuální přístup jako cesta

Co si myslíte o roli nových technologií ve finančních službách?

Rozvoj moderních technologií je nevyhnutelný a bezpochyby zasáhne a promění celou finanční sféru. A bylo by hloupé jít rozbíjet stroje jako při vynálezu parního pohonu (*úsměv*). Je to ve skutečnosti obrovská příležitost. Samozřejmě část klientů bude stále vyhledávat kamennou pobočku s usměvavou paní na přepážce, zkrátka si potřebují

s někým promluvit. Zároveň však rapidně roste skupina lidí, kteří přímo vyžadují on-line obsluhu. Klientů, kteří jsou v používání moderních technologií zběhlí, bude přibývat. Zmínili jsme téma P2P produktů, což je přesně ta platforma, která i přes své negativní stránky současného aktivního spotřebitele zajímá, protože v sobě obsahuje prvky filozofie dnes tolik populárních sociálních sítí a přináší atraktivní způsob používání služeb, které reprezentují probíhající sociokulturní změnu. Pojišťovny ani banky nikdy nebudou „cool“, jako je například Apple, ale přeče je možné od podobných globálně úspěšných společností v podstatě „odkukat“, jakým způsobem zde fungují metody vztahů se zákazníkem. Samozřejmě to není pouze o krásné, moderní a na první pohled přátelské pobočce nebo webové stránce, mám na mysli hledání a konkrétní využívání získaných informací o potřebách klienta, který je dnes zvyklý na výběr a na srovnání produktů a služeb.

...klíč je tedy v individuálním přístupu?

Ano. Myslím si, že budoucnost celé finanční sféry leží ve správně nastavené individuální komunikaci se zákazníkem, který po dané instituci nechce nějaký zastřešující balíček, ale naopak hledá produkty, které mu budou šity

Budoucnost finanční sféry leží ve správně nastavené individuální komunikaci s klientem, který po dané instituci nechce nějaký zastřešující balíček, ale hledá produkty, které mu budou šity přímo na míru.

“

přímo na míru. S tím pak samozřejmě souvisí debata, která se týká množství údajů a dat, jež pojišťovny dokážou o svých klientech posbírat. BIG DATA už nejsou otázkou blízké budoucnosti, ale dneška. A nejen pojišťovny musí najít vhodné způsoby, jak s touto studnicí informací správně nakládat tak, aby zákazníkovi pomáhala, ale zároveň co nejméně přispívala ke ztrátě soukromí. Tohle je opravdu velké a důležité téma a s rozvojem digitálních služeb na něj budou naši klienti stále citlivější.

Děkují vám za rozhovor. ■

Jan Matoušek

Vystudoval Masarykovu univerzitu v Brně. Působil jako vrchní ředitel kabinetu ministra průmyslu a obchodu, generální sekretář Italsko-české obchodní a průmyslové komory a jako rada Velvyslanectví České republiky v Římě pověřený vedením obchodního úseku. Od roku 2008 zastával funkci náměstka výkonného ředitele v České bankovní asociaci. Věnoval se také problematice výchovy a vzdělání, a to z pozice předsedy správní rady Nadačního fondu ČBA pro podporu vzdělávání.

TOMÁŠ SÍKORA: ČAP ZANECHÁVÁM V DOBRÉ KONDICI

MGR. JAN CIGÁNIK / ŠÉFREDAKTOR / POJISTNÝ OBZOR

Tomáš Síkora ukončil k 30. červnu 2015 své devítileté působení na pozici výkonného ředitele České asociace pojišťoven (ČAP). „Jsem přesvědčen, že se nám podařilo vybudovat moderní, efektivní, vlivnou a respektovanou profesní asociaci, která je na špičce ve srovnání s jinými středoevropskými a východoevropskými pojišťovacími trhy. Práce v ČAP mi také přinesla obrovskou osobní i profesní zkušenost,“ okomentoval svůj odchod Tomáš Síkora.

Děkuji vám, pane řediteli, že jste si našel chvíli pro čtenáře Pojistného obzoru. Když se ohlédnete, s jakými pocity Českou asociací pojišťoven po devíti letech opouštíte?

Odcházím s dobrým pocitem, že se podařilo asociaci zmodernizovat, zefektivnit, a především ji posunout k samostatnosti v řešení úkolů a zájmů svých členů. Současný tým zaměstnanců ČAP zvládá řešit samostatně, procesně a do jisté míry zcela nezávisle na kapacitách expertů v pojišťovacích všechny běžné činnosti asociace. Role ředitele se tak posunula z úřednické pozice do role řídicího manažera a výkonného reprezentanta trhu. Devět let mi navíc dalo nové neocenitelné zkušenosti, které obohatily ty z předchozího podnikání ve finančním oboru, mnoho dalších pracovních i osobních kontaktů a větší nadhled, a to nejen na obor pojišťovnictví. Ovšem události spojené s mým odchodem, hry, lži i pomluvy mě však osobně lidsky zklamaly. Vezmu-li to pozitivně, tak jsem však právě díky tomu mohl lépe vyprofilovat svoje názory na některé klíčové lidi z trhu a jejich osobní motivace.

V médiích se objevily různé spekulace o příčinách vašeho odchodu. Mohl byste je uvést na pravou míru a objasnit pravý důvod, proč jste ČAP opustil?

V médiích se objevila celá řada spekulací a nepravd. Ani se mi nechce je komentovat a rozebírat. Pravda je poměrně prostá. Do ČAP jsem nastupoval v době, kdy v prezidiu byly osobnosti typu Vladimíra Mráze či Ladislava Bartoníčka, kteří, ač konkurenti, dokázali společně stanovit strategii řízení asociace i její cíle. Ode mě byla vždy očekávána samostatnost při výkonném řízení asociace i při plnění jejích primárních cílů. Doba i obsazení prezidia se sice změnila, ale změnu této strategie otevřeně nikdo nekomunikoval. Po dvou letech



Foto: ČAP

„Působení na pozici ředitele ČAP mi dalo nesmírné množství zkušeností, od odborných, diplomatických až po ty politické,“ říká Tomáš Síkora.

náznaků jsem až letos pochopil, že očekávání od role ředitele asociace jsou jiná. Upřímně říkám, že práce mě ani po devíti letech nenudila, ale pracovat bez podpory a možnosti určité míry samostatného rozhodování by mě nadále nebavilo.

Co považujete za svůj největší úspěch na pozici výkonného ředitele ČAP?

Úspěchy jednotlivce by měl spíše hodnotit někdo nezávislý (úsměv). Můj velký nedostatek je, že si moc nepamatuji minulost a stále se dívám dopředu. I proto je pojmenování úspěchů pro mě těžké. Například za dobu mého působení v ČAP jsme lobovali za 24 klíčových úprav v zákonech a pouze ve čtyřech případech jsme nebyli úspěšní. To si myslím,

je slušné skóre. Samozřejmě to není zásluha jen mé práce, ale všech zaměstnanců ČAP, expertů z pojišťoven i externích partnerů. Přesto jsem se doslechl, že „by se ten lobbying mohl dělat lépe“ (úsměv). Jako zásadní počín bych pak jmenoval reorganizaci ČAP. Započala záhy po mém příchodu a vedla k výraznému zefektivnění činnosti. Asociace se změnila v moderní instituci srovnatelnou s asociacemi podobně velkých trhů západní Evropy. Povedlo se uvést v život několik projektů sloužících k výměně informací pojišťoven o potenciálním pojištěném podvodu jak v rovině klientů, tak v rovině zprostředkovatelů. Posílila se pozice ČAP v PR prostoru a asociace se stala respektovanou organizací, bez jejíhož komentáře se neobejde v médiích žádná

zásadní otázka pojistného trhu. Mimo to jsme posunuli i oblast vzdělávání odborné i laické veřejnosti – elektronizovali jsme např. odbornou knihovnu, vydali specializované slovníky, vznikly pravidelné informační kampaně a spotřebitelské stránky. Zdaleka nevyjmenuji všechno důležité, ale jednu aktivitu bych ještě rád zmínil. Díky moudrému rozhodnutí prezidia v roce 2010 vznikla z části ČKP nová servisní organizace SUPIN, která v oblasti IT, financí, HR, statistiky a pojistné matematiky podporuje nejen ČKP, ale i ČAP. Jsem rád, že jsem dostal důvěru jako její jednatel, i příležitost ukázat, že díky dobré organizaci a sdílení zdrojů se prostředky dají využívat efektivněji a ku prospěchu obou institucí. Za její pětileté trvání se podařilo jen na nominálních nákladech uspořít členům 20 milionů Kč!

Co naopak se úplně nepodařilo, co byste udělal jinak?

Měl jsem si možná více chodit „na správná místa“ pro rady (*úsměv*). Snad jsem byl v posledních dvou letech méně vnímavý na změny se politickou situací uvnitř asociace. Stále jsem se výhradně soustředil na plnění náročných úkolů souvisejících se změnou politické reprezentace po posledních volbách a s rostoucím tlakem na náš sektor. Za svůj největší neúspěch pak považuji, že se mi nepodařilo prosadit ideu jednotného výkonného řízení skupiny ČKP, ČAP a SUPIN. A to bez ohledu na svoje ambice. Jsem přesvědčený, že by pod jednotným výkonným vedením byly eliminovány různé dublety v řízení a že by jednotné řízení skupiny bez partikulárních zájmů bylo pro členy ekonomicky, strategicky i organizačně efektivní. Hodně mě také mrzí, že se nepodařilo spojit zájmy pojišťoven a zprostředkovatelů u tématu regulace odměn. Pořád přemýšlím, zda jsem mohl v této věci udělat více. Asi bych měl ještě říci, že se nám nedávno nepodařilo zabránit zrušení příspěvku do garančního fondu ČKP, ale v této záležitosti se udělalo opravdu maximum. Příčinu, proč došlo k jeho zrušení, je třeba hledat především na domácí půdě. Politikům se vlastně jen nahrálo na smeč.

Co vám osobně téměř jedna dekáda na tak exponované pozici v rámci českého pojišťovnictví dala?

Působení na pozici ředitele ČAP mi dalo nespočet množství zkušeností, od odborných, diplomatických až po politické. Měl jsem možnost spolupracovat s chytrými a inspirativními lidmi jak v asociaci, tak i mimo ni. Z mnohých se stali přátelé, čehož si velmi vážím. Za všechny osobnosti bych jmenoval tři doyen a výrazné osobnosti českého pojišťovnictví – pány Mráze, Bartoníčka a Venu, kteří mi dali každý něco jiného, ale dohromady osobnostně, odborně i manažersky



Foto: ČAP

Tomáš Síkora: „Je třeba investovat zdroje a energii do všeobecné edukace a vysvětlování společenské role pojištění.“

hodně. Celkově mám pocit, že jsem se díky této práci stal klidnějším a pokornějším člověkem, než tomu bylo před devíti lety. Jsem od přírody typ manažera, co má aktivní tah na branku, práce jej baví a který má leckdy možná až příliš otevřeně vystupování a názory. Byl jsem tedy nucen se naučit větší rozvaze i trpělivosti. I když s tím samozřejmě někdo nemusí tak úplně souhlasit (*úsměv*).

Regulace je problém

Na jaké úrovni je podle vás současné pojišťovnictví v České republice?

Tuzemský pojistný trh se od evropského průměru nijak výrazně neliší. Působí zde tradiční, ale i nové pojišťovací ústavy, o jejichž stabilitu se stará důsledný orgán dohledu ČNB a Ministerstvo financí jako regulátor. Produktová paleta je poměrně široká, i když samozřejmě kvůli struktuře trhu a klientů zde nejsou všechny produkty. Nepatříme mezi ty pomyslné produktové draky a inovátory, spíše se od vyspělejších trhů stále máme ještě co učit. Ale to není až tak úplně na škodu. Co náš trh naopak ovlivňuje negativně, je rostoucí počet regulací. Pojišťovnictví a finanční služby bohužel celoevropsky patří mezi obory, jako je například energetika nebo telekomunikace, které jsou a budou regulacemi postihovány nejvíce. Kvůli širokému spektru dosahu pojišťovacích služeb do běžného života bude vždy tento obor v úzkém okruhu zájmů politiků, tedy i legislativy. S tím je třeba bohužel žít a nějak se s tím vypořádat. Bezkonkurenčně je v čele těchto regulačních aktivit ochrana spotřebitele, která

zasahuje do všech složek našeho podnikání. Je určitě správné chránit zájmy „slabších“, a to především v oboru, kde je velmi nízká gramotnost. Nicméně nemělo by se jít za hranici, kdy převáží formalismus a alibismus legislativy před skutečnou rozumnou mírou ochrany. Pak zbytečně tyto legislativní a regulační opatření omezují hospodářskou soutěž a tendují k unifikaci. A to nehovím o zbytečných nákladech, které bohužel zase zaplatí spotřebitel. Jako druhé významné nebezpečí pro pojišťovnictví bych označil pocit politiků, že na komerční pojištění vlastně jako by vzniká komukoli nárok a je povinností pojišťoven i za sebenešmýšlivějších legislativních podmínek takové riziko pojistit. Za všechny příklady bych uvedl současnou novelu zákona o cestovním ruchu nebo diskuzi o „věkové problematice“.

Pojišťovnictví trápí fenomén, který by se dal zjednodušeně nazvat nedostatek důvěry. Jak klienta přesvědčit, že pojištění má smysl?

Bohužel za všeobecně nedobrou image pojišťovnictví stojí několik faktorů. Jednak již zmíněná nedostatečná finanční gramotnost spotřebitelů a s tím související nízké povědomí populace o významu a roli pojistných produktů pro stabilitu osobních financí a rizik. Dále se jedná o v poslední době stále čtenější negativní postoje politiků a médií k pojišťovnám, ale především o dlouhodobé vlastní chování pojišťoven. Zkresleně pak vzniká veřejný dojem, že pojišťovny pouze „vyzrávají“ na obyčejného klienta, nechtějí platit škody a jen generují zisky. Změna k pozitivnějšímu vnímání veřejností bude dlouhá a drahá.

Je třeba investovat zdroje a energii do všeobecné edukace a vysvětlování společenské role pojištění, i do vztahů s politikou. A samozřejmě změnit přístup ke klientovi – prezentovat skutečný užitek a cíl produktu a místo

naší dohody se zprostředkovateli, k níž však nedošlo, tak se technický problém hledání účinného opatření bohužel výrazně zpolitizoval. Teď už nikdo neposlouchá argumenty odborníků k nastavení správného řešení. Tato regulace

nejen popře mnohokrát medializovanou pozici všech soutěžitelů, že za takových podmínek pojištění nemohou dále provozovat, ale vytvoří rovněž nebezpečný precedent pro podobný postup státu u jiných druhů pojištění. A to může reálně hrozit.

Nepatříme mezi pomyslné produktové draky a inovátory, spíše se od vyspělejších trhů stále máme ještě co učit.

Ale to si myslím není až tak úplně na škodu.

cenových válek a levných produktů bez potřebných vlastností raději za rozumnou cenu platit široký rozsah rizik a servisních služeb. To už však mnozí pochopili. V neposlední řadě se bude muset změnit distribuce pojištění. Pokud pojišťovací služby nabízejí některé firmy i jednotlivci, kde nejsou ani základní předpoklady pro výkon této náročné práce, jedinou motivací je zisk a chybí i morální a společenská odpovědnost za výkon tohoto povolání, pak budeme těžko klienta přesvědčovat k důvěře k pojistným produktům.

Politika a zákony

Jak ze širší perspektivy hodnotíte politickou situaci v České republice a tvrzení typu „stát se dá řídit jako firma“?

Já si myslím, že nedá. Primárním argumentem je, že u firmy jde vždy o jediný cíl, a to je zisk. Na něj jsou vázány odměny manažerů a i zdánlivě nekonzistentní partneři se v takovém případě dokáží shodnout na postupu, jak toho docílit. U státu a politiků je to jiné. Politické strany zastupují zájmy různých skupin obyvatel, a tudíž jsou jejich cíle různé. Musí tedy docházet ke kompromisům nebo prostě „silnější přetlačí slabšího“. I ve velkých firmách je vnitřní politika, ale v opravdové politice fungují věci jinak. Na druhé straně jisté principy z podnikání je vhodné do státní správy transponovat. Mám na mysli především motivační prvky výkonnosti zaměstnanců, odpovědnost vedoucích pracovníků za výsledky hospodaření, efektivitu procesů a podobně. Tento transfer know-how by mohl fungovat, pokud státní správa vytvoří podmínky pro vstup zkušených manažerů a odborníků z komerční sféry do výkonných nepolitických pozic státní správy. První krůčky už tu jsou, ale na můj vkus nesmělé (*úsměv*).

Jak tedy vnímáte politicky napjatou situaci, která se strhla kolem novel zákona o pojišťovnictví a zákona „38“?

Mrzí mě, že jsem tuhle situaci loni předpověděl. Tím, že Ministerstvo financí problém přepojišťování a regulace pobídek u životního pojištění alibisticky „přehodilo“ na podmínku

dospěla do stadia úporného hledání kompromisního textu přijatelného pro ANO i ČSSD. Obávám se však, že vznikne text špatný, a to jak pro pojišťovny, tak zprostředkovatele.

A jaký je vývoj zákona o pojištění CK?

Novelu zákona o pojištění CK projednáváme už dva roky a po celou tu dobu několika náměstků i ministrům Ministerstva pro místní rozvoj vysvětlujeme, že není reálně možné, aby pojišťovna ručila za škody zkrachovalé CK nad rámec pojistného limitu. Navíc v celé Evropě takové řešení nemá jediný stát! Marně a znovu marně. Zákon prošel druhým čtením, do třetího jsou načteny pozměňovací návrhy a musíme doufat, že ten správný projde. Situaci neulehčil ani výrok Ústavního soudu, který je jak médii, tak úředníky interpretován jako potvrzení povinnosti pojišťovny plnit nad limit i dle dnešního textu zákona. Já ten výrok takto nečtu a vím, že i stejně tak mnozí právní experti. Myslím, že pojišťovny provozující tento typ pojištění jsou na zásadní křižovatce. Pokud novela projde v Parlamentu bez úprav, je jisté, že pojišťovna zaplatí bezlimitní škodu vždy. Pokud zůstane status quo, pak je tu sice nejistota daná výrokem ÚS, ale ten není precedentní. Pokud by v prvním případě kdokolí z konkurentů pojištění dále nabízel, pak

Co vás čeká v nejbližším období? Můžete naznačit, kam povedou vaše profesní kroky?

V létě jsem si užíval manželky a našeho novorozeného synka. Je to nádherná doba, kdy si člověk uvědomí skutečné hodnoty života. Do konce července jsem ještě působil jako jednatel společnosti SUPIN. Mimo to pomáhám různým lidem a řeším projekty v oblasti budoucí implementace zákona o zprostředkovatelích, podílím se na vývoji softwaru pro podporu prodeje finančních produktů a pomáhám při prosazení zájmů některých pojišťoven. Moje budoucnost je otevřená. Diskutuji a uvažuji o různých směrech další kariéry. Těším se, až zase budu po nějaké době ráno vstávat s pocitem „radosti z práce“ (*úsměv*).

Na závěr dovoluete osobní otázku: bude se vám po „ČAPce“ stýskat?

Už se mi stýská (*úsměv*). Pracoval jsem pro zájmy našich pojišťoven opravdu rád. Bavilo mě řešit složité otázky nejen pojišťovnictví jako specifické oblasti finančního světa, ale i politiky, diskutovat o možných postupech a řešeních. Rád jsem se také setkával se vzdělanými lidmi, kteří se v této sféře pohybují. A v neposlední řadě mi chybí „můj“ tým kolegů, který jsem za tu dobu postavil. Nejen jim, ale i všem partnerům bych chtěl poděkovat za všechna ta zajímavá léta naší spolupráce. A zejména chci popřát novému výkonnému řediteli hodně úspěchů při řízení a plnění úkolů asociace.

Děkuji vám za rozhovor. ■

Tomáš Síkora

Na pozici výkonného ředitele České asociace pojišťoven (ČAP) působil od května 2006. Absolvoval pražskou Vysokou školu ekonomickou, obor mezinárodní vztahy/bankovníctví-pojišťovnictví a manažerské studium Senior Executive britské Nottingham Trent University. Na začátku 90. let 20. století založil finančně poradenskou firmu v oblasti osobního finančního plánování a v této oblasti působil více než 15 let. V letech 2000–2005 byl prezidentem Asociace finančních poradců a zprostředkovatelů, později rovněž pracoval ve vedení Asociace finančních a investičních zprostředkovatelů. V letech 2005–2006 působil jako poradce členů představenstev finančních institucí a věnoval se konzultantské činnosti v oblasti řízení obchodu a distribučních kanálů. V letech 2009–2012 zastával funkci předsedy Výboru pro finanční trh, poradního orgánu bankovní rady České národní banky. Od roku 2006 zastupoval české pojišťovnictví v Executive Committee Insurance Europe v Bruselu. Působil v různých expertních skupinách a byl členem Rady vlády pro BESIP. Od konce roku 2010 byl rovněž jednatelem společnosti SUPIN.

ZPROSTŘEDKOVATELSKÁ NOVELA V PROUDU ČASU

ING. KATEŘINA LHOTSKÁ / INSURANCE INDUSTRY EXPERT / ČLEN FINANČNÍ AKADEMIE ZLATÉ KORUNY

Novela zákona 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí je středem pozornosti odborné veřejnosti již několik let. Za tu dobu jsme byli svědky projednávání různých návrhů, přičemž, jak už to tak bývá, některé byly docela smysluplné, jiné se povedly méně. V posledních měsících se však debata kolem novely posunula z odborné roviny do roviny politické, což je nejspíš to nejhorší, co ji mohlo potkat. Nepodléhejme však svodům hodnotit postoje jednotlivých hráčů na politické scéně a držme se společně toho, co je nám bližší – tedy pohledu „pojišťováků“.

Není bez zajímavosti vrátit se v čase a připomenout si, s jakými návrhy jsme se při schvalování této normy setkávali. Kromě jiného nám to poskytne obrázek o tom, jak bylo složité hledat kompromisy a čemu všemu musel pojistný trh čelit. Zmapovat detailně celou historii je však tak obsáhlé téma, že se nedá rozumně vtěsnat do jednoho článku. Pojďme se tak alespoň zamyslet nad vývojem v těchto zajímavých oblastech:

- Kategorizace zprostředkovatelů
- Vstup do odvětví
- Informační povinnost
- Ukazatel nákladovosti
- Regulace provizí

Zaměříme se nejenom na to, jaké návrhy padaly, ale zhodnotíme i jejich přednosti a slabé stránky. Nelze se ale asi úplně vyhnout ani tomu, abychom se nepodívali na politické souvislosti, které novelu ovlivnily.

Politické podhoubí

Od zahájení prvních prací na zprostředkovatelské novele se v České republice vystřídalo hned pět vlád. Jen pro připomenutí: Topolánková, Fischerova, Nečasova, Rusnokova a teď Sobotkova. Začalo to za premiéra Topolánka zveřejněním záměru Ministerstva financí novelou se zabývat. Zahájení prací uspořádala nejspíš také tehdy probíhající ekonomická krize, kdy se ostatně pravidelně projevují snahy o posílení regulace, a to bez ohledu na její skutečnou potřebu. Ale politici málokdy odolají příležitosti „konat dobro“ a zájmy svých voličů „ochraňovat“. To se ostatně neděje jen na našem domácím písečku, ale i na evropské úrovni. Jak jinak totiž rozumět přípravám

směrníc IDD (původní IMD2) a PRIIPs. Ty nepochybně vývoj kolem novely ovlivnily také a v budoucnu si vyžádají i další změny této normy. Na novele se v různých obdobích pracovalo s různou intenzitou, práce byly dokonce přerušeny a návrhy uloženy „do šuplíku“, aby z něj byly opět po nějaké době vyjmuty a pokračovalo se vesele dál. Svůj vliv měly také změny v týmu, který text na Ministerstvu financí připravoval. Co však u této novely od začátku postrádáme, je existence něčeho, co bychom mohli nazvat „jasným politickým zadáním“. Rozhodně za ně není možno považovat poněkud vágní (a v poslední době i zprofanované) heslo „lepší ochrana spotřebitele“. Chybí tu totiž to důležité, a to specifikace toho, před čím má být vlastně spotřebitel „chráněn“. Před nepoctivými praktikami? Sám před sebou, tedy aby neudělal chybné rozhodnutí? Před ztrátou prostředků? Z „ochrany spotřebitele“ se navíc v poslední době stal poměrně zajímavý, a ne vždy úplně poctivý, byznys. A tak by snad spíše stálo za úvahu zamyslet se nad tím, jak „ochránit spotřebitele před ochránci spotřebitelů“. Ale opustíme témata politická a vraťme se k těm „pojišťováckým“.

Kategorie zprostředkovatelů

Jednou z podstatných novinek zprostředkovatelské novely je výrazně zjednodušená kategorizace zprostředkovatelů. Z původních pěti kategorií (a zprostředkovatelů, jejichž domovským státem není Česká republika) nově vzniknou pouze dvě (plus zprostředkovatelé z jiných zemí). Liší se od sebe zjednodušeně řečeno tím, zda daný zprostředkovatel vykonává svoji činnost samostatně a sám za ni také odpovídá, nebo ji vykonává vázán na jiný subjekt. Tím může být pojišťovna, případně jiný

samostatný zprostředkovatel, přičemž tento subjekt za jeho činnost odpovídá. Úprava tak v podstatě kopíruje nastavení, které známe například z kapitálového trhu. Ten také nejspíš při vytváření návrhu sloužil jako inspirace. Zjednodušení kategorizace je jistě krok správným směrem, protože stávající nastavení bylo poměrně nepřehledné a složité. Navíc běžní zákazníci se stejně neorientují v tom, v jakém postavení je zprostředkovatel, se kterým jedná. Beztak všechny označují za „makléře“, případně „agenty“ nebo „poradce“.

Kam se poděli makléři?

Nevýhodou navrhované kategorizace je však ztráta jednoznačného rozlišení, zda zprostředkovatel jedná na základě smlouvy se zákazníkem, nebo zastupuje někoho jiného. Jinak řečeno, touto úpravou jsme přišli o pojišťovací makléře. Ti jsou podle stávající úpravy jediní, kteří zastupují zákazníka a mohou jím být dokonce odměňováni. Široká veřejnost toto rozlišení sice neocení, ale pro odborníky na řízení rizik na korporátní, nebo třeba i státní, veřejnoprávní a obecní úrovni, je tato informace důležitá. V novele je sice uvedeno, že samostatní zprostředkovatelé mohou svoji činnost vykonávat buď na základě smlouvy s pojišťovnou, nebo se zákazníkem, ovšem toto jejich postavení již nebude rozlišeno specifickou kategorií. Pojišťovací makléři mizeli z návrhu postupně. V prvních verzích (v roce 2011) byla definována makléřská činnost jako zprostředkovatelská činnost vykonávaná na základě smlouvy se zákazníkem. O rok později došlo ke změně, když bylo dovoleno zprostředkovatelům jednajícím jménem zákazníka alespoň používat označení „makléř“. V roce 2013 však toto označení z návrhu novely mizí, a to zatím definitivně. Na oltář „unifikace regulace různých odvětví finančního trhu“ tak bylo



Ing. Kateřina Lhotská

položeno rozlišení, zda je daný zprostředkovatel v podstatě jen „distributorem“ pojištění (ač se přitom snaží tvářit jakkoli), nebo někdo, kdo zákazníkovi pomůže pojistnou ochranu (spolu)vytvořit opravdu na míru.

Vstup do odvětví

V této oblasti se pozornost soustředila na dva okruhy otázek: kdo všechno a jakým způsobem má prokazovat svoji odbornost a jaké poplatky budou spojeny se vstupem a působením v odvětví. Novela od samotného počátku počítá s tím, že vznikne síť akreditovaných osob, které budou zajišťovat odbornou zkoušku zájemců. Od tohoto nastavení se očekává zvýšení odbornosti zprostředkovatelů. V současnosti je totiž úspěšné vykonání patřičné zkoušky (alespoň v základní úrovni) poměrně jednoduché. Je veřejným tajemstvím, že stačí v příslušném testu zvolit vždy tu nejdelší možnou odpověď z nabízených, a tam, kde je třeba vybírat ze stejně dlouhých

variant, postupovat náhodně. Další zásadní změnou, která se novelou line již od počátku, je podstatné rozšíření okruhu osob, které budou muset procesem prokazování odbornosti projít. Nově se totiž bude týkat všech, kteří zprostředkovatelskou činnost v praxi vykonávají. Tedy například i zaměstnanců pojišťoven na pobočkách. To je jistě krokem vpřed. V novele byl také zcela opuštěn požadavek na prokázání odbornosti formou praxe. V prvních verzích existoval u zprostředkovatelů, jejichž činnost by se měla týkat pojišťování velkých rizik. Pak však byla tato povinnost zrušena a od roku 2012 se již v návrhu novely nic podobného neobjevilo. Zajímavostí je verze z poloviny roku 2011, která se pokoušela napasovat současný tříúrovňový systém zkoušek na předpokládanou novou kategorizaci. Základní úroveň odpovídala vázaným zástupcům, střední samostatným zprostředkovatelům a nejvyšší těm, kteří by vykonávali makléřskou činnost (v té době byli makléři ještě součástí návrhu). Tato verze dokonce ani neobsahovala pasáž definující provádění

zkoušek prostřednictvím akreditovaných osob. Nicméně byla záhy opuštěna.

Komplikované poplatky

Samostatnou kapitolou jsou pak poplatky související se zahájením a provozováním zprostředkovatelské činnosti. Původně se uvažovalo jen s poplatkem za zapsání do registru zprostředkovatelů ČNB (2000 korun u vázaného zástupce, 10 000 korun u samostatného zprostředkovatele) a za vydání osvědčení o tomto zápisu (1000 korun bez rozdílu kategorie). Ten sice v polovině roku 2012 z návrhu zmizel, objevil se však poplatek nový – za obnovení registrace. Je navržen v poloviční výši než poplatek za zápis do registru. Po pozdějším přejmenování na poplatek za prodloužení oprávnění přežil všechny další verze návrhu novely, a figuruje v něm tak dodnes. Měl by plnit především regulační funkci. S ohledem na stávající situaci v registru obsahujícím odhadem 80 % záznamů subjektů činnost již nevykonávajících se to zdá být rozumným krokem. Nezaplacením obnovovacího poplatku



Ilustrační foto: www.freemages.com-Kriss

by se totiž měl registr průběžně „čistit“. Jde sice o mírné zvýšení finanční zátěže zprostředkovatelů, nicméně nikterak tragické. Občas zaznívající argumenty o „překážkách pro výkon zprostředkovatelské činnosti“ jsou tak neopodstatněné.

Otázka informační povinnosti

Velkými změnami prošly pasáže týkající se informační povinnosti. Některé byly povedené, jiné méně. Největší rozpaky však způsobuje otázka, zda vůbec do zprostředkovatelské novely patří. Dříve byly součástí zákona o pojistné smlouvě, odkud měly být vyjmuty. Mezitím došlo ke zrušení tohoto zákona a právní úprava pojistné smlouvy se přesunula do nově vzniklého občanského zákoníku. Nelze se přitom zbavit silného pocitu, že právě tam by také smluvní povinnosti (mezi něž informační povinnost nepochybně patří) měly patřit věcně. Ale pojďme se zamyslet nad samotným obsahem. Navrhovaná informační povinnost je pojata velmi široce. Lze ji v podstatě rozdělit na povinnost před smlouvou (se specifickými povinnostmi pro smlouvy životního pojištění), při uzavírání smlouvy na dálku a v době trvání pojištění. Kromě toho do této oblasti patří i pravidla pro udělování rady při sjednávání, změnách a před zánikem pojištění. To vše je „obaleno“ do takových záležitostí, jako je pořizování záznamů z jednání a uchovávání

dokumentů (dokonce i v případě, že pojištění nakonec sjednáno nebylo). V rámci tohoto textu se nelze detailně zabývat vývojem v nastavení všech těchto povinností. Ten byl navíc poměrně překotný. Proto se zaměříme na vývoj názoru na to, kdo za splnění informační povinnosti odpovídá. Následně se pak zamyslíme nad různými pohledy na jednu ze složek – ukazatel nákladovosti.

Či je odpovědnost?

V prvních verzích bylo navrhováno, aby informační povinnost byla plně v odpovědnosti zprostředkovatele. A netýkalo se to jen povinnosti před smlouvou, ale také při uzavírání smlouvy na dálku a dokonce i informování zákazníka v období trvání pojistné smlouvy. V nejstarších verzích přitom úplně chyběla povinná součinnost pojišťovny při poskytování těchto informací. Bylo zřejmé, že takto definované povinnosti nemůže zprostředkovatel naplnit, ani kdyby se rozkrájel. Proto byla zhruba v polovině roku 2011 alespoň doplněna povinnost pojišťovny poskytnout zprostředkovateli potřebnou součinnost a za správnost informací odpovídat. Zároveň se na ni přenesla odpovědnost za podávání informací v průběhu platnosti smlouvy, přičemž k tomuto účelu mohla využít i zprostředkovatele. V roce 2012 došlo k dalšímu posunu. Informační povinnost byla rozdělena mezi zprostředkovatele a pojišťovnu podle pravidla „každý sděluje to, co se jej týká“. Toto na první pohled logické členění bylo vzápětí opět zkomoleno. V případě, že pojištění sjednává zprostředkovatel, by

totiž byla informační povinnost na jeho straně i u těch záležitostí, kde by jinak měla informační povinnost pojišťovna. Zkrátka zmatek. Tento stav byl samozřejmě neudržitelný, díky čemuž došlo během několika měsíců k další změně. Ani ta ovšem neodstranila dvoukolnost v této otázce. K podstatnému posunu tak došlo až v letech 2013 a 2014, kdy se povinnost poskytovat informace upřesnila v tom smyslu, že jde o odpovědnost pojišťovny (pojistitele). Může sice pro její naplnění využít služeb zprostředkovatele, ovšem jen za předpokladu, že mu poskytne potřebnou součinnost. Tedy nastavení, jež se nejvíce blíží elementární logice a které je také součástí schvalované verze.

Co přinese ukazatel nákladovosti?

Požadavek na sdělení výše nákladů, respektive nákladovosti produktu, se v návrzích novely zákona objevoval už od počátku. Vycházel z principů a ze zkušeností s obdobným ukazatelem zavedeným u úvěrových produktů. Konkrétně jde o ukazatel RPSN (roční procentní sazba nákladů), díky kterému se podařilo částečně eliminovat praktiky založené na snižování úroku při současném nekontrolovaném růstu poplatků. O něco podobného se pokouší i zprostředkovatelská novela.

Vývoj ukazatele

První pokusy byly poněkud nešťastné a formulace toho, co vlastně zákazníkovi sdělovat byly hodně nejasné. Hovořilo se především o „poplaccích a nákladech“, přičemž povinnost předat tuto informaci zákazníkovi se týkala všech rezervotvorných pojištění. Ukazatel měl přitom reprezentovat celkovou hodnotu nákladovosti za celou pojistnou dobu. Což byla značně neurčitá a obtížně realizovatelná definice. Ještě v roce 2011 tak bylo navrženo, aby ukazatel vyjadřoval, jakou procentní část pojistného tvoří náklady a poplatky a o kolik se v důsledku těchto poplatků sníží výnos z investované části pojistného. Je zřejmé, že pokus o zkvalitnění definice se příliš nepovedl. Především její druhá část (snížení výnosů v důsledku poplatků) působí u produktů, jejichž budoucí výnos není znám, jako z jiného světa. V polovině roku 2012 se sice podařilo z první části definice odstranit „náklady“, nicméně k podstatnému zlepšení došlo až po „nucené přestávce“ způsobené pádem Nečasovy vlády. V roce 2014 se tak objevuje ukazatel nákladovosti v poněkud lépe uchopitelné podobě. Je definován jako procentní podíl poplatků na ročním pojistném (respektive přepočteném na roční bázi) a pak také jako procento, o která je snížena investovaná část pojistného. Ukazatel nákladovosti

rovněž nemá už být sdělován v všech rezervotvorných pojištění, ale jen u těch, kde nese investiční riziko pojistník. V polovině roku pak dochází k zatím poslední podstatné změně, kdy se opouští požadavek na zveřejnění procentního podílu „poplatků“ a místo toho se hovoří o procentním podílu „nákladů“. Tento princip je přes další formulační úpravy zaměřené především na definici ročního pojistného zachován i ve verzi novely, která byla předložena ke schválení Parlamentu.

Těžký úkol

Požadavkem na zveřejňování ukazatele nákladovosti v zákoně to však celé nekončí. Jeho konkrétní podobu totiž stanoví až prováděcí předpis. O tom, zda se podaří naplnit očekávání spojená s jeho zavedením, tak rozhodne až tato směrnice. Není to vůbec jednoduchá záležitost. Nezapomínejme, že jde o prostře-

Přísná regulace

S návrhem na regulaci provizí u rezervotvorných produktů jsme se setkali už u prvních verzí novely. Byla velmi přísná. Provize mohla totiž dosáhnout maximální výše dvouměsíčního pojistného (respektive jeho ekvivalentu) a nesměla přesáhnout částku 4000 korun. Tím by se stala jednou z nejnižších ze všech pojistných produktů. Ani v neživotním pojištění totiž zpravidla neklesá pod tříměsíční pojistné. Po zkušenostech, které máme se zastropováním provize u II. pilíře důchodové reformy (přestože tam byla horní hranice ještě výrazně nižší), je zřejmé, co by nejspíš v případě schválení tohoto návrhu následovalo. Prodej životního pojištění by se výrazně zpomalil, což by se dost možná netýkalo jen rezervotvorných produktů. Tento striktní návrh však neměl dlouhého trvání a již v polovině roku 2011 se objevuje jiný, který omezuje

ve stručnosti omezoval výši provizí na 150 % ekvivalentu ročního pojistného, rozkládal její výplatu nerovnoměrně do 5 let a pojišťovněm umožňoval její promítání do výše odkupného ve výši 20 % ročně z celkových provizních nákladů, a to v rámci prvních 5 let. Takto však neměla být regulována provize jen u rezervotvorných produktů, nýbrž u všech produktů životního pojištění. „Konkurenční“ návrh předložilo později Ministerstvo financí. Podle něj by se však výše provize neměla omezovat a pojišťovny by musely do prvních 5 let rozložit nejen náklady provizní, ale i distribuční. Tento návrh vyvolal řadu otázek bez jasných odpovědí. Rozhořel se také spor o to, který návrh je vhodnější. Ten byl ukončen stažením celého zákona s tím, že na jeho konečné podobě bude hledat shodu celá vládní koalice. Což je hodně nešťastné. Tento vysoce odborný problém se totiž tím pádem stává záležitostí politickou. A všichni víme, jak to v těchto případech dopadá. Můžeme si za to však z velké míry sami. Když nedokážeme v rámci pojistného trhu najít řešení se silnou podporou (nejen pojišťoven, ale i zprostředkovatelů), tak se zkrátka nemůžeme divit, že to za nás udělají jiní. A to způsobem, který nejenom, že se nám nemusí vůbec líbit (ale o to v podstatě ani nejde), ale hlavně se mine požadovaným účinkem.

Od zahájení prvních prací na zprostředkovatelské novele se v České republice vystříдалo pět vlád.

dí, kde nejsou všechny poplatky (respektive jejich výše) dopředu známy a závisí například na takových faktorech, jako je výkonnost portfolia. Vloni pojišťovny představily v rámci samoregulačních opatření vlastní standardizovaný ukazatel nákladovosti, takže už si hledání „něčeho smysluplného“ vyzkoušely. Najít totiž něco, co bude v maximální možné míře reprezentovat nákladovost, bude to možné spočítat a ještě srozumitelnou formou sdělit zákazníkovi, není vůbec jednoduché. Ale to je téma na úplně jiné povídání.

Neuralgický bod – provize

Možná největší pozornost v průběhu projednávání zprostředkovatelské novely na sebe strhávaly návrhy na regulaci provizí v životním pojištění. Zaznamenali jsme jich několik. Měly společný cíl, kterým bylo zabránit nebo alespoň omezit takové praktiky, jako je tzv. přetáčení smluv některými zprostředkovateli. Jejich cílem je získat novou provizi, přičemž tím, kdo nejvíce „ostrouhá“, jsou zákazníci. Což samozřejmě moc nepřispívá k dobré pověsti životního pojištění jako celku. Doplácejí na to tak všichni: pojišťovny, poctiví zprostředkovatelé a samozřejmě i zákazníci. Vše přitom vyvrcholilo krátce před letošními prázdninami notoricky známou politickou přestřelkou, přičemž samotná podstata regulace byla dost možná jen její záminkou než skutečným předmětem sporu. Oprostěme se však od těchto spekulací a připomeňme si, jaké různé návrhy zaznívaly.

výši provize na hodnotu odpovídající ročnímu pojistnému (respektive jeho ekvivalentu). U smluv sjednaných na pojistnou dobu kratší než 15 let se pak tento limit snižoval tak, že například pro pětiletou smlouvu mohla provize činit nejvýše polovinu ročního pojistného. Provizními náklady měl být přitom zákazník zatěžován rovnoměrně po dobu 5 let. Šlo tedy o obdobný princip jejich rozložení, jaký byl použit letos v tzv. „Šinclově“ návrhu. V roce 2012 došlo k další úpravě. Zůstal sice zachován základní princip závislosti výše provize na délce smlouvy, změnil se však její maximální limit u 15leté a delší smlouvy, základ pro její výpočet a pravidla pro zatížení zákazníka souvisejícími náklady. Mohla dosáhnout nejvýše jedenapůlnásobku ročního „nerizikového“ pojistného s tím, že u kratších smluv se opět rovnoměrně snižovala (u 5leté smlouvy tak dělala jedno roční „nerizikové“ pojistné). Ohledně zatížení zákazníka provizními náklady pak existovaly dvě varianty. Jedna je rozkládala rovnoměrně do 5 let, druhá předpokládala zatížení nerovnoměrné a o jeden rok delší. V dalších verzích návrhu novely se základní princip již neměnil, jen se upravoval postup v případě změny výše pojistného. Ovšem v průběhu léta 2012 vypadla regulace provizí z návrhu úplně.

Předmět politického sporu

To platí i pro „finální“ verzi, která byla předložena do schvalovacího procesu Ministerstvem financí. Poté ovšem přišly události, které máme všichni ještě v živé paměti. Poslanec Šincl předložil návrh, který

Co bude dál?

Hodně naznačily události posledního týdne prázdnin, kdy byl zveřejněn výsledek jednání koaliční rady o regulaci provizí. Určuje rozložení jejich výplaty do 5 let. Stejně mají pojišťovny rozložit i pořizovací náklady při výpočtu odkupného a výše provize nemá být regulovaná. Vůbec nejzajímavější pro další osud novely „38“ je však to, že otázka regulace provizí bude řešena v rámci zákona o pojišťovnictví. Může jít o záměnu se zákonem o zprostředkovatelích (kam regulace provizí patří věcně). Ale pokud tomu tak není, nabízí se zajímavé úvahy. Je to snad signál, že novela „38“ opět „spadne pod stůl“? Třeba proto, že rozdíl mezi ní a směrnicí IDD jsou „více než významné“, a její implementace by tak znamenala v krátké době další výrazný legislativní zásah? Tím ostatně argumentovala po řadu let i odborná veřejnost. Co si ale počít se směrnicí PRIIPs, která má platit od 31. března 2016? Nepředloží Ministerstvo jednoduchou „technickou“ novelu obsahující jen její implementaci? Nebo to nakonec bude celé úplně jinak? Na odpovědi si budeme muset počkat. Nebudeme nejspíš čekat dlouho. Jen jestli si v té chvíli neposteskujeme, že bylo lépe nevědět... ■

ANKETA: ZASTROPOVÁNÍ ZPROSTŘEDKOVATELSKÝCH PROVIZÍ JE KLÍČOVÉ TÉMA

REDAKCE

Regulace zprostředkovatelských provizí se stala hlavním tématem uplynulých měsíců a vypadá to, že i v nadcházejícím období bude zaměstnávat legislativní týmy všech zúčastněných stran. Reprezentanti vybraných pojišťoven se Pojistnému obzoru svěřili, jaký mají na celou situaci názor.

Je podle vás zastropování zprostředkovatelských provizí potřebnou regulací a jak vnímáte politický aspekt této problematiky?

Allianz pojišťovna

Jakub Strnad
předseda představenstva



Foto: Martin Homola

Po transparentnosti a větší kultivovanosti prodeje životního pojištění trh volal už hodně dlouho a záhy i po určité formě regulace výplaty provizí zprostředkovatelům. My jsme se nakonec rozhodli na nic nečekat a řekli jsme si, že s provizemi něco uděláme bez ohledu na regulaci. Proto aktuálně v Allianz přecházíme na nové produkty. Tedy na pojistky, kde je oddělené rizikové pojištění, za které se platí férová provize, a samostatná spořicí složka,

u které je provize řádově nižší. Začali jsme nabízet životní pojištění, kde se provizní zatížení velmi blíží navrhované regulaci. Provize jsme snížili a jejich výplatu rozložili po dobu trvání smlouvy. Jsem přesvědčený, že je to vůči klientovi fér a je jen otázkou času, kdy k tomu dospěje celý trh. V této souvislosti bych připomněl jeden fakt – v obsáhlé diskusi, která se kolem provizí „roztočila“, se jasně ukázalo, jak citlivé a společensky důležité je téma životního pojištění. Pokud by toto odhalení a osvěta klientů v kombinaci s důslednou kontrolou poradců ze strany pojišťoven přišly dřív, hypoteticky by k žádné regulaci ani dojit nemuselo a trh by se býval vyčistil sám. Jenže to je právě to „kdyby“. Návrh, o kterém politická reprezentace nakonec jedná, chce zlepšit postavení klientů při předčasném ukončení životních pojistek, takže směřuje ke stejnému cíli, který podporujeme.

Česká pojišťovna

Marek Jankovič
generální ředitel a předseda představenstva

Životní pojištění je ze své podstaty dlouhodobý produkt. Provize by tak měla finanční zprostředkovatele motivovat nejen k uzavření pojistné smlouvy, ale především k tomu, aby měli zájem na jejím dalším trvání. Protože to je pro klienta výhodné. Dnešní smlouvy životního pojištění jsou velmi flexibilní, umožňují měnit pojistná rizika a nastavit smlouvu tak, aby klienta provázela skutečně celým jeho životem. Obecně řečeno, nejsem velkým příznivcem dalších regulací pojišťovacího trhu, protože se může v krátké době stát, že trh se dostane do stavu



Foto: Česká pojišťovna

přeregulovanosti. S ohledem na konkurenci však není úprava odměn pro zprostředkovatele ze strany jednoho pojistitele řešením pro celý trh. Koordinovaný postup a samoregulace ze strany více pojišťoven pak mohou být problematické vzhledem k dodržování pravidel soutěžního práva. Jsme tedy v jakési patové situaci, a proto se jeví zásah zvenčí jako možný nástroj ke zlepšení stávajícího stavu. Je však důležité, aby se tato problematika řešila věcně a odborně, a byl bych nerad, kdyby se stala předmětem politického boje.

ČSOB Pojišťovna

Vladimír Bezděk
předseda představenstva



Foto: ČSOB Pojišťovna

Největší problém jakékoli regulace spočívá v tom, že není nikdy zcela jasné, zda se podaří dosáhnout původně zamýšlených cílů, které na počátku dané regulace stály. Myslíme si, že by se celá záležitost měla řešit komplexně v rámci novely zákona 38/2004 Sb. společně s ostatními důležitými aspekty zprostředkování jako např. získáním patřičné odbornosti a nastavením standardů a pravidel pro poradenství. Pokud by k regulaci mělo dojít, tak jako daleko efektivnější vidíme regulaci celkových nákladů, kterými může být smlouva zatížena. To by jednak automaticky znamenalo stanovení stropu pro provize a zároveň nutilo jednotlivé pojišťovny přicházet s efektivnějšími řešeními pro klienty – implementace nových technologií, vytvoření samoobslužných zón pro klienty, digitalizace a elektronizace celého odvětví.

Kooperativa pojišťovna

Filip Král
ředitel Úseku pojištění osob

I přes neznalost konkrétní finální podoby návrhu nové legislativy považují stávající situaci trhu životního pojištění za dlouhodobě neudržitelnou. Pochopitelně nejlepším scénářem by bylo, pokud by se trh dokázal sám „napravit“. Z objektivních důvodů a zkušeností se nicméně tato cesta nezdá reálná, a proto je jistý regulační zásah tvůrce trhu na místě. Nadále přitom platí, že prodej životního pojištění se bez kvalitního poradenství neobejde a regulace by neměla způsobit devastaci trhu zprostředkování. Bezpochyby největším



Foto: Kooperativa pojišťovna

problémem je krátká reálná doba trvání smluv. Ta je do značné míry způsobena pokřivenou motivací, kterou pojišťovny poskytují zprostředkovatelům. Rozdíl mezi odměnou za sjednání nové smlouvy a odměnou za dlouhodobou péči o klienta je prostě příliš velký a svádí k opakovanému sjednávání nových smluv, na což často doplácí klient. Z uvedených důvodů považuji za prvořadý úkol regulace tento nepochopitelný poměr narovnat a rozložit odměny v čase rovnoměrněji, resp. formou prodloužení ručení za počáteční odměnu zajistit, aby zprostředkovatel měl zájem na udržení klienta po delší dobu. Samotná výše provizí v ČR je v evropském kontextu a speciálně v prostředí nízkých výnosů z aktiv v kombinaci s krátkou reálnou dobou trvání smluv neudržitelně vysoká (produkt si na ni „nevýdělá“). To mimo jiné ohrožuje kredibilitu celého pojištného sektoru (ve smyslu poskytování férové služby by skutečně ve prospěch klienta) a omezení výše odměn by proto bylo také na místě. Je důležité přitom zajistit, aby efekt z těchto opatření připadl právě klientovi (například formou omezení výše počátečních nákladů, které lze ze strany pojišťovny po klientovi požadovat při předčasném ukončení smlouvy). Pokud jde o politický rozměr této kauzy, domnívám se, že vznikl spíše nešťastnou náhodou. Myslím, že samotná věcná stránka problému politický přesah nemá. Nevšiml jsem si například, že by se tímto tématem kterákoliv politická strana zabývala ve svém programu. Z mého pohledu existuje objektivní problém (snadno číselně doložitelný např. poměrem nákladů na zprostředkování vůči růstu celého odvětví), vyžadující odborné a především rychlé řešení.

UNIQA pojišťovna

Martin Žáček
generální ředitel a předseda představenstva



Foto: UNIQA pojišťovna

Obecně nevnímám regulaci jako vhodný nástroj ke kultivaci podnikatelského prostředí. Na druhou stranu je pravda, že situace na trhu životního pojištění v ČR se postupně dostala do těžko udržitelného stavu. Kombinace aktuální výše provizí, délky ručení a zcela neuspokojivé reálné doby trvání smluv životního pojištění neprospívá reputaci našeho odvětví. Neudržitelnost současného stavu je zvláště navíc nepříznivým demografickým vývojem. Populace stárne a potenciálních zákazníků v optimálním věku stále ubývá. Dnešní výši provizí a způsob vyplácení zásadně komplikuje také úroveň úrokových sazeb. Naším cílem musí být rovnováha mezi pokrytím potřeb klienta kvalitním pojištným produktem, spravedlivou odměnou pro zprostředkovatele, odvedení solidní práce, a přiměřeným ziskem pojišťovny, která na sebe přebírá rizika a zajišťuje servis sjednaný ve smlouvě. Především je třeba si uvědomit, že ztratíme-li důvěru koncových zákazníků, bude už naše diskuze k ničemu. To, že se z dosavadního dohadování stalo politikum, považuji za velmi nešťastné. Eskalace různých výroků a vzájemné osočování poškozuje renomé celého pojištnictví. Potenciální zákazník může získat pocit, že je klamán, a takovému produktu se raději vyhne. Což by bylo nešťastné vyústění sporu, protože životní pojištění má přece nezastupitelnou funkci pro většinu populace. Podle mě není zásadním problémem vlastní výše provize pro zprostředkovatele. Pokud by smlouva vydržela po celou dobu, na niž je sjednána (zpravidla na desítky let), byla by naprosto přiměřená. Finální podoba nové legislativy není ještě známa, osobně preferuji rozvržení provize v čase, aby odměna zprostředkovateli nabíhala z velké části postupně po dobu trvání smlouvy. ■

OBHÁJÍ POJIŠŤOVNY SPOŘICÍ SLOŽKU?

MGR. MARTIN PODÁVKA / ŘEDITEL ÚSEKU POJIŠTĚNÍ OSOB / ALLIANZ POJIŠŤOVNA

Následující roky budou obranou investiční složky životního pojištění. Konstrukce produktu a vývoj poplatkové struktury v posledních letech jsou příčinou současného odmítání investiční složky, stejně jako důvodem názoru ČNB, která považuje spojení slov „spořicí“ a „pojištění“ za zavádějící. Rehabilitaci spořicí složky nepomůže státní regulace ani marketingová komunikace. Je pouze v rukou samotných pojišťoven, zda se podaří zvrátit současný trend odklonu od spořicí části.

Spořicí složka: ano, ano, ano

Nemůže být žádných pochyb, že spořicí složka má v životním pojištění významné místo. Principiálních důvodů je hned několik. Na prvním místě stojí riziko dožití se určitého věku, a tedy dlouhodobá tvorba rezervy pro období, kdy již člověk není (nemůže být) ekonomicky aktivní. Jako druhou oblast vidím samopojištění, kdy pojistné riziko nepřenáší klient na někoho jiného, ale sám si vytváří finanční rezervu pro škody menšího dopadu. A právě správa těchto klientských rezervních peněz (v rámci finanční gramotnosti označované jako emergency funds) není ničím jiným než spořicí složkou životního pojištění. Jako třetí příklad uvedu kombinaci pravidelné investice v balíčku se zproštěním od placení v případě invalidity nebo smrti (např. ve prospěch dítěte). Žádný jiný produkt nemůže podobné řešení typu „2v1“ nabídnout.

Opačný směr vývoje?

Diskuze ohledně regulace odhalila rostoucí názor části zprostředkovatelů: „Životní pojištění je zde primárně jen z důvodu rizikové složky, investiční část je třeba minimalizovat.“ Investiční složka tak začíná plnit pouze roli matematické rezervy, která vyrovnává růst rizikovosti klienta v průběhu trvání pojištění z důvodu zvyšujícího se věku. Zajímavým důsledkem této strategie fakt, že distributoři preferují produkty, které jsou ochotny evidovat akumulovaný dluh po delší dobu, případně produkty modelující vyšší předpokládaný výnos pro účely stanovení ještě menšího postačitelného pojistného, opět s vyšším rizikem výskytu akumulovaného dluhu v průběhu trvání pojistné smlouvy. Zatímco z pohledu distributora jde o „výhody“, z pohledu klienta již situace tak jednoznačná není a z pohledu pojistitele jednajícího s odbornou péčí o výhody určitě nejde. Není snad třeba dodávat, že stav, kdy nejsou



Mgr. Martin Podávka

zájmy jednotlivých stran v souladu, je dlouhodobě neudržitelný.

Rehabilitace spoření

Jistě, jednou z cest budoucího vývoje může být rezignace na spořicí složku, preference rizikového životního pojištění nebo investičního pojištění s povinně minimalizovanou investiční složkou. Tato strategie je reakcí na současné

vlastnosti investičního pojištění a neočekává změnu produktu. Jednoduše řečeno: než abych klientovi kvůli poplatkové struktuře způsobil ztrátu sjednáním vyšší investiční složky, raději uzavřu smlouvu „na riziko“ a investici umístím do produktu bez absurdně vysokých počátečních poplatků. Podobná cesta je ale v rozporu s potenciálem životního pojištění zmíněným na počátku. A už jen proto nedává

Foto: Allianz pojišťovna

dlouhodobý smysl a pro zdravě uvažující pojišťovnu je nepřijatelná. Racionální vize staví na spořicí složce za předpokladu splnění jedné důležité podmínky – musí dojít ke změně konkrétních vlastností pojistných produktů. Musí být odstraněny oprávněné příčiny současné nedůvěry, nabídka pojišťoven musí přinášet klientům vyšší hodnotu než konkurenční odvětví. Nabídka musí být postavena primárně na základě potřeb klientů a nesmí být deformovaná některými nesmyslnými distribučními požadavky.

Čtyři požadavky klienta

Spotřebitelské heslo „Buy term and invest the difference“ (Kup rizikovku a investuj rozdíl) v žádném případě neznamená, že s investicí má jít klient mimo pojišťovnu. Za spojením „investujte rozdíl“ se skrývá očekávání srozumitelného způsobu investování oproti současné konstrukci kombinovaného životního pojištění. Prakticky jde o splnění čtyř vlastností, bez nichž se nelze ucházet o kvalifikovanou správu aktiv klientů:

Informační otevřenost

Investor musí mít k dispozici před sjednáním a v průběhu pojištění informaci o charakteru podkladového aktiva. Standardem je Sdělení klíčových informací (SKI) zahrnující popis investice, rizikový profil, poplatky a náklady a historickou výkonnost. Většinu těchto informací poskytují pojistitelé již dnes (novinkou je od 1. ledna 2015 i celková nákladovost), ne vždy však uceleně na jednom místě. Pro pojišťovny by neměl být problém během jednoho roku připravit SKI a publikovat je způsobem umožňujícím vzdálený přístup. Jednoznačně jde o další směr rozvoje samoregulačních standardů kvality ČAP.

Konstrukční srozumitelnost

Pojistitelé většinou využívají klientův podílový účet investičního pojištění velmi aktivně. Kromě standardních pohybů (nákup podílových jednotek za zaplacené pojistné a odkoupení v případě částečného odkupu) je každý měsíc provedeno několik dalších operací. Například stržení různých poplatků (měsíční, inkasní) a úhrada rizikového pojistného (dle sazebníku, jednotlivě za každé sjednané riziko). Z pohledu úhrady rizika jde o velkou výhodu. Ta je však vykoupena nesrozumitelností vývoje podílového účtu pro průměrného spotřebitele. Pokud má klient strategii skládající se ze 3 fondů a každý měsíc proběhne 10 pohybů, pak je to měsíčně 30 transakcí a ročně 360 položek na výpisu. Podobná konstrukce nikdy nebude klienty přijata jako jednoduchý nástroj tvorby finanční rezervy. Již samotný fakt kolísání ceny podílové jednotky je někdy pro

spotřebitele obtížně přijatelný a komplikace v podobě nadměrného obchodování s podílovými jednotkami pochopení vývoje násobně ztěžuje. Vždyť ani u otevřených podílových fondů není běžné provádět trvalé příkazy/inkasa/úhrady z podílového účtu. Nutnou podmínkou pro masivní využívání životního pojištění jako spořicího nástroje je změna konstrukce pojištění: vytvoření oddělené investiční složky bez nadbytečných účetních pohybů. Některé pojišťovny již k podobným úpravám přistoupily, jsme ale na počátku nutných změn.

Nákladová srovnatelnost

Nežijeme ve vzduchoprázdnu, klient má možnost volby. Pro spotřebitele by nebylo racionální, pokud by používal ke spoření produkt, který je nákladově horší. Z tohoto pohledu jsou jedinými přípustnými poplatky vstupní poplatek (do 5 % z hodnoty investice) a poplatek za správu fondů (započítaný v ceně podílových jednotek). Nelze být alternativou k podílovým fondům s produktem zahrnujícím další nákladové položky: počáteční poplatek, stornopoplatek atd. Zároveň je třeba sledit nekopírovat postupy běžné u programů pravidelného investování. Konkrétně jde o předplacený vstupní poplatek, který se zvyšující se silou spotřebitelů čelí oprávněné vlně kritiky. Jeho zavádění do dalších produktů je z dlouhodobého hlediska jasnou chybou.

Odborné doporučení

Podobně jako u penzijních produktů je základem pro správné stanovení investiční strategie výsledek investičního dotazníku. Ten je zprostředkovateli používán již nyní, ale není povinnou součástí pojistné smlouvy. Jeho budoucí zahrnutí do smluvní dokumentace je tak nevyhnutelné jako dnešní existence klientem vyplněného a podepsaného zdravotního dotazníku.

A pátý od odborníka

Zatímco realizace výše uvedených klientůvých požadavků je plně v rukou samotných pojišťoven, některé změny potřebují pomoc zákonodárce. Požadavky jdou ruku v ruce s principem, že stejné služby pro klienty by měly být regulovány podobně. Je nelogické, aby pro auta platila jiná pravidla silničního provozu než pro motoroky nebo autobusy. Na první pohled jednoduché pravidlo je porušováno hned v několika základních bodech.

Oddělení majetku

V současné době se správou (obhospodařováním) podílových fondů mohou zabývat tři druhy společností, všechny pod dohledem České národní banky. Investiční společnost podléhá zvláštní regulaci dané zákonem

č. 189/2004 Sb., o kolektivním investování. Penzijní společnost je regulována dle zákona 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření. A samozřejmě (životní) pojišťovna, tedy společnost s povolením k provozování pojišťovací činnosti, dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, konkrétně pojistitel s licencí pro provozování životního pojištění spojeného s investičním fondem. Zatímco první dvě společnosti mají oddělený obhospodařovaný majetek investorů od vlastních aktiv, v případě životního pojištění je kvůli historickému vývoji situace jiná. Dříve rozšířené kapitálové životní pojištění nedávalo jinou možnost, než kapitálovou složku považovat za matematickou rezervu a evidovat ji jako součást rozvahy pojišťovny. Nástup investičního pojištění byl tak rychlý, že zákonodárce ani neřešil jinou možnost úpravy a fondy investičního životního pojištění získaly stejné postavení ve formě pojistné rezervy. Situace se podobá penzijním fondům nabízejícím po roce 1994 produkt Penzijní připojištění se státním příspěvkem. V rámci penzijní reformy však došlo k oddělení majetku a jeho vyčlenění do samostatného fondu od ledna 2013. Nově tak penzijní společnosti majetek klientů (včetně zmíněného transformovaného fondu) obhospodařují a není součástí jejich rozvahy. Dlouhodobým cílem pojišťoven by mělo být získat stejný status, který nabízí klientům více jistoty (podílový fond není právním subjektem, nemůže vyhlásit „krach“, majetek stále patří podílníkům).

Tabulka 1: Oddělení majetku

Typ společnosti	Oddělený majetek
Investiční společnost	ANO
Penzijní společnost	ANO
Životní pojišťovna	NE

Daňová pravidla

Zákon o dani z příjmu hovoří o osvobození od daně z příjmů z prodeje cenných papírů za podmínky, že mezi jeho nákupem a prodejem uplynou 3 roky (lhůta platná od počátku roku 2014). V rámci sjednocování podmínek by stejné pravidlo mělo být platné i pro investice v životním pojištění.

I have a dream

Nemohu zakončit tento článek jinak než parafrazí slavného projevu Martina Luthera Kinga: „Sním o tom, že jednoho dne bude životní pojištění pro klienty synonymem pro srozumitelnou ochrannou složku a nákladově efektivní spořicí složku, která je oddělena v samostatných fondech a pojistitelem profesionálně obhospodařována.“ Dobrou zprávou je, že vše záleží jen na nás, pojistitelích. ■

JAK SE VAŘÍ ÚRAZOVÝ GULÁŠ?

PHDR. VLADIMÍR PŘIKRYL / MINISTERSTVO FINANČÍ

JUDR. JANA ČECHOVÁ / MINISTERSTVO FINANČÍ

Tento recept z české politické gastronomie je nejen značně složitý, ale i časově velmi náročný, neboť ani po více než dvaceti letech není dovařeno. Když pejsek a kočička z Čapkovy pohádky vařili dort, přihodili do něj vše, co každý z nich považoval za vhodné. Výsledek našťastí poznal jen zlý pes, který jim ho sežral a měl z toho ukrutné bolení břicha. Z obdobného receptu jako by vycházela i nově připravovaná koncepce transformace zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. Jenže výsledkem může být mnohem bolestivější trávení, a to nejen pro samotné konzumenty.

Tímto článkem navazujeme na náš článek „Nekonečný příběh úrazového pojištění zaměstnanců“ (PO 1/2014), a nebudeme tak popisovat celou historii úrazového pojištění. Zaměříme se pouze na onen „zázračný recept“, který je aktuálně předkládán k rozhodnutí vládě. Právní úpravu zákonného pojištění měl původně nahradit zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů, který systém pojištění odpovědnosti zaměstnavatele převáděl do systému sociálních dávek vyplácených Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ). S ohledem na politický i věcný zásadní nesouhlas s tímto řešením byla jeho účinnost několikrát odložena a novelou zákoníku práce má být zrušen (v současné době před podpisem prezidenta). Není se ani čemu divit, neboť veřejnoprávní systém pojištění nikterak nebrání tomu, aby se zaměstnanec, který utrpí pracovní úraz nebo onemocní nemocí z povolání, domáhal náhrady újmy (majetkové i nemajetkové) podle pravidel občanského zákoníku. Zaměstnavatel by tak platil pojistné za toto sociální pojištění, ale současně by byl vystaven riziku soudní žaloby za náhradu, kterou by nepokrylo toto veřejnoprávní pojištění. V moderním demokratickém systému, kde by na prvním místě měla být ochrana základních hodnot lidského života se všemi jeho individuálními projevy, by přechod na dávkový systém byl výrazným krokem zpět.

Stažení návrhu

Ať se nám to líbí nebo ne, individuální přístup k riziku konkrétního zaměstnavatele je možný pouze na základě individuálně sjednané pojistné smlouvy s pojistitelem podle svobodné volby zaměstnavatele, jehož povinnosti nahradit újmu se pojištění týká. To také bylo

předmětem návrhu zákona, kterým se mělo dané zákonné pojištění transformovat do systému soukromého pojištění provozovaného obdobně jako pojištění odpovědnosti z provozu vozidla, který zpracovalo Ministerstvo financí na základě Legislativního plánu práce vlády a předložilo v roce 2012 do meziresortního připomínkového řízení. S ohledem na následný politický vývoj však byl tento návrh z plánu práce vlády stažen a nebyl již dále projednán. Podmínkou tohoto způsobu transformace bylo uhrazení doposud vznik-

zabezpečení, nebo soukromého pojištění, bylo by v našich podmínkách výjimkou, pokud bychom nešli jinou pro nás tak typickou cestou připomínající vaření dortu pejskem a kočičkou. Zdá se, že Josef Čapek ani tímto svým pohádkovým příběhem nedokázal dostatečně silně varovat před podobnými patlacemi. Ministerstvo práce a sociálních věcí zpracovalo společně se zainteresovanými subjekty variantní řešení dané transformace s tím, že konečné rozhodnutí má být ponecháno na rozhodnutí vlády, neboť dlouhodobě existuje

Bylo sice vítězstvím zdravého rozumu, že se opustila myšlenka sociálního zabezpečení s výplatou dávek, ale i tak systém průběžného financování zásadně limituje podobu budoucího systému.

lých závazků ze zákonného pojištění ve výši přesahující částku 60 mld. Kč ze státního rozpočtu, splatných zhruba do roku 2056. To se ukázalo jako vážný problém. Každý průběžně financovaný systém je totiž založen na úhradě v daném roce splatných závazků bez ohledu na to, ve kterém roce vznikly. Vzniklé závazky, které jsou splatné v budoucnosti (zejména renty), tak musejí být hrazeny z budoucího pojistného. Takové pojištění může dlouhodobě fungovat pouze se zárukou státu, neboť pojistovna nemá jistotu, že v příštím období vybere dostatek prostředků k tomu, aby byla schopna všechny splatné závazky uhradit.

Nepodařený dort

Přestože oba uvedené „recepty“ vycházejí z jasně vymezeného systému buď sociálního

tuje přetrvávající značná názorová rozdílnost mezi subjekty, které mají na konečném řešení své ekonomické a politické zájmy, tj. zástupci zaměstnavatelů, odborové organizace, Rady vlády pro BOZP, pojišťovny, ale i odborníky na danou problematiku. Připomeňme však, že usnesením č. 353 z 10. schůze konané 20. června 2014 Poslanecká sněmovna ČR požádala podle bodu I vládu, aby zachovala koncepci zákona o úrazovém pojištění jako pojištění v rámci sociálního systému – spolu s důchodovým a nemocenským – spravované ČSSZ. Samozřejmě není to sice závazek, ale vezmeme-li v úvahu, že již 28. 7. 2014 v rámci plenární schůze Rada hospodářské a sociální dohody po projednání návrhu Ministerstva práce a sociálních věcí zvolila jako nejvhodnější z předložených variant systém náhrady škody podle zákoníku práce s provozováním formou zákonného pojištění zaměstnavatelů

s průběžným financováním se stanovením sazeb pojistného právním předpisem, pak se nelze ubránit dojmu, že se upřednostňuje dopředu zvolený systém bez ohledu na věcné posouzení jednotlivých variant řešení.

Závazné řešení

Tímto rozhodnutím tak byly určeny základní ingredience našeho „receptu“, které byly pro zpracovatele jednotlivých variant řešení závazné. Nebude se jednat o soukromé pojištění, ale o veřejnoprávní systém založený na striktní regulaci s minimální možností využití výhod tržního prostředí. Bylo sice vítězstvím zdravého rozumu, že se opustila myšlenka sociálního zabezpečení s výplatou dávek, ale i tak systém průběžného financování zásadně limituje podobu budoucího systému. Průběžně financovaný systém vystavuje toto pojištění riziku poklesu přijatého pojistného v důsledku zvýšené nezaměstnanosti, resp. poklesu počtu zaměstnavatelů, přičemž přetrvávají závazky vzniklé v předchozích obdobích, které musejí být uhrazeny z takto nejistého budoucího pojistného. Konkrétní doporučení pro volbu organizačního modelu měla přinést odborná komise pod vedením Ministerstva práce a sociálních věcí, a to po porovnání čtyř následujících variant, kdy by zákonné pojištění zaměstnavatelů prováděly:

• Varianta A

– Soukromé pojišťovny, oproti stávajícímu stavu by došlo k rozšíření o ty, které projeví zájem a splní podmínky zákona. Zpracovatelem této varianty je Ministerstvo financí.

• Varianta B

– ČSSZ jako organizační složka státu, která již v současnosti provádí nemocenské a důchodové pojištění. Zpracovatelem této varianty je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

• Varianta C

– Úrazová pojišťovna jako veřejnoprávní instituce, která by musela být zřízena zákonem jako nová právnická osoba s tripartitním řízením. Zpracovatelem této varianty je Rada vlády pro BOZP.

• Varianta D

– Současné zdravotní pojišťovny, kterým by se rozšířil rozsah činnosti o provádění daného zákonného pojištění. Zpracovatelem této varianty jsou Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny.

K variantě A

Minimum nutných změn

V první řadě jde o řešení, které jako jediné zachovává princip pojištění odpovědnosti



Ilustrační foto: www.freeimages.com-Taistula

zaměstnavatele, tj. na přenesení jeho povinnosti nahradit škodu způsobenou pracovním úrazem nebo nemocí z povolání na pojišťovnu. Oproti současnosti tak bylo provedeno minimum nutných změn. Ty spočívají především v umožnění provozování daného pojištění více soukromým pojišťovnám tak, aby byl nový systém v souladu s čl. 107 a násl. SFEU, tj. s podmínkami podpory poskytované státem. Zde je třeba uvést, že podle vyjádření Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže ta opatření (veřejné) podpory, která nabyla účinku přede dnem 10. prosince 1994 a jsou stále platná i po dni vstupu České republiky do Evropské unie, jsou považována za tzv. existující podporu ve smyslu čl. 108 odst. 1, Smlouvy o fungování Evropské unie, tj. za podporu, k níž může Evropská komise vznášet návrhy na úpravu, ale nemůže požadovat její navrácení za dobu realizace opatření podpory. Z tohoto pohledu

by tedy trvající právní úprava nemusela nutně vyvolávat obavy z hlediska možného konfliktu s předpisy platnými v oblasti veřejné podpory. Je však podstatné upozornit na to, že v důsledku jakékoli změny opatření podpory, k níž došlo po uvedeném datu, a v jejímž případě se nejedná pouze o technickou či administrativní záležitost, se povaha opatření jako „existující“ podpory mění na podporu novou se všemi s tím spojenými povinnostmi či důsledky. Současné zákonné pojištění by se tak do rozporu s těmito podmínkami dostalo okamžikem, kdy v něm bude provedena jakákoli zásadnější změna.

Jako autopojištění

Stejně jako u ostatních variant se předpokládá zavedení úhrady nákladů rehabilitace poškozených zaměstnanců a tvorba fondu zábrany škod ke snížení rizik spojených s daným

pojištěním, což současný systém neumožňuje. Rehabilitace by měla napomoci návratu poškozených zaměstnanců do pracovního procesu, což ve svém důsledku vede ke snížení nákladů na pojištění. Fond zábrany škod byl již zaveden v pojištění odpovědnosti z provozu vozidla a jen za rok 2014 do něj bylo vloženo více než 500 mil. Kč, které byly vyčleněny ke snížení rizik spojených s daným pojištěním. Je tedy na co navázat. Počítá se i s následným zavedením systému bonus/malus, který by umožnil vyšším pojistným zatížit ty zaměstnavatele, kteří oproti jiným zaměstnavatelům s obdobným rozsahem činnosti vykazují vyšší škodný průběh nebo porušují předpisy BOZP a naopak, snížit pojistné u těch zaměstnavatelů, kteří vzniku pracovních úrazů

tvorba garančního a rezervního fondu), které jsou nezbytné z hlediska ochrany poškozených, kdy zaměstnavatel neplnil své povinnosti z daného pojištění, a pro případ potřeby finanční rezervy pro řádné plnění závazků vůči poškozeným. I zde lze navázat na dlouhodobé zkušenosti České kanceláře pojistitelů. Závazky z dosavadního systému pojištění by sice přešly na Kancelář, avšak i nadále by byly hrazeny stávajícími pojišťovnami. Je předpoklad, že dané pojištění bude z pohledu průběžného financování výrazně přebytkové, přičemž tyto přebytky by i nadále zůstaly příjmem státního rozpočtu. Z hlediska nákladů nevyžaduje tento systém žádné počáteční náklady ze státního rozpočtu a bylo by pouze na rozhodnutí každé jednotlivé pojišťovny, zda

a ročními náklady na výplaty plnění by byl součástí kapitoly 313 státního rozpočtu, což by ji jistě posílilo.

Nesourodé prvky

Připomeňme, že pejsek a kočička při svém vaření přidávali nejen to, co se do dortu obvykle dává, ale vše, co každý z nich měl rád. A tak i v této variantě se do systému pojištění odpovědnosti namíchaly zcela nesourodé prvky sociálního zabezpečení postaveného na výplatách dávek. To je totiž založeno nikoli na likvidaci škodných událostí jako pojištění soukromé, ale na primární refundaci odškodnění vyplaceného zaměstnavatelem poškozenému zaměstnanci, resp. oprávněné osobě, a to na základě rozhodnutí ve správním řízení. Zaměstnavatel by tak musel odškodnit oprávněnou osobu sám a následně požadovat po ČSSZ refundaci takto vyplaceného odškodnění. To je ale v zásadním rozporu s charakterem pojištění jako závazkem upraveným občanským zákoníkem. Pro úplnost uvádíme, že podle jeho § 1723 závazek vzniká nejen na základě smlouvy nebo protiprávního činu, ale také z jiné právní skutečnosti, která je k tomu podle právního řádu způsobilá. I na takto vzniklé závazky se pak přiměřeně použijí ustanovení týkající se závazků vzniklých ze smluv. Vadnost tohoto řešení však nevyplývá jen z právního hlediska, ale i z praktického, které je mnohem vážnější. Jak jsme zmínili již výše u varianty A, naprostá většina zaměstnavatelů není finančně ani administrativně způsobilá k tomu, aby zabezpečila řádné odškodnění osob poškozených v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Zaměstnanec by se tak dostal do závislosti na této schopnosti zaměstnavatele, což je zejména v případě výplaty vysokých náhrad odškodnění a rent zcela nežádoucí, neboť by tím došlo k výraznému ztížení situace poškozených zaměstnanců. Na straně zaměstnavatelů by to vedlo k výraznému administrativnímu zatížení a tlaku na likviditu. K tomu je třeba poznamenat, že na ČSSZ by přešly závazky ze současného zákonného pojištění (ve výši přesahující cca 60 mld. Kč, které budou vypláceny až do 2. pol. 50. let tohoto století), jež jsou nyní přímo hrazeny pojišťovnami. Převzetí takové agendy bez k tomu odpovídajícího personálního a materiálního vybavení je značným rizikem, a to jak pro stát, tak i pro zaměstnavatele a poškozeného. Jen těžko si lze představit, že by drobný živnostník byl schopen svému zaměstnanci zaplatit vysoké částky odškodnění v případě škody na zdraví, nemluvě o výplatě renty v řádu desítek let. Nakonec by možná bylo pro něj jednodušší firmu zrušit a založit jinou, takovým závazkem nezatíženou a výplatu odškodnění ponechat v celé šíři na ČSSZ.

Měli bychom se vyvarovat takových východisek, která jsou vedena ambicemi prosadit vlastní řešení bez ohledu na to, jaký to bude mít dopad na poškozené nebo na zaměstnavatele.

a nemocí z povolání aktivně předcházejí. Zde je však třeba uvést, že takový systém vyžaduje důkladné zpracování s ohledem na to, že u různých zaměstnavatelů je značně odlišné riziko a určitý škodný průběh je nutné považovat za odpovídající dané ekonomické činnosti. Také je třeba vzít v úvahu i vliv tohoto systému na celkové přijaté pojistné, kdy teprve po uplynutí určité doby od zavedení systému slev a přírůžek dochází k jeho stabilitě.

Přímý nárok

Varianta A jako jediná zavádí přímý nárok poškozených vůči pojišťovně. To by vedlo k výraznému zlepšení postavení poškozených, kteří by tak nebyli vystaveni riziku sporů se zaměstnavatelem v době, kdy jsou odkázáni na dávky ze sociálního zabezpečení. Primární vyplácení odškodnění poškozeným pojišťovnou za zaměstnavatele (tedy pojištění) nevylučuje, aby zaměstnavatel neodškodnil zaměstnance sám a aby mu pojišťovna pojistné plnění refundovala, stejně jako je tomu v současnosti. V případě prvotních odškodnění provádějí zaměstnavatelé přímou úhradu pouze zhruba ve 30 % případů, u rent dokonce pouze v 10 % případů. Tento způsob odškodňování je realizovatelný pouze u administrativně a finančně způsobilých zaměstnavatelů takové odškodnění provádějí.

Jednotné centrum

Systém více pojišťoven však vyžaduje vznik jednotného centra (Kanceláře úrazového pojištění) pro plnění úkolů společných všem zúčastněným pojišťovnám (vedení statistik, metodika provádění pojištění, jeho kontrola nebo

do systému vstoupí a tyto náklady uhradí ze svých prostředků. Při současných 4 % správní režie, počítáno z ročního objemu přijatého pojistného, tj. cca 260 mil. Kč, si však jen těžko lze představit ochotu jiných pojišťoven, které v současnosti zákonné pojištění neprovazují, do systému vstoupit, jestliže počáteční náklady lze odhadovat na cca 70 mil. Kč.

K variantě B

Správa ČSSZ

Řešení je založeno na převedení systému do správy ČSSZ. Nespornou výhodou je správa veřejnoprávního systému pojištění v rámci jedné instituce, kdy odpadá nezbytnost přerozdělování pojistného a tvorby rezervy pro vyrovnání možných nesouladů mezi výší splatných závazků a objemem přijatého pojistného v daném roce, stejně jako nutnost vytvoření jednotného centra podle varianty A. Výhodou by bylo i využití existujících vazeb mezi strukturou ČSSZ a jednotlivými zaměstnavateli. Realizace tohoto řešení však vyžaduje počáteční náklady na zabezpečení výkonu takové, pro ČSSZ zcela cizí, agendy. Ty se v prvním roce provozování odhadují na cca 375 mil. Kč, následně pak cca 310 mil. Kč ročně. Samozřejmě by část nákladů musela být vynaložena ještě před převodem pojištění na ČSSZ, avšak ne dříve, než by byl vydán právní předpis, na jehož základě by k tomuto převodu došlo. To je také určitou časovou překážkou realizace takového převodu. Přebytek pojistného jako rozdíl mezi výší ročního přijatého pojistného



Výše odškodnění

Značně problematické je i rozhodování sporů o výši odškodnění v rámci správního řízení. K základním ústavním právům patří právo na soudní ochranu. Bude-li věc řešena ve správním řízení, pak řešení soudních sporů se bude řídit částí pátou občanského soudního řádu, která se zejména z hlediska řádného přezkoumání lékařských posudků jeví jako značně problematická (např. judikatura NSS - 3 Ads 82/2012 ze dne 26. 6. 2013 nebo 4 Ads 81/2005 ze dne 20. 9. 2007). Z rozhodování Ústavního soudu vyplývá, že výše náhrady musí být založena na objektivních a rozumných důvodech a aby mezi touto přiznanou výší (peněžní částkou) a způsobenou škodou (újmou) existoval vztah přiměřenosti (např. nález US 3367/13-1). Přiměřenost je dána okolnostmi každého jednotlivého případu, hodnocení závažnosti trvalých zdravotních následků vychází především ze srovnání aktivit a způsobu života poškozeného před poškozením zdraví a po ustálení zdravotního stavu po jeho poškození. Jakékoli „zaškátulování“ ať již prováděcím právním předpisem nebo metodikou by se tak dostalo do rozporu s touto přiměřeností. K tomu z nálezu US ze dne 16. 10. 2007 sp. zn. Pl. 50/05 uvádíme: „celý systém odškodňování bolestí a ztížení společenského uplatnění, který je založen na konstrukci násobků vypočtených podle počtu bodů stanovených ministerstvem, následně zavazující soudní znalce a ve svém důsledku i soud, je celý nedůstojný, odporující principům, které je nutno ctít v demokratické společnosti, mají-li na mysli vážně ochranu lidské cti, důstojnosti a především zdraví a života. Pokud zákon vystaví konstrukci náhrady škody na zdraví (ústavně chráněného práva)

na tom, že pověří úřad (Ministerstvo zdravotnictví), aby ohodnotil výši odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění zcela nedůstojným způsobem, jako je tomu v případě vyhlášky č. 440/2001 Sb., jde o zásadní neúctu k právům člověka, a tedy o rozpor s ustanovením čl. 1 odst. 1 Ústavy. Způsob odškodňování je nedůstojný tím spíše, pokud umožňuje soudům zvyšovat odškodnění stanovené podle zákona ve spojení s vyhláškou pouze ve zvlášť výjimečných případech hodných mimořádného zřetele (§ 7 odst. 3 vyhl. č. 440/2001 Sb.).“ Ústavní soud v tehdy projednávané věci nedospěl k závěru o protiústavnosti napadeného ustanovení, neboť dovodil, že „pokud je obecný soud přesvědčen o protiústavnosti vyhlášky, nemusí ji použít a může rozhodnout pouze na základě a v duchu zákona, který je vyhláškou prováděn.“

Dočasná právní úprava

Bohužel v obdobném duchu se nese i nařízení vlády, kterým se stanoví výše náhrady za bolest a ztížení společenského uplatnění (ZSU) způsobeného pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, způsob určování výše náhrady v jednotlivých případech a postupy při vydávání lékařského posudku včetně jeho náležitostí ve vztahu k posuzované činnosti. Namísto Metodiky Nejvyššího soudu jako v případě odškodnění úrazu podle občanského zákoníku se navrhuje pouze dočasná právní úprava, a to do doby, než bude v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví proškolen dostatečný počet lékařů a bude k dispozici i dostatek podkladů ze soudní praxe, jak je hodnocení ztížení společenského uplatnění realizováno. Je zcela zřejmé, že lékařské hodnocení dopadu újmy způsobené

pracovním úrazem nebo nemocí z povolání nemůže v žádném případě vzít v úvahu individuální dopad do života poškozeného jako soud, takže konečným výsledkem může být naopak více soudních sporů. Až úsměvně působí např. zcela zásadní rozdíl v bodovém ohodnocení ZSU při ztrátě vlasů po skalpací u muže a u žen, kdy úplná ztráta vlasů u muže je ohodnocena 300 body a částečná 240 body, kdežto u ženy 900, resp. 720 body. Zcela jistě se takový rozdíl nebude líbit např. manekýnovi, nemluvě o transvestitovi.

K variantě C

Úrazová pojišťovna

V případě této varianty by nositelem pojištění byla veřejnoprávní Úrazová pojišťovna. Přičemž financování systému pojištění by bylo zabezpečeno samostatně mimo státní rozpočet z výběru pojistného, ze kterého by se hradily refundace náhrady škod vyplacené zaměstnavateli oprávněným osobám. Sazby pojistného by pak byly stanoveny na základě pojistného plánu pojišťovny, který by pravděpodobně schvalovala ministerstva. Pro případ schodkového hospodaření by musel být vypracován mechanismus s vazbou na státní rozpočet, který by zajišťoval řádné plnění závazků této pojišťovny. Na pojišťovnu by přešly všechny závazky ze stávajícího systému zákonného pojištění. Pro tuto variantu platí v plném rozsahu to, co bylo jako klady a zápory uvedeno u varianty B.

Bezpečnost práce nad pojištění

Tripartitní vedení pojišťovny je sice prezentováno jako snaha najít rovnováhu mezi zájmy zaměstnanců a zaměstnavatelů v daném pojištění, avšak, otevřeně řečeno, je zde značné riziko výběru osob do vedení z hlediska jejich odbornosti v oblasti techniky pojištění. Tím, že byl návrh zpracován odborníky na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, nelze se ubránit dojmu, že se návrh více než samotným pojištěním zabývá právě realizací programů z oblasti bezpečnosti práce. I tato varianta je náročná zejména na počáteční výdaje, neboť se jedná o nově zakládaný veřejnoprávní subjekt. Náklady na zavedení jsou odhadovány na cca 320 mil. Kč, v prvním roce provozování na cca 340 mil. Kč. Z hlediska výše uvedených ročních přebytků tato varianta počítá buď s jejich ponecháním v hospodaření pojišťovny, nebo odvodem do státního rozpočtu.

K variantě D

Toto řešení je koncipováno buď jako pojištění s likvidací pojistných událostí zdravotními pojišťovnami, nebo jako refundace

odškodnění primárně vypláceného zaměstnavatelem. Jde tak o kombinaci řešení podle varianty A nebo C. Značnou nevýhodou i přes nesporné synergické efekty zejména z hlediska znalosti zdravotního stavu poškozených zaměstnanců a lékařské odbornosti je otázka placení a výběru pojistného, kdy zaměstnanci stejného zaměstnavatele jsou zdravotně pojištěni u různých zdravotních pojišťoven. Náklady na zavedení tohoto systému jsou odhadovány na cca 137 mil. Kč, v prvním roce provozování pak na cca 286 mil. Kč, následně na cca 291 mil. Kč ročně. Roční přijaté pojistné se má celé spotřebovat v rámci činnosti zdravotních pojišťoven, což by samozřejmě finančně posílilo systém veřejného zdravotního pojištění.

Závěrem

Stejně jako na každý pokrm existuje více receptů, tak i náš úrazový guláš nemusí být uvařen jen z výše uvedených ingrediencí. Pojištění lze provozovat i formou vzájemnostního pojištění plně odděleného od státního rozpočtu. Jde o riziko zaměstnavatelů, proč by si tedy nemohli vytvořit např. Fond úrazového pojištění, který by si sami spravovali, platili pojistné formou příspěvků a hradili z něj své závazky vůči osobám oprávněným z pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. Nakonec bychom nevymýšleli nic nového, neboť obdobný systém je praktiko-

ván například v Německu. V každém případě bychom se měli vyvarovat takových východisek, která jsou vedena ambicemi prosadit určité vlastní řešení bez ohledu na to, jaký to bude mít dopad na poškozené nebo na zaměstnavatele či zda přímo neohrozí celý systém. Pejsek a kočička měli nakonec štěstí, protože svoji patlanici nejedli. Doufejme jen, že stejně dobrý konec bude mít i transformace zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. ■

SMĚRNICE AML: CO PŘINESE NOVÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA?

JUDR. DARINA JAŠIČKOVÁ / PŘEDSEDKYNĚ PRO PRACOVNÍ SKUPINU ČAP COMPLIANCE / COMPLIANCE OFFICER / KOOPERATIVA POJIŠŤOVNA

Dne 5. června 2015 byla v Úředním věstníku EU publikována tzv. 4. AML směrnice (směrnice EP a Rady (EU) 2015/849 o předcházení využívání finančního systému k praní peněz a financování terorismu) nahrazující stávající směrnici č. 2005/60/ES. V návaznosti na její publikaci je připravována novela zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a dalších souvisejících zákonů, která má směrnici implementovat do českého právního řádu a jejíž účinnost je předpokládána od poloviny příštího roku. V tomto článku se pokusíme nastínit hlavní změny, jež zmiňovaná nová právní úprava přinese.

Zásadní změny

Publikací 4. AML směrnice (dále jen Směrnice) byl završen poměrně složitý legislativní proces projednání jejího návrhu v příslušných orgánech EU. Evropská komise představila návrh již v roce 2013, a to v návaznosti na nutnost harmonizace evropského právního rámce s mezinárodními standardy FATF (Finanční akční výbor skupiny G7). Členské státy mají nyní 2 roky na její transpozici do svých národních právních řádů. Mezi hlavní změny nové úpravy patří především zřízení centrálního

registru konečných (skutečných) vlastníků právnických osob a svěřenských fondů, zavedení přísnější kontroly také ve vztahu k domácím politicky exponovaným osobám, rizikově orientovaný přístup při aplikaci předpisů AML a sjednocení sankcí na unijní úrovni. Režim zavedený směrnici se nadále bude vztahovat i na obchodníky se zbožím přijímající platbu v hotovosti, hranice těchto plateb je ale snížena z 15 000 EUR na 10 000 EUR. Pro účely Směrnice se za praní špinavých peněz bude nově považovat i využití výnosu z daňové trestné činnosti podle trestního zákoníku¹.

Registr skutečných vlastníků

Za zcela zásadní změnu lze považovat zavedení centrálního registru konečných vlastníků právnických osob a svěřenských fondů. Na základě vnitrostátní úpravy přijaté v souvislosti se Směrnici budou mít právnické osoby povinnost zajistit identifikační údaje (jméno, příjmení, datum narození, státní občanství, místo trvalého pobytu, povaha a rozsah vlastnictví) o svých konečných vlastnících a oznámit je

¹ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

včetně případných změn centrálnímu registru. Centrální registry budou vedeny členskými státy, avšak očekává se propojení národních registrů přes centrální evropskou platformu. V České republice bude centrální registr pravděpodobně veden v návaznosti na obchodní rejstřík. Podle Směrnice se konečným vlastníkem rozumí fyzická osoba (nebo fyzické osoby jednající ve shodě) s alespoň čtvrtinovým podílem na obchodní korporaci nebo jiné právnické osobě, ať už se jedná o vlastnictví přímé, nebo prostřednictvím dalších korporací. Směrnice však nevylučuje, aby si členské státy stanovily tento podíl nižší. Podle českého práva může být konečným vlastníkem také osoba vykonávající fakticky nebo právně rozhodující vliv na řízení nebo provozování závodu jako např. člen představenstva. Ve veřejném rejstříku by tak měla být uvedena vždy fyzická osoba, která je na vrcholu vlastnické struktury. Pokud nebude možné konečného

nistrativní náklady. S příslušnými variantami přístupu do veřejného rejstříku počítá i současný návrh novely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Svěřenské fondy

V případě svěřenských fondů bude mít svěřenský správce povinnost obstarat a uvést informace o konečných vlastnících těchto fondů. V České republice nyní neexistuje žádný veřejný rejstřík svěřenských fondů, lze proto očekávat vznik zvláštního registru, kde budou tyto informace shromažďovány. Informacemi o konečných vlastnících svěřenského fondu se pak rozumí identifikační údaje zakladatele, obmyšleného, svěřenského správce a popř. dalších osob, kterým byl svěřen dohled nad svěřenským fondem. K těmto informacím bude mít přístup ČNB a FAÚ. Směrnice ponechává na členských státech, zda umožní

poskytování služeb těmto osobám bude nadále vyžadován souhlas vrcholného managementu povinné osoby a také povinnost zavést přísnější pravidla monitoringu transakcí těchto klientů. Podle Směrnice se politicky exponovanými osobami rozumí fyzické osoby, kterým jsou nebo byly svěřeny významné veřejné funkce. Dále jde o politiky, soudce nejvyššího nebo ústavního soudu, členy rady centrální banky, členy vrcholného managementu státních podniků nebo mezinárodních organizací. Avšak oproti předchozí úpravě Směrnice nerozlišuje domácí a zahraniční politicky exponované osoby. Podrobné kontrole proto budou podléhat také čeští politici nebo členové představenstva a dozorčí rady českých státních firem. Přísnější kontrola se vztahuje nejen na politicky exponované osoby, ale také na jejich nejbližší rodinné příslušníky a blízké spolupracovníky, čímž se rozumí především společník nebo skutečný majitel stejné právnické osoby jako politicky exponovaná osoba nebo jiný blízký obchodní partner. Po ukončení výkonu funkce politicky exponované osoby finanční instituce nebo jiné povinné osoby vyhodnotí, zda příslušná fyzická osoba představuje i nadále riziko spojené s příslušnou funkcí. Následně může povinná osoba zavést standardní formu kontroly, nejdříve však 12 měsíců od zániku funkce².

Pojišťovny jako povinné osoby čeká v oblasti AML posílení rizikově orientovaného přístupu.



vlastníka zjistit, bude se za něho považovat člen vrcholného managementu právnické osoby na nejvyšším identifikovaném stupni vlastnické struktury, který je současně fyzickou osobou. Případně to může být jiná osoba fakticky řídící, např. obchodní ředitel, který má dostatečné informace o AML rizicích ve firmě a zároveň dostatečnou rozhodovací pravomoc tato rizika ovlivnit.

Přístup k údajům v centrálním registru

Bezprostřední přístup k datům v registru bude mít pouze ČNB a Finanční analytický útvar (FAÚ). Finanční a úvěrové instituce (popř. další povinné osoby) mohou získat přístup při kontrole v rámci povinností uložených Směrnicí. Veřejnosti může být umožněn omezený přístup, ale pouze za předpokladu, že bude prokázán oprávněný zájem, přičemž výklad tohoto pojmu je ponechán na diskreci členských států. Členské státy mohou udělit ad hoc výjimku a zamezit přístupu k některým nebo všem údajům v registru v případě, že by to mohlo vystavit konečného vlastníka nebezpečí únosu, vydírání nebo jinému druhu násilí či vyhrožování. Výjimku lze udělit i v případě, že konečný vlastník je menšinový společník nebo jinak nezpůsobilý ovlivnit jednání korporace. Na ČNB, FAÚ, finanční a úvěrové instituce se však výjimka vztahovat nebude. Přístup do registru může být v případě osob mimo ČNB a FAÚ podmíněn zaplacením poplatku, který však nesmí přesahovat skutečné admi-

přístup k těmto údajům také dalším povinným osobám v rámci povinností identifikace a kontroly klienta stanovených Směrnicí. Na vyžádání svěřenský správce poskytne finanční instituci nebo další povinné osobě údaje o konečných vlastnících i v rámci procesu identifikace a kontroly klienta u příležitostného obchodu nad 15 000 EUR.

Nahlížení do registru a sankce

Kromě správního poplatku mohou členské státy podmínit nahlížení do registru také online registrací dotazující se osoby. O požadavku na informace ze strany ČNB a FAÚ nebude kontrolována osoba automaticky informována. Rozhodnutí, zda umožnit dotčeným osobám požadovat informace o nahlížení třetích stran, je pak na členských státech. Konečně v případě neuvedení identifikačních údajů o svých konečných vlastnících hrozí právnickým osobám a svěřenským fondům pokuta až 1 000 000 EUR, v případě finančních nebo úvěrových institucí až 5 000 000 EUR.

Režim politicky exponovaných osob

Již nyní mají finanční instituce a další povinné osoby povinnost důkladněji prověřit své klienty v případě, že se jedná o politicky exponované osoby. Pro uzavření smlouvy nebo

Identifikace a kontrola klienta

Povinná základní identifikace klienta zůstává prakticky beze změn. Stále spočívá ve zjištění a ověření totožnosti klienta na základě dokumentů a údajů v rámci procesu KYC (Poznej svého klienta) nebo informací získaných ze spolehlivého třetího zdroje. Nadále bude třeba zjištění totožnosti skutečného vlastníka, získání informací o účelu transakce a provádění průběžného sledování obchodního vztahu. Významné úpravy ale doznal proces tzv. zjednodušené a zesílené kontroly klienta.

Zjednodušená kontrola klienta

Změna spočívá ve zrušení stávajícího systému taxativních výjimek, u kterých dnes není potřeba klienta identifikovat nebo kontrolovat. I v režimu zjednodušené kontroly tak bude nezbytné klienta identifikovat, avšak v rámci zjednodušeného procesu. Specifikaci těchto opatření provede Evropský orgán pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění (EIOPA) v obecných pokynech. Členské státy provedou na základě informací získaných od povinných osob vyhodnocení nízkorizikových oblastí, v nichž pak může členský stát

² Podle platné české právní úpravy nyní platí, že status politicky exponované osoby zaniká bez dalšího po 1 roce od ukončení výkonu funkce.



Ilustrační foto: www.freemages.com-Kratzenberg

udělit povolení provádět zjednodušené kontroly klienta. Roli by měla hrát především výše transakce nebo zda je klient např. veřejnoprávní korporací v členském státě EU. I přes zavedení opatření zjednodušené identifikace klienta zaručí členské státy na úrovni národní legislativy dostatečný monitoring těchto transakcí a obchodních vztahů, aby byla možná detekce neobvyklého chování klienta.

Zesílená kontrola klienta

Do vnitrostátní právní úpravy bude výslovně doplněna povinnost provést zesílenou kontrolu u klientů nebo transakcí v oblastech, které budou vyhodnoceny Komisí, členskými státy nebo povinnými osobami jako rizikové. Zesílené kontroly budou vždy podléhat politicky exponované osoby, jejich nejbližší rodina a spolupracovníci, stejně jako osoby ze země

mimo EU, které komise označila za rizikové. Členské státy budou provádět průběžné vyhodnocení a identifikaci rizikových oblastí především na základě doporučení finančních institucí a dalších povinných osob. Současně bude po povinných osobách vyžadováno, aby identifikovaly svá vnitřní rizika a uplatnily zesílenou kontrolu právě v těchto rizikových oblastech. O výsledcích své činnosti budou členské státy následně informovat evropské orgány dohledu nad finančním trhem. V případě, že některá oblast bude členským státem vyhodnocena jako riziková, budou mít finanční instituce a další povinné osoby povinnost zkoumat původ, účel a okolnosti všech neobvyklých transakcí, které nemají zjevný ekonomický nebo právní důvod. Evropské dohledové orgány vydají pokyny, v nichž upřesní, jak identifikovat oblasti s nižším/vyšším rizikem.

Pokyny budou také obsahovat opatření, která budou při zjednodušené či zesílené kontrole klienta uplatňována. Komise bude průběžně vyhodnocovat, které země mimo EU mohou představovat vysoké riziko v oblasti praní peněz a financování terorismu. Klienti z těchto zemí pak budou podléhat přísnější kontrole ze strany povinných osob podobně jako politicky exponované osoby. Přísnější kontrola se nebude automaticky vztahovat na dceřiné společnosti nebo pobočky se sídlem v rizikových třetích zemích. V tomto případě však bude nutné prokázat, že opatření a celková politika dceřiné společnosti nebo pobočky je plně v souladu s politikou celé skupiny. Pro případy, kdy právní prostředí země mimo EU nedovolí pro dceřiné společnosti zavést potřebná opatření, evropské dohledové orgány vydají regulační technické normy, v nichž stanoví nutná opatření, která musí mateřská společnost zavést.

Sankce

Směrnice přináší podrobněji upravené a přísnější sankce v oblasti praní peněz. Stanoveny jsou minimální výše pokut a demonstrativní výčet sankcí, které budou muset členské státy do svých právních řádů zavést. Osobě, která poruší povinnosti stanovené vnitrostátní úpravou na základě Směrnice, bude hrozit sankce až ve výši dvojnásobku prospěchu získaného protiprávním jednáním nebo s horní hranicí nejméně 1 000 000 EUR. V případě úvěrové nebo finanční instituce bude horní hranice stanovena na nejméně 5 000 000 EUR nebo až 10 % ročního obrátu. Kromě peněžité sankce bude za porušení uložených povinností také možné uložit příkaz ukončit nebo neopakovat nežádoucí chování či uložit dočasný zákaz výkonu funkce např. členovi představenstva. Novinkou bude i zveřejňování zásadních pravomocných rozhodnutí ČNB nebo FAÚ o udělení sankce, a to na internetových stránkách ČNB po dobu alespoň 5 let. ČNB a FAÚ bude informovat EIOPA o veškerých opatřeních a správních sankcích souvisejících s režimem proti praní peněz. Evropské orgány dohledu poté prostřednictvím svých internetových stránek umožní přístup ke všem zveřejněným rozhodnutím členských států.

Prováděcí opatření na úrovni EU

V návaznosti na vydání Směrnice vypracuje EIOPA do 24 měsíců po vstupu Směrnice v platnost návrh regulačních technických norem a do 18 měsíců vydá obecné pokyny pro členské státy. Regulační normy specifikují

opatření, která se mají zavést ve vztahu k rizikovým mimoevropským zemím. Pokyny adresované ČNB, FAÚ, finančním a úvěrovým institucím upřesní, jaká opatření zavést v případě zjednodušené a zesílené kontroly klienta, a především jak identifikovat oblasti s nižším nebo vyšším stupněm rizika. Komise pak čtyři roky po vstupu Směrnice v platnost vypracuje legislativní návrh spolu s technickými požadavky, který se týká propojení centrálních registrů konečných vlastníků přes centrální evropskou platformu. Konečně regulační technické normy pro korporace, které mají dceřiné společnosti nebo pobočky v zemích mimo EU, budou vydány do 18 měsíců po vstupu Směrnice v platnost. Upravena budou především minimální opatření, jaká se mají zavést v případech, že třetí země neumožní v plném rozsahu zavedení pravidel stanovených touto Směrnicí.

Legislativní proces v České republice

Transpozice 4. AML směrnice do českého právního řádu se promítá do připravované novely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Dalším důvodem jejího předložení je zejména revize Doporučení FATF, která reaguje na neustálý vývoj v oblasti boje proti praní peněz a financování terorismu a nově i financování šíření zbraní hromadného ničení. Dále se zde zohledňují doporučení výboru Moneyval Rady Evropy (územní těleso FATF pro členské státy Rady Evropy) z jeho hodnotící zprávy o uplatňování opatření proti praní špinavých peněz a financování terorismu v České republice. Rovněž je přihlíženo k požadavkům vyplývajícím

z praktického uplatňování novelizovaného zákona na základě konzultací se zástupci povinných osob i spolupracujících orgánů státní moci. Novela se nyní nachází v připomínkovém řízení, navrhovaná účinnost je od poloviny příštího roku.

Závěrem

Po transpozici Směrnice do českého právního řádu bude pojišťovny jakožto povinné osoby čekat revize vnitřních předpisů a postupů v oblasti AML, aby byly uvedeny do souladu s novou právní úpravou. To rovněž vyvolá potřebu proškolení příslušných osob, ať už zaměstnanců či osob spolupracujících s pojišťovnou v této oblasti. Zejména z reputačního rizika budou rovněž důležité nově stanovené sankce. ■

ÚSTAVNÍ SOUD PROLOMIL JEDEN ZE ZÁKLADNÍCH PRINCIPŮ POJIŠŤOVNICTVÍ

MGR. LUCIE JANDOVÁ / PŘEDSEDKYNĚ PRACOVNÍ SKUPINY OBČANSKÝ ZÁKONÍK / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Dne 16. 7. 2015 vydal Ústavní soud náleze ve věci pojištění cestovní kanceláře pro případ úpadku, na který netrpělivě čekala široká veřejnost, a to jak laická, tak i odborná. Soukromě se tento náleze může týkat každého, kdo při organizování dovolené využívá v rozsahu daném zákonem služeb cestovních kanceláří, odborně pak těch, kteří se zabývají pojištěním cestovních kanceláří nebo s ním profesně přijdou do jiného kontaktu.

Jako cestovatele nás možná mohou závěry nálezu Ústavního soudu těšit, z hlediska právní úpravy pojištění a principů jeho fungování je však lze považovat za překvapivé a pro praxi poměrně problematické. Ústavní soud zamítl ústavní stížnost pojišťovny Generali podanou proti rozhodnutí, kterým soud prvního stupně přiznal zákazníkovi cestovní kanceláře pojištění plnění v rozsahu přesahujícím sjednanou (a v součtu pojišťovnou vyplacenou) horní hranici pojištění plnění. O jakou argumentaci Ústavní soud svoje rozhodnutí opřel a co bude tento náleze Ústavního soudu znamenat do budoucna? Náleze Ústavního soudu bude

na straně pojištění praxe jistě podroben detailní analýze, shrňme si proto jen základní body.

Když limit není limit...

Ačkoli Ústavní soud označil podrobnou argumentaci pojišťovny za právně kvalifikovanou, postavil proti ní výkladovou alternativu, podle níž povinnost plně náhrady zákazníkům cestovní kanceláře plyne přímo ze zákona (minimálně zákon č. 159/1999 Sb.), přičemž „minimální limity sjednaného pojištění mají jen globálně eliminovat podhodnocování rizik při uzavírání

pojištných smluv...“ Dále Ústavní soud vychází z domněnky, že v případě sporného znění právního předpisu se zákonodárce nehodlal odchýlit od účelu sledovaného unijním právem.

Eurokonformní výklad

Pokud jde o výklad zákona, Ústavní soud vychází z povinnosti interpretovat a aplikovat vnitrostátní právo „eurokonformním“ způsobem, tedy při více výkladových variantách volit tu, která bude v souladu s právem Evropské



Ilustrační foto: Dreamstime.com

unie. Tento princip je však podle názoru pojišťovny na místě tam, kde vnitrostátní právo dává takovému výkladu prostor. Soudní dvůr EU přitom opakovaně zdůraznil, že povinnost výkladu vnitrostátního práva v souladu se

Soukromoprávní ujednání omezující nároky spotřebitelů lze jistě považovat za problematickou, nicméně s horní hranicí pojistného plnění pracují nejen pojistné podmínky pojistitelů, ale také sám zákon č. 159/1999 Sb. a důvo-

pojistného plnění ve vztahu k povinnostem pojišťovny podle veřejnoprávních předpisů. Podle nich pojišťovna jako finanční instituce musí dobře znát a řídit rizika a při své činnosti postupovat obezřetně, a to při zajištění odborné péče a předpokladů trvalé splnitelnosti svých závazků, jakož i tvorby odpovídajících technických rezerv.

Ústavní soud vychází z povinnosti interpretovat a aplikovat vnitrostátní právo „eurokonformním“ způsobem.

“

”

směrnici je omezena obecnými právními zásadami, zejména zásadou právní jistoty, tedy nemůže sloužit jako základ pro výklad vnitrostátního práva contra legem (v rozporu s platnými zákony). Nic takového však Ústavní soud neshledal.

Ne/omezení práv spotřebitele

Pokud jde o spotřebitele, konstatuje Ústavní soud, že ujednáním pojišťovny s cestovní kanceláří nelze omezit práva spotřebitele zaručená právem Evropské unie. Dále soud dovozuje, že nelze použít omezení pojistného plnění vyplývající z § 28 odst. 1 a 3 zákona o pojistné smlouvě (pozn.: upravujícího pojistnou částku a limit pojistného plnění jako horní hranici pojistného plnění a pravidla pro jejich stanovení) či pojistných podmínek pojišťovny.

dová zpráva k němu, a pak se domníváme, že je nutno pojem v něm použitý vyložit právě podle příslušného právního předpisu (zejména podle zákona o pojistné smlouvě nebo nového občanského zákoníku). Argumentace pojišťovny neuspěla ani v tom směru, že k pojistným podmínkám pojišťovny byla vydána kladná stanoviska státních orgánů. Například Ministerstvo financí v roce 2000 vydalo pojišťovně povolení k dané pojišťovací činnosti a po kladném vyjádření Ministerstva pro místní rozvoj schválilo pojistné podmínky pojišťovny zakotvující princip pojistné částky a eventuálně poměrného uspokojení zákazníků cestovní kanceláře.

Veřejnoprávní dopady

Z hlediska veřejnoprávního však rozhodnutí podle našeho názoru zejména nijak nezohledňuje důsledky vyloučení principu horní hranice

Další vývoj

Z hlediska soukromoprávního lze očekávat, že se na pojistitele tohoto pojištění začnou v širší míře obracet zákazníci cestovních kanceláří se žádostmi o doplacení nároků nad rámec vyplaceného pojistného plnění u těch úpadků cestovních kanceláří, u nichž nebyly nároky zákazníků uhrazeny v plné míře právě z důvodu nedostatečného limitu pojistného plnění sjednaného cestovní kanceláří. Je na pojistitelích, jak k těmto nárokům přistoupí. Podstatně komplikovanější důsledky však přináší nálezy Ústavního soudu pro pojistitele z hlediska veřejnoprávního, kdy je třeba, aby pojistitelé zvážili, zda a za jakých podmínek lze při závěrech nálezu Ústavního soudu do budoucna nabízet a sjednávat toto pojištění tak, aby dostali jak svým soukromoprávním závazkům z tohoto pojištění, tak zejména svým veřejnoprávním povinnostem. I na aktuálně navrhované legislativní změny zákona č. 159/1999 Sb. je totiž třeba nahlížet optikou nálezu Ústavního soudu, ačkoliv tyto s limitem pojistného plnění nadále pracují. ■

NOVINKY Z LEGISLATIVY

OBDOBÍ 1. 5. 2015 – 31. 7. 2015

MGR. EVA KOZOJEDOVÁ / PŘÁVNÍK EXPERT / GENERALI POJIŠŤOVNA

1. Zákon č. 103/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 406/2000 Sb., o hospodaření energií, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. Mění se ustanovení v oblasti snižování energetické náročnosti budov, průkazu energetické náročnosti, energetického auditu nebo energetických posudků. Nově vzniká vlastníkům budov (vč. společenství vlastníků jednotek) či stavebníkům za určitých podmínek povinnost vybavit každý byt a nebytový prostor přístroji registrujícími dodávku tepelné energie, kterými jsou stanovená měřidla podle zákona o metrologii anebo zařízení pro rozdělování nákladů na vytápění. **Účinnost 1. 7. 2015.**

2. Vyhláška č. 112/2015 Sb., o odborné a zdravotní způsobilosti členů posádky lodě, průkazech způsobilosti, námořnických knížkách a kapitánském slibu. Nově se mj. stanoví podmínky zdravotní způsobilosti, rozsah, obsah a způsob provedení lékařské prohlídky, obsah zkoušky, plán výuky a výcviku, vzory průkazů. **Účinnost 1. 7. 2015.**

3. Nález Ústavního soudu č. 115/2015 Sb. ze dne 31. března 2015, sp. zn. Pl. ÚS 1/14 ve věci návrhu na zrušení čl. LII bodu 2 zákona

č. 303/2013 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím rekodifikace soukromého práva. Zrušuje se přechodné ustanovení, které umožňovalo v exekučních řízeních zahájených před 1. 1. 2013 postihnout exekučním příkazem vydaným po 1. 1. 2013 výlučný majetek manžela povinného. **Platnost 14. 5. 2015.**

4. Vyhláška č. 122/2015 Sb., o způsobu vnějšího označení, služebních stejnokrojích a zvláštním barevném provedení a označení služebních vozidel, plavidel a letadel Policie České republiky a o prokazování příslušnosti k Policii České republiky (o policejním označení). **Účinnost 1. 6. 2015.**

5. Vyhláška č. 123/2015 Sb., kterou se stanoví seznam znaleckých oborů a odvětví pro výkon znalecké činnosti. Mezi znalecké obory se nově doplňuje odvětví Stanovení nemateriální újmy na zdraví. **Účinnost 1. 6. 2015.**

6. Zákon č. 127/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině a o změně souvisejících zákonů, a zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Mění se vymezení předškolních zařízení pro účely zákona o daních z příjmů (pro uplatnění daňového zvýhodnění rodičů za umístění dítěte a daňové uznatelnosti výdajů vynaložených zaměstnavatelem na provoz předškolního zařízení). **Účinnost 4. 6. 2015.**

7. Zákon č. 139/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 120/2001 Sb., o soudních exekutorech a exekuční činnosti (exekuční řád) a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 256/2013 Sb., o katastru nemovitostí (katastrální zákon). Novela zavádí nárok účastníka, který nebyl v řízení zastoupen zástupcem podle § 137 odst. 2 (zejména advokátem) a který má právo na náhradu nákladů řízení (aniž by musel dokládat jejich skutečnou výši), na náhradu nákladů v paušální výši určené zvláštním právním předpisem. Paušální výše bude určena vyhláškou Ministerstva spravedlnosti. Novela dále zpřesňuje pravidla pro výkon rozhodnutí či exekuci na majetek ve společném jmění manželů. **Účinnost 1. 7. 2015.**

8. Vyhláška č. 147/2015 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva vnitra č. 326/2000 Sb., o způsobu označování ulic a ostatních veřejných



Mgr. Eva Kozojedová

Foto: Archiv autorky

prostranství názvy, o způsobu použití a umístění čísel k označení budov, o náležitostech ohlášení o přečíslování budov a o postupu a oznamování přidělení čísel a dokladech potřebných k přidělení čísel, ve znění vyhlášky č. 193/2001 Sb. **Účinnost 1. 7. 2015.**

9. Vyhláška č. 160/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 16/2012 Sb., o odborné způsobilosti osob řídících drážní vozidlo a osob provádějících revize, prohlídky a zkoušky určených technických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva dopravy č. 101/1995 Sb., kterou se vydává Řád pro zdravotní a odbornou způsobilost osob při provozování dráhy a drážní dopravy, ve znění pozdějších předpisů. **Účinnost 1. 7. 2015.**

10. Zákon č. 163/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření, ve znění pozdějších předpisů. Novela reaguje na rozhodnutí vlády ukončit systém důchodového spoření a mj. zamezuje vstupu nových účastníků do tohoto fondového systému. **Účinnost 1. 7. 2015.**

11. Zákon č. 166/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů. Mění se ustanovení upravující zařazení Finančního analytického útvaru a kontrolu jeho činnosti, posiluje se jeho nezávislost na Ministerstvu financí. **Účinnost 1. 10. 2015.** ■



Ilustrační foto: Dreamstime.com

VÝVOJ POJISTNÉHO TRHU: PŘELOMOVÝ ROK 2014

ING. JAROSLAV URBAN / POJISTNÝ ANALYTIK / SUPIN

Česká asociace pojišťoven (ČAP) vydává svou již 16. výroční zprávu, kterou zveřejnila na svém webu (www.cap.cz). Nastala tedy vhodná příležitost k dalšímu zamyšlení nad vývojem českého pojištného trhu v delším časovém srovnání. Kromě tradičního zhodnocení aktuálního vývoje nově zveřejňovaných výsledků se můžeme totiž podívat hlouběji do historie na dlouhodobý vývoj klíčových ukazatelů, z nichž některé jsou k dispozici již od roku 1997, a tak posoudit celkový přínos tohoto odvětví české společnosti.

Metodika ČAP

Nejprve ale vysvětlíme důležitý aspekt výsledků zveřejňovaných Českou asociací pojišťoven. ČAP používá vlastní metodiku, kterou upravuje hodnoty předepsaného pojištného, s cílem poskytnout svým členům i veřejnosti přesnější obraz o vývoji českého pojištného trhu. Detaily nyní dopodrobna popisovat nebudeme, ale úprava zamezí především zkreslení reálných výsledků o tu činnost, která přímo nesouvisí s krytím rizika, může vést k duplicitám nebo je členy asociace vyvíjena v zahraničí, a nijak tak nesouvisí s pojištnou ochranou občanů a firem v ČR. Výsledný předpis je po úpravě nižší ve srovnání s tím, co na svých webových stránkách zveřejňuje Česká národní banka (ČNB) podle českých účetních standardů jako další významný zdroj statistik pojištného odvětví.

Celkový vývoj

Celkové předepsané pojištné se ve srovnání s rokem 2013 zvýšilo o 0,9 %. To znamená zlepšení hodnot dosažených o rok dříve (+0,3 %), ale i tak dochází pouze k pozvolnému odpoutání se od stagnace posledních let. Pozitivního výsledku bylo nyní dosaženo zásluhou neživotního pojištění, které v předepsaném pojištném rostlo o 2 %. Tento nárůst naopak vyvažoval vývoj v životním pojištění, kde se předepsané pojištné snížilo o 0,6 %.

Neživotního pojištění

V případě neživotního pojištění jde o druhý pozitivní výsledek v řadě, kdy předepsané pojištné klesalo od roku 2010 do roku 2012, a to především kvůli mnohokrát popisovaným propadům v segmentu pojištění vozidel, kde již v minulosti byly sazby stlačeny na minimum.

Tento segment je navíc ovlivněn nedávným legislativním vývojem, a to zejména rekodifikací občanského práva nebo povinným odvodem části vybraného pojištného. Nový občanský zákoník (NOZ), účinný od 1. 1. 2014, přináší řadu novinek v oblasti odškodňování nemajetkové újmy (např. bolestné nebo odškodnění pozůstalých), kdy se očekávalo a postupně se potvrzuje znatelné navýšení těchto nároků. Logicky by tomu odpovídalo i přiměřené navýšení předepsaného pojištného, které ale zatím roste spíše pozvolnějším tempem.

Životní pojištění

Životní pojištění naopak dlouho vyrovnávalo poklesy předepsaného pojištného neživotního pojištění, ale tato situace se v roce 2014 obrátila. Hlavním důvodem je výrazné zpomalení růstu investičního životního pojištění (IŽP) v posledních 2 letech, které již nevyrovná dlouhodobý pokles ostatních tradičních odvětví, jako je kapitálové životní pojištění nebo důchodové pojištění. Tento setrvalý trend odklonu od tradičních produktů k populárnímu IŽP jsme popisovali již v minulých číslech Pojištného obzoru. Vývoj v životním pojištění je dále ovlivněn nepříznivým trendem masivního přepojišťování, a v důsledku toho i postupným snižováním propojištěnosti. Počet smluv oproti roku 2013 klesl o 265 tis., což odpovídá meziročnímu snížení o 4,2 % na cca 6,1 mil. smluv.

Legislativní úprava

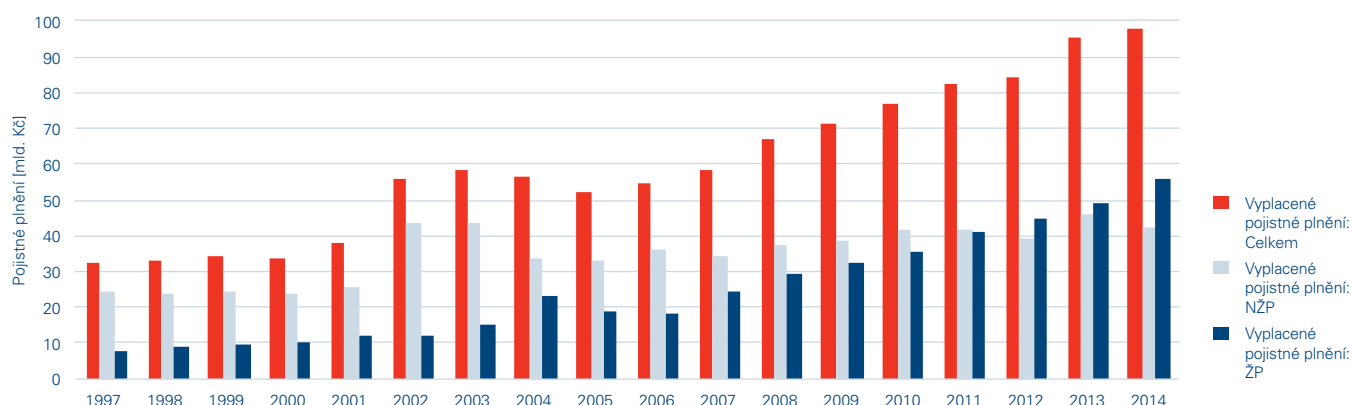
Další skutečností ovlivňující životní pojištění je nová legislativní úprava účinná od 1. 1. 2015, která mění daňovou ustatelnost uzavřených pojištných smluv. Po změně jsou tak daňově ustatelné pouze ty smlouvy životního pojištění, které již neumožňují tzv. mimořádné výběry. Hlavní motivací tohoto kroku, a s tím lze jistě souhlasit, byla eliminace poskytování

výplat a odměn zaměstnancům přes životní pojištění, a tím obcházení daňových a jiných odvodů, což ale i přes správnou snahu o zamezení těmito únikům může pro některé klienty pojišťoven představovat zásadní nedostatek, který povede ke zvýšení nákladovosti v jejich neprospěch. Tito klienti se navíc museli do 31. 3. 2015, tedy v relativně krátké lhůtě, definitivně rozhodnout, zda chtějí zachovat svoji smlouvu daňově uznatelnou i podle nové zákonné úpravy nebo naopak zachovat možnost částečných odkupů naspořené kapitálové hodnoty. Nyní již víme, že počet smluv splňujících podmínky daňové uznatelnosti i po tomto datu klesl přibližně o jednu třetinu. Pokud to budeme posuzovat podle předepsaného pojištného, tak je pokles ještě výraznější a blíží se jedné polovině. Tento výsledek není nejlepším signálem pro vývoj životního pojištění v následujícím období.

Vyplacená pojištná plnění

Spolu s celým pojištným trhem se postupně vyvíjí i pojištná plnění vyplacená klientům pojišťoven, jak ukazuje Graf 1. V roce 2014 poprvé přesáhly celkové náklady na pojištná plnění 100 mld. Kč, z čehož samotné vyplacené pojištné plnění zaujímá 98 %. Pokud navíc zahrneme dostupnou historii od roku 1997 do roku 2014 (uvažujeme nominální nediskontované hodnoty a takto budeme postupovat i dále), tak vyplacené plnění za toto období již překročilo 1 bilion Kč (pro srovnání celková výše příjmů státního rozpočtu ČR za rok 2015 vychází v podobném rozsahu ve výši 1,1 bil. Kč). Mezi odvětví s objemově nejvýznamnějším plněním patří především pojištění vozidel (odpovědnosti i havárie), živelních škod (majetku), ale i životní pojištění jako celek.

Graf 1: Vyplacené pojistné



Zdroj: ČAP

Neživotní pojištění detailně

Neživotní pojištění má dlouhodobě stabilní vývoj a meziroční srovnání zpravidla nepřináší dramatické skokové změny. Většinu produktů tak charakterizuje postupné navyšování předepsaného pojistného, i když existují výjimky a některé mají na celkový výsledek významný vliv, např. již zmíněné pojištění odpovědnosti z provozu vozidel.

Úrazové pojištění

Další výjimkou je úrazové pojištění jako tradiční odvětví neživotního pojištění. Předepsané pojistné dosáhlo vrcholu v roce 2010, kdy oproti roku 2001 posílilo přibližně o 1 mld. Kč na 2,4 mld. Kč. Poté nastal obrat a předepsané pojistné postupně pokleslo na aktuální cca 2 mld. Kč. Jednoduché vysvětlení spočívá v odklonu od uzavírání samostatných smluv

přesto i zde propojištěnost může nadále růst. Výskyt pojistných událostí a s tím související pojistné plnění už tak stabilní není. Výrazně (násobně) roste spolu s výskytem především velkých povodní, které ČR zasáhly v letech 1997, 2002, 2006, 2010 a 2013. Zvláště v roce 2002 dosáhlo pojistné plnění v případě pojištění budov a staveb až dvojnásobku předepsaného pojistného a značně se navýšilo i v dalším roce, kdy likvidace povodňových škod ještě dobíhala. Přesto pojišťovny skokově nezvýšily sazby v následujících letech, a hlavně významně přispěly ke stabilizaci celé situace po nejničivějších povodních v novodobé historii ČR.

Pojištění odpovědnosti

Význam pojištění odpovědnosti občanů stále roste. V roce 2014 dosáhlo předepsané pojistné hodnoty 1,4 mld. Kč., což představuje

charakteru už pokryj jen stěží. Podobná situace může nastat i v souvislosti s očekávaným vývojem v odškodňování nemateriální újmy (podobně jako v pojištění odpovědnosti z provozu vozidla) po změnách, které přináší již zmíněný nový občanský zákoník.

Cestovní pojištění

Předepsané pojistné v cestovním pojištění postupně posilovalo do roku 2011, kdy dosáhlo hodnoty 2 mld. Kč, a poté se růst zastavil. Oproti tomu počet pojistných událostí mírně roste i po roce 2011, ale výše pojistného plnění je stabilní.

Pojištění podnikatelů

Pojištění podnikatelů zůstává za období minulých deseti let stabilní, kdy poslední době pozorovatelné změny přinesly ničivé katastrofické události v roce 2002. V pojištění majetku podnikatelů se předepsané pojistné v následujícím roce zvýšilo o 37 %, což ale souvisí se ztelně větším zájmem o krytí těchto rizik mezi podnikateli po negativní zkušenosti s řaděm přírodních živlů, a znamenalo i revizi řady smluv. Pojištění odpovědnosti v podnikatelské sféře je také na vzestupu, podobně jako je tomu u těchto produktů pro individuální klientelu. Od roku 1997 se předepsané pojistné navýšilo cca trojnásobně a aktuálně se blíží hodnotě 4,9 mld. Kč. Úměrně tomu roste i počet vyřizovaných pojistných událostí a vyplacené pojistné plnění.

Havarijní pojištění

Vyjma pojištění odpovědnosti, které jsme už zmínili v úvodu, je velmi podstatným produktem v pojištění vozidel havarijní pojištění. Předepsané pojistné v havarijním pojištění rostlo do roku 2008, kdy dosáhlo vrcholu na úrovni 16,8 mld. Kč. Poté se začala projevovat silná konkurence vytvářející velký tlak na sazby tohoto pojištění, který dále umocnila klesající cena nových vozidel mající přímý vliv na výši

Vývoj v životním pojištění je ovlivněn nepříznivým trendem masivního přepojišťování, a v důsledku toho i postupným snižováním propojištěnosti.

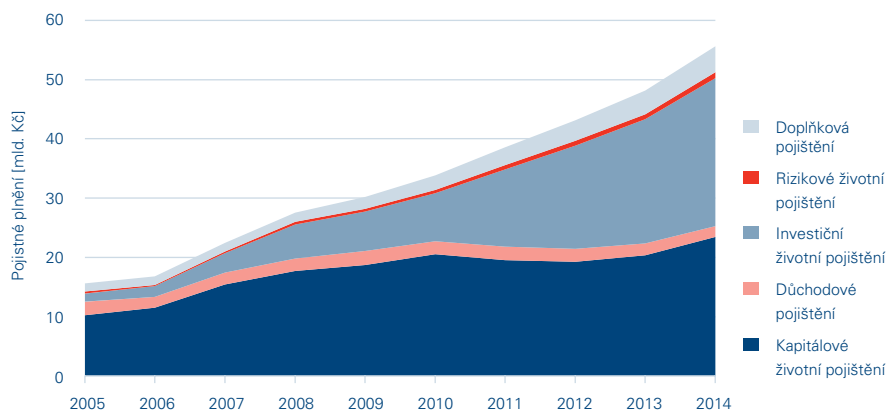
úrazového pojištění v rámci neživotního pojištění a následného připojišťování rizika úrazu u smluv životního pojištění. Tento trend se v roce 2014 nadále potvrzuje.

Pojištění domácnosti a pojištění budov a staveb

Pojištění majetku obyvatel, tedy pojištění domácnosti a pojištění budov a staveb, je dobrý příklad pozitivního přínosu pojišťovnictví. Vývoj předepsaného pojistného je dlouhodobě stabilní a má mírně rostoucí trend. V roce 2014 dosáhlo předepsané pojistné hodnoty cca 8 mld. Kč. Postupně roste i počet smluv (cca 4,5 mil. v roce 2014), a tak je stále větší podíl populace krytý proti těmto rizikům,

meziroční posílení o téměř 10 %. Pro srovnání v roce 1997 se předepsalo jen necelých 200 mil. Kč. Tomu také odpovídá i vytrvalý růst počtu pojistných událostí, který se blíží 92 tis. a oproti roku 2013 se navýšil o 19 % spolu s pojistným plněním, které rostlo o 15 %. I průměrná škoda pozvolna rostla do roku 2010, poté se stabilizovala a v roce 2014 mírně poklesla na necelých 8 tis. Kč. Navzdory pozitivním výsledkům popsaných výše stále existují možnosti, jak toto pojištění dále rozvíjet a propagovat mezi klienty. Prostor nabízejí především relativně nízké limity, které jsou dostatečné pro běžné škody na majetku, ale vážné škody na zdraví s trvalými následky spojené s vysokými kompenzacemi rentového

Graf 2: Vyplacené pojistné plnění v životním pojištění



Zdroj: ČAP

pojistného. Předpis havarijního pojištění klesl o více než 2,5 mld. Kč na cca 14,2 mld. Kč v roce 2012, kdy se stabilizoval. Tomu ovšem zcela neodpovídá vývoj vyplaceného plnění, které rostlo do roku 2011 a mírně pokleslo až v následujících letech, a dále pokračoval i růst počtu hlášených pojistných událostí, který se zastavil v roce 2014.

Životní pojištění pod drobnohledem

Vývoj ukazatelů životního pojištění během historie významně kolísá, a tím se značně liší od výše popsaného segmentu neživotního pojištění. Kolísání je zapříčiněno především velmi rozdílným předpisem jednorázově placeného pojistného, které se rok od roku mění i velmi skokově a souvisí zřejmě s nabídkou vhodných investičních příležitostí i celkovou vyšší výnosů. Abychom dosáhli vyrovnaných a porovnatelných výsledků a reflektovali skutečnost, že rozhodující část takového pojistného připadá na investiční složku, tak používáme od konce roku 2011 zmíněnou metodiku ČAP, která tento nedostatek odstraní snížením vlivu jednorázového pojistného na jednu desetinu původních hodnot. Tento postup je přínosem zvláště s přihlédnutím ke skutečnosti, že účelem jednorázově placeného pojistného je zpravidla snaha o zhodnocení naspořených finančních prostředků než krytí reálného rizika prostřednictvím pojistné ochrany klienta.

Obchodní produkce

Nejprve ale zhodnotíme nový obchod, tedy nově uzavírané smlouvy, kde použijeme hodnoty v plné výši bez dalších úprav. Zde vývoj koresponduje s již zmíněnou současnou popularitou investičního životního pojištění, kdy

řada nových klientů využívala tyto produkty jako další investiční příležitost, a to v důsledku vedlo k masivnímu nárůstu jednorázově placeného pojistného. Bez ohledu na to, zda jde pro pojistníka o nejlepší investiční řešení, došlo mezi lety 2002 a 2010 k jeho více než pětinasobnému navýšení. Od následujícího roku se výběr pomalu snižuje, ale i tak zůstává v roce 2014 na vysoké úrovni cca 23 mld. Kč účetního předepsaného pojistného. Naproti tomu dosažené hodnoty produkčního pojistného u běžně placených smluv jsou mnohem vyrovnanější. Pohybují se mezi 6 až 9 mld. Kč ročně a nepodléhají skokovým změnám.

Neživotní pojištění má dlouhodobě stabilní vývoj a meziroční srovnání zpravidla nepřináší dramatické skokové změny.



Navzdory nižšímu předpisu ve srovnání s jednorázově placeným pojistným je tento segment významnější pro naplnění hlavního cíle pojištění, tedy krytí rizika. Nicméně od roku 2011 dochází k postupnému snižování výběru i běžně placeného pojistného (v posledních 2 letech o přibližně 10 %) a tento nepříznivý trend negativně ovlivňuje i vývoj v životním pojištění jako celku.

Kapitálové životní pojištění

Tradiční a v minulosti dominantní kapitálové životní pojištění, tedy pojištění pro případ dožití a pro případ smrti nebo dožití, nadále ztrácí na významu. Zpětně rekonstruované předepsané pojistné dle metodiky ČAP rostlo do roku 2006, kdy dosáhlo výše 19,3 mld. Kč, a od roku 2008 téměř konstantně klesá v průměru o 1,5 mld. Kč ročně na současných necelých 9 mld. Kč. Tento trend

podporuje i snižování počtu aktivních smluv, které kulminovalo na hodnotě 3,8 mil. v roce 2006. Do roku 2014 se počet snížil na necelých 1,5 mil. Hlavní důvod tohoto vývoje byl už popsán v úvodu tohoto článku a celou situaci definitivně potvrzuje i skutečnost, že v roce 2014 vyplacené pojistné plnění vlivem vysoké úrovně storen již výrazně překročilo hrubé hodnoty předepsaného pojistného.

Důchodové pojištění

Dalším tradičním rezervotvorným pojištěním je důchodové pojištění. Jeho výsledky v trendu kopírují již popsané kapitálové pojištění, i když pokles předepsaného pojistného je povolnější. To aktuálně dosahuje 1,5 mld. Kč, přičemž ještě před 10 lety bylo na dvojnásobné úrovni. Vyplacené pojistné plnění kleslo pod hranici 2 mld. Kč a počet smluv za posledních 10 let klesl z původních 800 tis. na současných 200 tis.

Investiční životní pojištění

Úbytek smluv tradičních produktů životního pojištění vyvažoval prudký růst moderního investičního životního pojištění, a to až do roku 2011, kdy počet smluv narostl na téměř 3 mil. z původních necelých 100 tis. v roce 2000. Od roku 2012 se počet smluv IŽP přestal výrazně zvyšovat. Hodnoty předepsaného pojistného dle metodiky ČAP zpomalily růst a ke konci roku 2014 zakončily na cca 22 mld. Kč, což je opět enormní nárůst oproti roku 2000, kdy poprvé překročily částku 1 mld. Kč. Proti popsanému zpomale-



ní v posledních letech stojí zrychlující se růst vyplaceného pojistného plnění, který se začal strmě zvyšovat od roku 2010 a nyní dosahuje hodnoty téměř přesně 25 mld. Kč. Alarmující je, že se zrychluje i nárůst pojistného plnění u předčasně ukončených smluv, a dosavadní výsledky roku 2015 naznačují, že tento trend bude i nadále pokračovat a může potvrdit začínající stagnaci i v tomto segmentu.

Rizikové životní pojištění

Proti rezervotvorným pojištěním stojí čisté rizikové životní pojištění, tedy samostatné pojištění rizika smrti. Toto odvětví dlouhodobě zaznamenává pozitivní vývoj s drobným výkyvem po roce 2010 způsobeným navýšením podílu jednorázově placeného pojistného. Předepsané pojistné dle metodiky ČAP postupně narostlo ze 600 mil. Kč z roku 2000 na 2,3 mld. Kč v roce 2014. Počet aktivních

smluv je stabilní a za posledních 8 let jen osciluje kolem hodnoty 900 tis. Vyplacené pojistné plnění roste úměrně předepsanému pojistnému a aktuálně dosahuje cca 1 mld. Kč. Tyto produkty jsou mimo jiné zvláště vhodné pro jednotlivce, kteří potřebují příslušné krytí jen z důvodu získání úvěrů na bydlení (a počet nových hypotečních úvěrů v posledních letech roste), nebo nechtějí pojištění spojovat se spořením. Proto má rizikové životní pojištění na trhu své důležité místo, i když nepatří mezi dominantní odvětví.

Doplňková pojištění

Jako poslední významný prvek uvedeme doplňková pojištění k životnímu pojištění, tzv. připojištění. I jejich význam stále roste. Jak bylo zmíněno v úvodu, nahrazují samostatné smlouvy úrazového pojištění patřící do neživotního pojištění, ale nabízí i krytí dalších rizik, jako jsou závažná onemocnění, hospitalizace nebo pracovní neschopnost. Předepsané pojistné v roce 2014 ještě výrazněji překročilo hranici 10 mld. Kč poprvé pokořenou v roce 2013. Počet vyřízených škod byl do roku 2010 stabilní na úrovni lehce přes

300 tis. událostí a poté se postupně navýšil až na 440 tis. v roce 2014. Vyplacené pojistné plnění postupně roste spolu s předepsaným pojistným. Pokud se dosavadní dlouhodobý trend nezmění, tak se dá očekávat další růst i v následujících letech.

Závěr

Na závěr lze dodat, že současné výsledky v mnohém potvrzují již očekávaný trend nastartovaný v předchozích obdobích. Přesto je rok 2014 v řadě aspektů zlomový. Vývoj předepsaného pojistného v ČR jen pozvolna opouští stagnaci posledních let, a přitom pozorujeme zásadní prohození životního a neživotního pojištění v roli „tahouna“ pojistného trhu. Dosavadní vývoj v pololetí roku 2015 nám může ještě více napovědět. Životní pojištění čeká složitější období, které se dále komplikuje novou regulací podmínek pro zachování daňové uznatelnosti pojistných smluv i negativním mediálním obrazem spojeným se žhavým tématem nejen zprostředkovatelských provizí, ale i celkové nákladovosti investičního životního

pojištění, což pololetní výsledky 2015 spíše potvrzují. Celkové předepsané pojistné v životním pojištění totiž v 1. pololetí 2015 meziročně kleslo o 4 %, počet smluv se dostal pod hodnotu 5,8 mil. a obchodní produkce se snížila ještě výrazněji. V neživotním pojištění se vkládá velká naděje do pojištění vozidel, především do pojištění odpovědnosti z provozu, které se za celý rok 2014 navýšilo ještě o 4,6 %, ale v pololetí tempo růstu zpomalilo na pouhých 1,5 %. Protože počet smluv rostl výrazněji, konkrétně o 4 %, tak ve skutečnosti nedošlo k efektivnímu navýšení pojistného. Nepříznivou situaci vyrovnává havarijní pojištění spolu s pojištěním podnikatelů, která shodně meziročně posílila o 4,4 %. Celkově tak neživotní pojištění v pololetí vzrostlo o 3,2 %, a protože má ve srovnání s životním pojištěním větší váhu, tak celkový výsledek zůstal mírně pozitivní na hodnotě 0,3 %. Tyto předběžné závěry tak potvrzují setrvávající stagnaci. Do budoucna to bude především vývoj v životním pojištění, které spolu se zjevným nasycením trhu čelí novým výzvám v oblasti legislativy i mediálního obrazu utvářejícího jeho reputaci. ■

Technické zručnosti a likvidace pojistných událostí

Česká komora samostatných likvidátorů pojistných událostí pro Vás ve spolupráci s Institutem celoživotního vzdělávání Mendelovy univerzity v Brně připravila další běh čtyřsemestrálního specializačního studia Technické zručnosti a likvidace pojistných událostí. Tento již dvanáctý běh studia bude zahájen **v pátek dne 23. října 2015** a probíhá kombinovanou formou (přímá výuka, konzultace, samostudium a závěrečná práce dle individuálního zadání).

Tento studijní program, jehož kvalitu zaručuje lektorský tým prof. Ing. Jana Marečka, DrSc., dr. h. c., soudního znalce jmenovaného ministrem spravedlnosti ČR, uznávaného odborníka v technických a environmentálních oborech s mnohaletou praxí při vyčíslování škod pro pojistitele, soudy a ostatní instituce; umožňuje zájemcům získání potřebné odborné kvalifikace k úspěšnému výkonu nejen v oboru likvidace pojistných událostí (samostatný likvidátor pojistných událostí) a znalecké činnosti, ale i v příbuzném oboru odhadce majetku (dle živnostenského zákona).

Podrobnější informace o tomto studiu naleznete na stránkách Mendelovy univerzity v Brně, Institutu celoživotního vzdělávání <http://icv.mendelu.cz/czv> v sekci Technické a ostatní kurzy a na stránkách České komory samostatných likvidátorů pojistných událostí <http://www.ckslpu.cz>. Výuka probíhá 1x za 14 dní, a to vždy v pátek od 9:00 hodin.

Cena

32 990,- Kč - základní cena

30 490,- Kč - pro členy a zaměstnance členů ČAP, AČPM a KSZ

29 990,- Kč - pro členy a spolupracovníky ČKSLPU

25 990,- Kč - pro studenty českých vyšších odborných a vysokých škol

- ceny výše uvedené jsou konečné za celé studium a neobsahují DPH – pořadatel studia není plátcem DPH.

Podmínky přijetí ke studiu

- ukončené nejméně středoškolské vzdělání s maturitou,
- zaplacení ceny studia,
- volné místo ve studijní skupině.

Kontakty

Petr Nauš, tel.: 602 743 133, e-mail: naus@ckslpu.cz



ČESKÁ KOMORA
SAMOSTATNÝCH
LIKVIDÁTORŮ
POJISTNÝCH
UDÁLOSTÍ

GATCA: GLOBÁLNÍ AUTOMATICKÁ VÝMĚNA DAŇOVÝCH INFORMACÍ

MGR. ET MGR. DRAHOMÍRA MURÍNOVÁ / PRÁVNÍK / ODDĚLENÍ LEGISLATIVY A PRÁVA / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Dne 29. října 2014 podepsal ministr financí Andrej Babiš v Berlíně Deklaraci, kterou se Česká republika připojila k mnohostranné dohodě o automatické výměně informací o finančních účtech. K podpisu došlo na závěr Globálního fóra o transparentnosti a výměně informací pro daňové účely, jehož posláním a cílem je podpora mezinárodní daňové spolupráce a boje proti daňovým únikům. Dohoda představuje významný nástroj v boji proti daňovým únikům a umožní spolupráci s příslušnými orgány jiných smluvních států na základě automatické výměny informací.

Globální standard prakticky kopíruje požadavky kladené na finanční instituce americkým zákonem FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), neboť je velmi podobný modelu 1 IGA, který mnoho jurisdikcí využívá pro výměnu daňových informací se Spojenými státy americkými. Finančním institucím se ukládá povinnost prověřit, zda vedou oznamované účty, a shromažďovat konkrétní požadované informace o těchto účtech a jejich majitelích. Tyto informace budou následně finanční instituce reportovat místní daňové správě. Na základě globálního standardu potom dojde k automatické výměně informací s příslušnými orgány daňové správy státu, jehož daňovým rezidentem je držitel reportovaného účtu.

Cesta k automatické výměně informací

Boj proti daňovým únikům je významným úkolem každého státu. V dnešním globalizovaném světě je pro plátce daně snadné řídit své investice přes finanční instituce v zahraničí, proto je nezbytně nutné, aby mezi jednotlivými státy, respektive jejich daňovými správami, probíhala v této oblasti intenzivní spolupráce. Automatická výměna informací je přitom jedním z neefektivnějších nástrojů v boji proti daňovým únikům, a jako taková se dostala do popředí politického zájmu. Již v roce 2013 byla na úrovni OECD potvrzena automatická výměna informací na bázi FATCA jako nový standard pro výměnu informací pro daňové účely. V únoru 2014 přijala G20 společný standard pro oznamování a postupy náležitě péče (Common Reporting Standard, tzv. CRS). V červenci byl standard schválen Radou OECD a následně byla vydána jeho plná verze.

V říjnu 2014 pak podepsali zástupci 51 států včetně České republiky výše zmíněnou mnohostrannou dohodu o automatické výměně informací (Multilateral Competent Authority Agreement, tzv. MCAA). Česká republika byla od začátku iniciativy prosazující automatickou výměnu informací v podobě globálního standardu členem neformální skupiny zemí, které usilují o jeho brzkou implementaci, tzv. „Early Adopters Group“. Účastníci počítají s výměnou dat již za rok 2016, přičemž první výměna by měla proběhnout v roce 2017.

Právní základ

Právním základem pro automatickou výměnu informací GATCA je v první řadě mezinárodní závazek – již zmíněná MCAA. Ta je dohodou daňových správ a byla podepsaná na základě čl. 6 Štrasburské úmluvy, která byla v ČR publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 2/2014 a je platná od 1. února 2014. Druhou část globálního standardu tvoří CRS. Plná verze CRS obsahuje komentáře, pokyny pro provádění ze strany vlád či vzory modelových dvoustranných dohod (Competent Authority Agreement, tzv. CAA). CRS definuje postupy náležitě péče, které mají finanční instituce dodržovat při identifikaci oznamovaných účtů a získávání informací o jejich majitelích. Důraz je kladen zejména na bezpečný přenos dat.

Národní právní úprava

Aby mohly být naplněny požadované cíle, je nutné rovněž přijmout národní právní úpravu, která umožní nastavit procesy pro sběr, správu a zaslání dat a rovněž pro zamezení jejich zneužití pro jiné účely. V České republice byla pravidla CRS implementována prostřednictvím zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní

spolupráci při správě daní (ZMSSD) ve znění návrhu, který je v současné době (září 2015) v legislativním procesu. Po přijetí návrhu bude ZMSSD obsahovat tři režimy automatické výměny informací. Prvním je režim FATCA, který je nyní zakotven v zákoně č. 330/2014 Sb., o výměně informací o finančních účtech se Spojenými státy americkými pro účely správy daní. Tento zákon nabyl účinnosti v prosinci 2014 a na konci června 2015 na jeho základě proběhlo první reportování dat. Po dvou letech účinnosti by tedy měl být tento zákon k 1. lednu 2016 (tedy plánovanému nabytí účinnosti novely ZMSSD) zrušen a režim FATCA se bude nadále řídit ZMSSD. Spojené státy americké v současné době neplánují přistoupení ke GATCA, neboť FATCA reflektuje specifika americké legislativy. Výměna informací se Spojenými státy bude tedy nadále probíhat ve speciálním režimu. Druhým režimem obsaženým v návrhu ZMSSD je globální standard a třetím pak výměna informací mezi státy EU, pro niž je právním základem směrnice EU DAC2.

Základní předpoklady

Aby se mohl stát připojit k automatické výměně informací na bázi globálního standardu, musí splnit několik základních předpokladů. Prvním z nich je samozřejmě podpis Deklarace, kterou se daný stát připojí k MCAA. Dále musí být vyplněn záměr časového harmonogramu, který se nachází v příloze F k MCAA. Pro členy Early Adopters Group je předvyplněný rok 2017 první, ve kterém proběhne reportování dat za rok předchozí. V neposlední řadě musí stát přizpůsobit národní legislativu, která automatickou výměnu informací legálně umožní a zároveň zajistí bezpečnost dat,



a konečně musí být oznámeny připravenost státu a určení parametrů. Notifikace připravenosti a určení parametrů znamenají potvrzení státu, že je účinná tuzemská legislativa, dále určení způsobu předání údajů, vymezení způsobu zabezpečení a ochrany osobních údajů, potvrzení adekvátní ochrany vyměřovaných údajů, dodržování mlčenlivosti a seznam států, se kterými budou údaje vyměřovány.

Oznamující finanční instituce

Každá entita musí v první řadě posoudit, zda spadá pod definici finanční instituce podle CRS a zda má oznamovací povinnost. Definice finanční instituce je velmi podobná definici podle FATCA. Jedná se tedy o schovatelskou a depozitní instituci, investiční entitu a specifikovanou pojišťovnu, pod kterou se rozumí pojišťovna uzavírající pojistnou smlouvu s kapitálovou hodnotou nebo smlouvu o pojištění důchodu, nebo která je povinna provádět platby týkající se těchto smluv. Oznamovací povinnost pak dopadá na všechny finanční instituce zúčastněných jurisdikcí, které nejsou neoznamující ve smyslu definice podle CRS. Vymezení neoznamujících finančních institucí je rovněž velmi podobné jako u FATCA, neboť většina kategorií byla převzata do CRS. Navíc byla dána státům možnost stanovit si národním právem další nízkorizikové entity, které budou neoznamujícími finančními institucemi. Tímto krokem mají být zohledněny specifické druhy finančních institucí v konkrétní zemi. Seznam těchto institucí by měl být veřejně k dispozici. Finanční institucí zúčastněné jurisdikce jsou všechny finanční instituce na principu rezidence, s výjimkou jejich organizačních složek sídlících mimo oznamovanou jurisdikci, a dále organizační složky finančních institucí, které nejsou rezidenty v oznamované zemi, ale mají v ní sídlo. Co se týče pravidla pro účely určování rezidence, pro účely CRS platí, že finanční

instituce je rezidentem tam, kde je rezidentem pro daňové účely, tedy na základě daňové legislativy v příslušné zemi. Pokud nemá finanční instituce určenou daňovou rezidenci pro daňové účely, platí, že je rezidentem v zemi, kde byla založena, nebo ve které sídlí vedení této finanční instituce, případně země, ve které finanční instituce podléhá finančnímu dohledu.

Oznamované účty a jejich majitelé

Poté co finanční instituce dle definice v CRS posoudí, že je oznamující finanční institucí, je na řadě analýza účtů, které vede. Finanční instituce musí posoudit, zda účty splňují definici „finančních účtů“ podle CRS. Rovněž definice finančních účtů se v podstatě shoduje s definicí pro účely FATCA. Ani zde nespá-

ke konci příslušného roku, informace o případném zrušení účtu v průběhu roku a rovněž název a identifikační číslo oznamující finanční instituce. Na rozdíl od FATCA neukládá CRS finančním institucím požadovat přidělení speciálního identifikačního čísla pro účely CRS, nýbrž postačí sdělení daňového identifikačního čísla (pro české finanční instituce) nebo jeho obdoby.

Reportování a předávání informací

Finanční instituce je povinna podat příslušnému správci daně, kterým je v ČR Specializovaný finanční úřad, oznámení obsahující požadované údaje za předchozí kalendářní rok v termínu do 30. června. Oznámení musí být podáno zákonem předvídanými způsoby, aby

Globální standard prakticky kopíruje požadavky kladené na finanční instituce americkým zákonem FATCA.



dají pod definici finančního účtu tzv. vyňaté účty. Legislativa umožňuje stanovit národní legislativou účty s nízkým rizikem, které budou rovněž spadat pod vyňaté účty. I v tomto případě by měl být vypracován a zveřejněn jednotný seznam domácích vyloučených účtů. V dalším kroku je třeba prověřit, zda je některý z finančních účtů oznamovaným finančním účtem, to znamená, zda je držen oznamovanou osobou, tedy fyzickou osobou nebo entitou, která je daňovým rezidentem v zúčastněné jurisdikci. V tomto se režim CRS odlišuje od režimu FATCA, kde nebyla rozhodující daňová rezidence, ale tzv. americká indicie (např. americké státní občanství, místo narození v USA, korespondenční adresa či adresa bydliště v USA apod.). Podstatné je, aby byl účet identifikován jako oznamovaný na základě postupů náležité péče. CRS zavádí i některé další odchylky od FATCA, například nestanoví tzv. práh de minimis, tedy v případě pojistných smluv s kapitálovou hodnotou neplatí limit ve výši 50 000 USD jako v případě FATCA a oznamovanými účty jsou i účty s hodnotou nižší.

Oznamované údaje

Zjistí-li finanční instituce, že vede oznamovaný účet, je povinna o něm shromáždit požadované údaje. Těmi jsou identifikační údaje majitele účtu specifikované ve standardu, číslo účtu, zůstatek na účtu či hodnota účtu

bylo správcem daně přijato. Správce daně nijak nekontroluje správnost či úplnost oznamovaných informací. Pouze je shromáždí a předá příslušnému státu, o jehož rezidenta se v daném případě jedná.

Ochrana osobních údajů

Jelikož finanční instituce zpracovává osobní údaje o svých zahraničních klientech, je nutné nastavit náležité mechanismy, které zajistí, že tyto informace budou oznámeny a předány legálním způsobem a zároveň že nedojde k jejich zneužití. Povinnost mlčenlivosti, která na finanční instituce jinak dopadá, je zde prolomena s odkazem na veřejný zájem. Tím je zaručena zákonná možnost splnění povinnosti finanční instituce zpracovávat o svých klientech osobní údaje za účelem jejich předání jinému smluvnímu státu. ZMSSD také stanoví finanční instituci povinnost informovat oznamovanou osobu o tom, že její údaje budou shromažďovány a oznamovány a následně předávány do jiného státu. Osoba přitom musí být informována s dostatečným předstihem, aby stihla uplatnit prostředky ochrany osobních údajů, které jí nabízí právní řád. Na druhou stranu musí být nastaveny dostatečné kontrolní mechanismy, které zajistí bezpečnost těchto osobních údajů. Tyto mechanismy jsou nastaveny jednak Úmluvou a samozřejmě také vnitrostátním právem. ■

LETNÍ EKONOMICKÁ MAKROBOUŘKA. BLÝSKÁ SE NA LEPŠÍ ČASY?

PROF. ING. JAROSLAV DAŇHEL, CSC. / VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

Události letošního léta představovaly všechno jiné než obvyklou rutinu prázdninové okurkové sezony. V rámci Evropské unie se o největší rozruch bezesporu postarali Řekové. Ti po dlouhých létech žití nad poměry v referendu odmítli odpovědnost za své letité dluhy, které byly dlouhodobě vytvářeny na základě mylné představy vládnoucí garnitury založené v osmdesátých letech minulého století tehdejším premiérem Papandreem. Tato iluze počítala s doslovným naroubováním úrovně skandinávského sociálního státu na ekonomiku země třetího světa. V rámci evropského integračního uskupení nebyli sami, kdo v době nedávno minulé neodpovědně zacházel s veřejnými výdaji, případ Řeků je však nejkřiklavější.

Znovu se tak obnažil problém společné měny eurozóny, která nemá odpovídající ekonomickou fundaci. Její fungování je dáno ryze politickým rozhodnutím, a jak jsme měli možnost vidět, politici se jej tvrději snaží udržet, přestože se spíše zvyšuje heterogenita ekonomik jednotlivých států platících eurem, což je se společnou měnou neslučitelné. Evropská centrální banka a obecně celá eurozóna udržováním řecké ekonomiky při životě nutí tento jihoevropský stát nadále se zadlužovat a uměle vytváří poptávku po cenných papírech, které jsou fakticky bezcenné. Pumpováním peněz do řecké ekonomiky se dále rozevírají nůžky mezi jejím reálným stavem a mezi cenovou hladinou a ostatními finančními realitami na straně druhé. Věřitelé požadované

jejich domácí proporce, týkající se např. úrovně starobních důchodů, zaručené minimální mzdy apod., jsou pod řeckou úrovní. České ekonomiky jako nečlena eurozóny se tyto problémy nedotýkají bezprostředně, nicméně jejich vliv vyvolávající nestabilitu celé EU ano.

Problém fiskální a měnové politiky

Celková masivní zadluženost ve světové ekonomice, jež byla jednou z hlavních příčin poslední krize, se oproti situaci v roce 2008 zhoršila. Fiskalizace ztrát, ke které tehdy došlo, by dnes pro současný rozměr dluhů již nebyla

a to jednak z důvodu nízké lukrativnosti pro klienty, jednak z důvodu pro pojišťovnu obtížně z finančních trhů dobývaných výnosů pro splnění dlouhodobě fixovaných závazků vůči klientovi. Výše popsaný problém neúčinnosti fiskální a měnové politiky má i významný makroekonomický aspekt – při nemožnosti ovlivňovat ekonomiku úrokovou mírou se v současnosti snaží ceduloví bankéři ovlivňovat růst, nebo alespoň vyvolat zdání pseudorůstu tzv. kvantitativním uvolňováním – jde o nakupování dlouhodobých cenných papírů centrální bankou a uvolňování získaných peněz zpět do ekonomiky. Tímto mechanismem jsou současné problémy odsunuty na dobu splatnosti těchto dluhopisů. Zmiňme ještě, že tento nástroj používá i Evropská centrální banka (ECB). Jde o schizofrenní situaci. Na straně jedné regulátoři prosazují zvyšování požadavků na banky v rámci tvorby dostačujícího kapitálu k absorpci ztrát a rekapitalizaci (kapitálová přiměřenost by měla v několika letech přesáhnout až jednu třetinu kapitálu banky). Na druhé straně je pak ze strany centrální banky prováděno kvantitativní uvolňování, které zvyšuje přebytečnou likviditu v ekonomice a deformuje vztah úspory–investice, a tak zásadním způsobem narušuje efektivní působení alokační funkce finančních trhů. V tomto ohledu se zatím na lepší časy příliš neblýská.

Varovný prst zvedají vědci zkoumající zaniklé civilizace. Naše doba svou stále stoupající složitostí a komplexitou, iracionalitou a virtualitou čím dál více naplňuje historické parametry civilizace před kolapsem.

”

a nakonec Řeky přijaté zvýšení korporátní daně a rozšíření daňového základu DPH jsou opatření, která konkurenceschopnost řeckých podnikatelů snižují a stahují Řecko do ještě horší ekonomické situace. Navíc transfery z jádrových ekonomik do jižního křídla eurozóny se přestávají líbit veřejnosti v těchto ekonomikách, zejména, jestliže stav jejich domácího hospodářství, např. francouzského, se aktuálně nevyvíjí příliš pozitivně. Nelíbí se to ani těm zemím eurozóny, jako jsou Slovensko nebo Litva, které mají na Řeky přispívat, a přitom

možná. Pozůstatek řešení bezprecedentními injekcemi z veřejných financí pocítujeme dodnes v nadbytku likvidity a ve ztrátě účinnosti nástrojů fiskální a měnové politiky. Na finančních trzích tradiční konzervativní instrumenty mají výnosnost pokud ne přímo zápornou, tak někde okolo technické nuly. Nízká výnosnost u bezpečných instrumentů prakticky zlikvidovala prodejnost nízkorizikových produktů institucionálních investorů. V případě komerčních životních pojišťoven jde konkrétně o produkt kapitálového životního pojištění,

“

Čína v panice

Pokud bychom hledali další možné spouštěče krizových jevů, nemůžeme nejmenovat letní prasknutí cenové bubliny čínského kapitálového trhu, proti jehož rozměru jsou řecké



problémy zanedbatelnou peripetií. Pro dnešní dobu je symptomatické, že k problémům přispěla čínská centrální banka. A nutno říci, že přispěla podstatně: nezvykle levnými úvěry a sypáním peněz do oběhu motivovala Číňany přehnaně se zadlužovat a uměle vytvářet poptávku. Nás Evropany může těšit, že evropská akciová bublina má k té čínské hodně daleko, ale i tady existuje.

Domácí luhy a háje

K letnímu dusnu přispěla domácí provenience přestřelkou ohledně regulace pojišťovacích zprostředkovatelů, účastnili se jí i protagonisté z nejvyšších pater politiky. Problém se týká zejména životního pojištění, které u nás prožívá v některých ohledech neuralgický bod. Propojištěnost v rámci tohoto produktu bychom potřebovali zvýšit, jednak abychom dohnali úroveň srovnatelných ekonomik, jednak abychom touto alternativou financování postaktivního věku snížili tlak na státní penzijní systém, který se nám opakovaně nedaří reformovat. Problém s výnosy z pojistně-technické rezervy životního pojištění již byl naznačen, garantovaný výnos u dříve sjednaných kapitálových produktů je nad možnostmi současné konzervativní investiční strategie pojišťoven. Za této situace se pojišťovny orientují na nabídku investičního životního pojištění, které opustilo konzervativní pojetí produktu – instrument pro investování rezervy dočasně volných prostředků si vybírá sám pojištěný, výnos není, nebo je jen omezeně garantován, a prostřednictvím koupě tohoto produktu se klient dostává na tenký led kapitálových trhů. Produkt původně určený pro finančně gramotnější a rizikově méně averzní klienty je nyní zprostředkovateli nabízen plošně, a to i přes rostoucí stín v podobě tzv.

přetáčení pojistek. Celkový výsledek je pro pojistitele tristní – více než polovina sjednaných nových pojištění do pěti let zanikne, pojišťovny vyplácejí zprostředkovatelům provize v řádu miliard korun, pojištěnost životním pojištěním se nezvyšuje. Je zřejmé, že si trh se vzniklou situací neumí poradit, proto bude třeba tímto směrem upravit legislativně-ekonomický rámec pro činnost zprostředkovatelů. Řešení bylo prozatím odloženo, aby se přestřelkou vyhocená situace zklidnila, regulační opatření však bude zřejmě nezbytné.

Senátorské „marže“ k pousmání

Pojišťovací byznys je po odborné stránce velmi subtilní záležitost, a tudíž se politikům občas stává, že se jim nepodaří proniknout do patřičné hloubky problému, někdy se jim dokonce podaří prokázat i elementární neznalost. V tomto ohledu byla spíše úsměvná letní iniciativa několika senátorů, kteří deklarovali názor, že pojišťovny mají v tarifu povinného ručení více než čtvrtinovou „marži“ a že je třeba tuto náležitě zregulovat. K takovému závěru je možné dojít jen tak, že se navzájem porovná v daném roce běžně přijaté pojistné a vyplacená plnění. Takto to však bohužel reálně nefunguje. Pojišťovny kromě běžných výplat musí rezervovat budoucí výdaje, které se vážou k pojistné události v běžném roce: především na trvalé následky škod na zdraví, které se projeví s výrazným časovým zpožděním, a na renty pro ty, kteří si po dopravním úrazu vydělávají méně než před úrazem a kterým je třeba z povinného ručení rozdíl každoročně dorovnávat. Přitom právě stále rostoucí náklady na škody na zdraví představují pro pojišťovny vážnou hrozbu narušení principu

ekvivalence v tarifu až do polohy nepostačitelnosti, což může vést až k narušení stability pojišťovacího byznysu. Sluší se dodat, že Senát návrh novely zákona o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla s limitem na hrubou „marži“ ve výši 20 % zamítl.

Vliv nahodilosti

Jak plyne z textu tohoto příspěvku, letošní neklidné léto názorně ukázalo, jak je náš politický, ekonomický a finanční systém křehký. N. N. Taleb, ekonom a filozof, autor bestselleru Černá labuť, opakovaně zdůrazňuje vliv nahodilosti a zvyšující se zranitelnost moderní společnosti vůči jejím negativním dopadům. Upozorňuje i na skutečnost, že čím více se snažíme z našeho života vliv nahodilosti a přirozenou volatilitu společenských systémů odstranit, tím negativněji se nakonec ve výsledku prosazují. Ostatně za jeden z významných spouštěčů minulé krize považuje Taleb právě snahu tehdejšího šéfa amerického FEDu A. Greenspana co nejvíce vyhladit krajní polohy fází ekonomických cyklů. Varovný prst zvedají i vědci zkoumající zaniklé civilizace: naše doba svou stále stoupající složitostí a komplexitou, iracionalitou a virtualitou čím dál více naplňuje historické parametry civilizace před kolapsem, znamenajícím nutnost spontánního samovolného zjednodušení systému odstraněním přebujelé byrokracie a prosazením přirozených jednodušších mechanismů. Pozitivně chápaný kolaps znamená zánik nefunkčních částí společnosti a zásadní pokles složitosti a sofistikovanosti stavu, který není nadále udržitelný a financovatelný. Asi si musíme neradi přiznat, že v některých ohledech mají tito vědci se svým hodnocením pravdu.

Optimismus na místě

I když celkový obraz současného politicko-ekonomického světa nedává vysloveně optimistický náhled, můžeme se alespoň těšit z toho, že v tomto roce nabírá pozitivní vývojové tempo česká ekonomika a vše nasvědčuje tomu, že jde o skutečně reálný, zdravý růst. Důvěra veřejnosti v budoucí kondici domácí ekonomiky je vysoká. Domácnosti přestávají šetřit a ČNB prognózuje zvýšený zájem korporátní sféry o úvěry. Pokud bude tento pozitivní vývoj i nadále pokračovat a výdaje domácností i korporátní sféry porostou, nepochybně se to odrazí ve vyšší výkonnosti finanční sféry, a tudíž i ve zlepšené ekonomice odvětví pojišťovnictví, které na trendy v okolním ekonomickém prostředí vždy reaguje s určitým zpožděním. Lze tedy očekávat budoucí mírný růst, i když bude zřejmě tažen spíše než životními pojistnými produkty. ■

SEZNAMTE SE...

POJISTNÝ TRH LLOYD'S OF LONDON

ING. JANA RYBKOVÁ / UNDERWRITING ASSISTANT / DEFEND FINANCE S.R.O.

Lloyd's of London patří mezi nejznámější subjekty na trhu pojištění a zajištění na světě. Je často mylně považován za pojišťovnu. Ve skutečnosti pod tímto názvem figurují dva odlišné subjekty. V prvním případě jde o pojišťovací trh, který umožňuje setkávání poptávky a nabídky na krytí různých rizik, a přináší tak flexibilní řešení potřeb klientů. Lloyd's je však na druhé straně i společnost, která řídí a dohlíží na fungování samotného trhu.

Struktura a subjekty na trhu

Nejdříve se podívejme, jak trh Lloyd's of London vlastně funguje. Jednotlivec nebo společnost, kteří mají potřebu pojištění proti určitému riziku, jehož krytí není dostupné na komerčním trhu, osloví zprostředkovatele (makléře, coverholdera, provozní společnost) a popíší mu své požadavky. Zprostředkovatel i s konkrétními potřebami krytí svého klienta projednává možnosti pojištění s více upisovateli, kteří reprezentují různé syndikáty, v upisovací místnosti trhu. Syndikáty jsou formovány za účelem přijetí rizika jménem členů, kteří v tomto procesu vystupují jako investoři. Zprostředkovatel zpracuje nabídnuté návrhy na krytí od upisovatelů a po konzultaci s klientem může dojít k vzájemné dohodě a sjednání pojistné smlouvy. Zařazení mezi jednotlivé subjekty na trhu je jasně definováno.

Syndikáty

Jde o seskupení jednoho nebo více členů za účelem přijetí rizik do pojištění. Většinou jde o dlouhodobější skupiny, které technicky vznikají jen na jeden rok, ale reálně ve většině případů zůstávají zachovány i několik let beze změn. Samotné syndikáty mají čtyřmístné označení, při pojmenování se ale pro lepší orientaci používá také název výkonného agenta.

Výkonný agent (Managing Agency)

Je společnost založená za účelem řízení jednoho nebo více syndikátů jménem členů. Zaměstnává odborníky na upisování (většinou jednoho hlavního upisovatele) a zajišťuje fungování infrastruktury syndikátů a průběh všech potřebných operací na denní bázi včetně řešení pojistných událostí a vedení účetnictví.

Členové (Members)

Jsou v postavení investorů, kteří poskytují potřebný kapitál ke krytí sjednaných

pojistných rizik, a za tímto účelem se sdružují do syndikátů. Během dlouhé historie Lloyd's šlo výhradně o soukromé osoby (Names), které ručily celým svým majetkem. Od roku 1994 je také firmám umožněno přijmout členství v Lloyd's, a to s omezeným ručením za své závazky. Jedním z důvodů vstupu korporátních členů byl sled bankrotů individuálních členů a ztráta zájmu ze strany těch potencionálních.

Agenti členů (Members' agents)

Jejich role obnáší koordinaci upisovatelské činnosti členů, umísťují individuální členy do syndikátů a informují členy o záležitostech s tím spojených. Měli by usilovat o nalezení takového rizikového spreadu, který bude plně korespondovat s individuálními podmínkami a cíli člena.

Makléři (Brokers)

Makléři, kteří jsou přímo akreditováni v Lloyd's, umísťují rizika na trh Lloyd's jménem pojistníků a vyjednávají pro klienta nejlepší podmínky pojištění. Mnozí jsou specializováni pouze na jedno riziko. Makléři si mohou pro spolupráci zvolit jakýkoli syndikát.

Coverholder

Pojištění může být sjednáno také prostřednictvím coverholdera. Tyto společnosti jsou autorizované vedoucím agentem k přijímání rizik do pojištění nebo k vystavování a správou dokumentů nezbytných k pojištění jménem syndikátu. U provozních společností (Service Companies) jde o speciální případ coverholdera, který je zároveň dceřinou společností stoprocentně vlastněnou vedoucím agentem nebo jeho holdingovou společností. Na trhu působí i registrovaní korespondenti, kteří mají možnost sjednávat pojištění přes výkonného agenta (Managing Agency), případně přes makléře. Prostřednictvím těchto subjektů navíc probíhá proces řešení

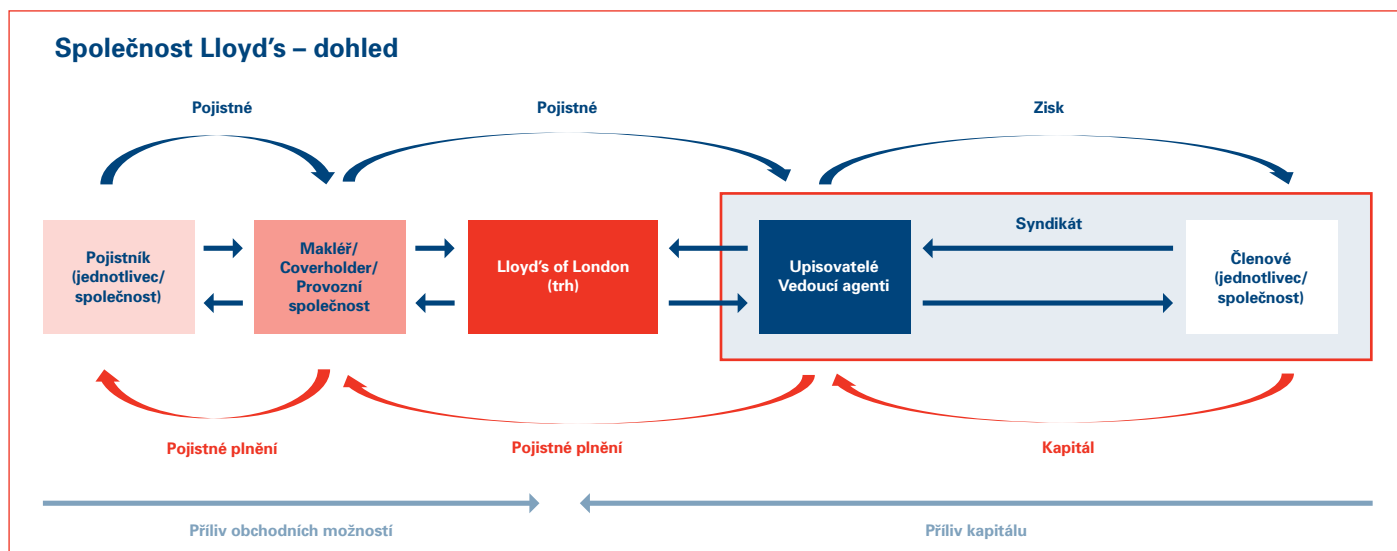
pojistných událostí, které z upsaného rizika vyplývají.

Aktuální situace

Momentálně se na trhu s pojištěním a zajištěním setkává 63 agentů a 104 syndikátů. Většina obchodů probíhá prostřednictvím jednoho ze 227 registrovaných makléřů, kteří zastupují samotného klienta a vystupují jako prostředníci mezi ním a upisovatelem. Klient může upisovatele kontaktovat také prostřednictvím coverholdera nebo přes provozní společnost. V USA je upisovatel kontaktován zejména prostřednictvím lokálního makléře.

Společnost Lloyd's of London

Společnost zastává roli administrativního aparátu trhu Lloyd's, sama pojištění nenabízí. Poskytuje však potřebnou infrastrukturu pro upisovatele a makléře, nezbytnou pro podnikání v takovém rozsahu. Úkolem Společnosti je řízení rizik, které nelze koordinovat jednotlivými subjekty, protože vznikají, resp. se projevují až na úrovni trhu. Jelikož je trh Lloyd's spolu se všemi svými subjekty hodnocen jako celek jen jednou ratingovou známkou, Společnost dohlíží na to, aby si trh udržel co nejlepší hodnocení. Lloyd's si trvale udržuje pozitivní hodnocení od externích ratingových agentur: Standard & Poor A+ (stabilní), Fitch Ratings AA- (velmi silná), A.M. Best A (výborná). Všechny pojistky ze syndikátů jsou neomezeně kryté společným kapitálem z řetězového zabezpečení. Proto je při hodnocení postačující, aby ratingové agentury ohodnotily celou společnost jen jednou známkou. Toto hodnocení platí pro všechny syndikáty aktivní po roce 1992.



Zdroj: Lloyd's

Od kavárny po vesmírné satelity

Jméno Lloyd's figuruje na trhu pojištění již od roku 1688. Na úplném začátku stál Edward Lloyd a jeho kavárna, která sloužila jako místo setkávání a vyměňování si důležitých informací v souvislosti s lodní přepravou. V průběhu 18. století Lloyd's poskytoval prostor pro upisování námořních rizik jednotlivci a navzdory pojistným plněním šlo o přijatelný způsob investování. Postupně docházelo ke změnám v přístupu k upisování, vznikaly první sepsané postupy při sjednávání smluv, kryla se nová rizika. V 19. století docházelo postupně ke změnám ve struktuře i organizaci společenství. Vytvořila se globální síť na získávání i využívání informací a inovací. Vlivem konkurence se zpřísnily podmínky na získání členství a objevily se syndikáty s více než 12 členy s kapacitou na pojišťování velkých rizik. Později byla sjednána první zajistná smlouva. V závěru tohoto období Lloyd's pronikl také na americký trh. V minulém století se trh zaměřil na vývoj oceňovacích modelů a průnik do nových lokalit, zároveň ale musel čelit první i druhé světové válce, přičemž v obou případech bylo zajištěno nepřetržitě fungování společnosti. V 70. letech pracovala v Lloyd's první žena makléřka a v roce 1982 byl přijat Druhý zákon Lloyd (The Second Lloyd's Act), na jehož základě byla vytvořena Rada Lloyd (Council of Lloyd's) a byli zvoleni její první členové.

Nejtěžší období

Období 80. až 90. let se označuje jako nejtěžší za existence trhu. Došlo totiž k souběhu problémů s vysokými pojistnými plněními ze stovek amerických pojištěk všeobecné

odpovědnosti zaměstnavatele vůči zaměstnancům, u kterých soud rozhodl o odškodnění poškozených zaměstnanců firm na výrobu azbestu. Dále přírodní katastrofy a havárie způsobené činností člověka (výbuch plošiny Piper Alpha, 1988) způsobily u mnoha členů, kteří ručili za své závazky celým majetkem, vyhlášení bankrotu. Situace byla velmi vážná a pravděpodobný byl i konec celé společnosti Lloyd's. Výraznou restrukturalizací, mnohými i nepřijemnými opatřeními a vznikem subjektu Equitas (viz níže) se nakonec podařilo trh udržet. Významnou změnou bylo přiznání členství prvním korporátním upisovatelům, což znamenalo konec jedné éry přístupu vedení trhu. Nové tisíciletí se pak nese ve znamení změn v regulaci a v reakci na to i v zavádění moderních postupů při obchodování, jejichž výsledkem by mělo být zefektivnění administrativy a organizace trhu jakož i řešení pojistných událostí.

Jaké produkty trh poskytuje?

I když se na začátku své existence Lloyd's soustředil výhradně na krytí rizik námořní přepravy, v současnosti nabízí široké spektrum produktů životního i neživotního pojištění se zaměřením

na speciální rizika a patří k nejvýznamnějším pojistitelům politických rizik, pojistitelům při únosech a výkupném a poskytovatelům krytí rizik přerušení dodavatelské sítě a obchodování. Upisovaná pojistná rizika jsou standardně dělena do sedmi hlavních kategorií.

Odpovědnost (Casualty)

Krytí škod, ke kterým dojde při výkonu povolání, při zanedbání povinné lékařské péče, a dále také úrazové a zdravotní pojištění, pojištění odpovědnosti řídicích a vedoucích pracovníků a všeobecné pojištění odpovědnosti zaměstnavatelů.

Majetek (Property)

V pojištění majetku nabízí pestrou škálu produktů od pojištění nového obchodního centra v New Yorku až po krytí prázdninových resortů proti poškození bouřemi. Tato oblast patří mezi nejvíce konkurenční a jednotliví upisovatelé se snaží vyhovět často i velmi nestandardním potřebám klientů.

Lodní a pozemní přeprava (Marine)

Námořní a lodní pojištění stála na začátku existence celé společnosti a na tomto odvětví si Lloyd's vybudoval dobré jméno. Avšak v současnosti tvoří už jen malou část obchodu, i když stále velmi úspěšnou. Krytí se týká většinou trupu lodí, lodní a pozemní přepravy

Přehled finančních ukazatelů

Přehled finančních ukazatelů	2014	2013
Hrubé předepsané pojistné	25 283 mil. GBP	25 615 mil. GBP
Čisté předepsané pojistné	20 024 mil. GBP	20 231 mil. GBP
Návratnost kapitálu (Return on Capital)	14,7%	16,2%
Zisk před zdaněním	3 161 mil. GBP	3 205 mil. GBP
Combined Ratio	88,1%	86,8%

Zdroj: Lloyd's

Pojistné spektrum

nákladu, námořní odpovědnosti a pojištění vzácných či vysoce ceněných předmětů.

Energie (Energy)

Neustále se vyvíjející odvětví, kde se do pojištění dostávají ropné plošiny a rafinerie, krytý je majetek na zemi, ale i na moři. V poslední době se začíná zájem přesouvat také na obnovitelné zdroje.

Motorová vozidla (Motor)

Pojištění motorových vozidel je dalším velmi konkurenčním prostředím. Lloyd's zastřešuje všechny typy pojištění aut a celých firemních vozových parků.

Letectví (Aviation)

Lloyd's je považován za lídra v pojištění letectví. Disponuje nejlepší globální sítí – kryje aerolinie, ale i samotná letadla. V portfoliu má produkty na krytí letišť i satelitů a proti válce a terorismu.

Zajištění (Reinsurance)

Samostatnou oblastí aktivit společnosti Lloyd's je zajištění, které umožňuje pojistiteli snížit maximální vystavení se vůči upsaným rizikům a zvětšit upisovací kapacitu. Chrání ho před rizikem velmi vysokých pojistných plnění při rozsáhlých pojistných událostech. Některé pojišťovny čerpají výhody rovněž z mezinárodní diverzifikace při zajištění a využívají možnost získat určité know-how, které vyplývá ze spolupráce s tímto významným hráčem na trhu. Zajištění tvoří více než třetinu upsaného obchodu, téměř čtvrtina patří pojištění majetku a jen o něco málo méně je tvořeno pojištěním odpovědnosti. Zbývajících 20% je rozděleno mezi pojištění lodní přepravy, energie, motorových vozidel a letectví.

Specifická struktura kapitálu

Stabilita a finanční síla trhu Lloyd's vychází z jeho specifické struktury řetězového zabezpečení (Chain of Security), která poskytuje jistotu pro klienty, ale i efektivnost kapitálu pro členy. Vztahuje se na pojistky neživotního pojištění uzavřené od roku 1993 a na všechny životní pojistky. Jde o unikátní strukturu kapitálu skládající se ze 3 úrovní.

Aktiva syndikátů

Veškeré pojistné, přijaté syndikáty od pojistníků, je v případě pojistných plnění použito na uhrazení vzniklých závazků z pojistných událostí. Teprve po vyplacení všech pojistných nároků, zajištění, nákladů na upisování, nákladů na financování mezinárodního regulačního vkladu a vytvoření opravných položek může pojistitel určit výši zisku a uvolnit



Budova Lloyd's of London.

tyto prostředky. Kromě nutnosti uhradit vzniklé závazky vytvářejí syndikáty rezervy i na budoucí plnění. Ty jsou nezávisle auditovány a prověřovány ze strany aktuárů.

Fondy členů Lloyd's

Každý člen, ať už korporátní nebo individuální, má povinnost poskytovat dostatečný kapitál na podporu upisování v rámci své pozice v Lloyd's, a to v poměru svého podílu na syndikátu. Syndikát tak tvoří „zásoby“ kapitálu (Individual Capital Assessment, ICA), ve kterém soustřeďuje takové množství kapitálu od svých členů, aby bylo možné pokrýt jeho základní rizika z obchodní činnosti na hladině spolehlivosti 99,5%. Po dohodě je každé ICA ještě navýšeno z důvodu zajištění dostatečného kapitálu na podporu hodnocení a finanční síly Lloyd's a vytvoření určitého bezpečnostního polštáře. Kapitál je držen mimo běžné prostředky a je určen výhradně k plnění závazků vůči pojistníkům. Společnost Lloyd's přezkoumává ICA každého syndikátu a posuzuje přiměřenost navrhované výšky kapitálu. Zhodnotí dosavadní výsledky, plány a risk apetit syndikátu a informuje Úřad pro regulaci a obezřetnost (PRA). Ten následně vybere malý vzorek z vyreportovaných ICA, aby ověřil správnost kontroly Společnosti.

Centrální aktiva

Centrální aktiva zahrnují nový centrální fond (New Central Fund), starý (Old Central Fund) a ostatní aktiva Společnosti. Jsou k dispozici na základě rozhodnutí Rady Lloyd's na splnění povinností z plnění, a to v případě, že není možné všechny závazky z pojistných událostí

uhradit dostupnými prostředky členů. Možnost využití těchto zdrojů se vztahuje pouze na pojistky neživotního pojištění od roku 1993 a všechny životní pojistky. Pokud tedy první úroveň neposkytne dostatečné prostředky, nastupuje druhá. Pokud ani ta nebude postačující, záleží na Radě, zda budou uvolněny zdroje z třetí úrovně. Každý člen v jednotlivých úrovních ručí kapitálem vždy jen do výše svého podílu na pojistném plnění. Aktiva centrálního fondu mohou být doplněna „disponibilní vrstvou“ až do výše 3% z pojistného limitu členů, a to za jeden kalendářní rok.

Equitas

Jak bylo zmíněno, období 90. let bylo pro Lloyd's jednou z nejtěžších zkoušek. Od roku 1988 se naakumulovaly ztráty ve výši více než 9 mld. GBP. To mělo ničivý dopad na mnoho členů, kteří kryli závazky z pojištění celým svým majetkem. Lloyd's byl totiž považován za bezrizikovou investici, ale po sledu velkých pojistných událostí (Piper Alpha, znečištění Exxon Valdez), nedostatečném vytváření rezerv a nesprávně upsaných rizicích (zmíněné „azbestové“ pojistky) se dostal trh do výrazných problémů. Řešením měl být záchranný plán, jehož součástí bylo i vytvoření Equitas v roce 1996. Tento subjekt převzal všechny závazky za pojistky uzavřené před rokem 1993. V následujících 10 letech tvořily tři čtvrtiny všech závazků pojistné události z „azbestových“ pojistek, znečištění a zdravotních rizik, 90% všech závazků směřovalo do USA. Členové byli vyzváni, aby jednorázově uhradili

Ilustrační foto: www.freeimages.com-Bury

příspěvek do Equitas na pokrytí všech potenciálních závazků ze svých starých pojistek.

Pochybnosti

Dalších 10 let ale přetrvávaly pochybnosti, zda Equitas bude disponovat dostatečnými prostředky, aby dokázal vyrovnat jakékoli závazky, které vzniknou. Předpokládalo se, že tento stav nejistoty, kdy hrozilo, že budou členové nuceni opět poskytnout zdroje, bude trvat dalších 40 let. Situace poškozovala i samotné jméno Lloyd's, jeho postavení na trhu a udělované externí ratingy. Také z tohoto důvodu uzavřel Lloyd's se společností Berkshire Hathaway Insurance patřící Warrenu Buffettovi zajistnou smlouvu na 3,8 mld. GBP (7 mld. USD). Zajistné činilo 398 mil. GBP. Šlo o světově největší zajistný obchod. Po ujednání obchodu a zklidnění situace se ratingy trhu téměř okamžitě zlepšily. Momentálně jsou prostředky v rámci Equitas dostatečné, konzervativně investované a zisk neustále rezervy navyšuje. Na konci roku 2013 mělo Equitas k dispozici přibližně 1663 mil. GBP.

Expandování do nových oblastí

Pro Lloyd's je velmi důležitá geografická diverzifikace i z důvodu určité možnosti, že by Velká Británie vystoupila z Evropské unie, čímž by ztratila možnost poskytovat finanční služby přes hranice na základě jednotného evropského pasu. Globální rozvoj patří mezi klíčová témata v projektu Vision 2025, který má ukázat směřování a cíle trhu do roku 2025. Na konci roku 2014 spolupracovalo s Lloyd's 3872 coverholderů, největší zastoupení má trh v USA, Velké Británii, Kanadě, Austrálii a Itálii. V posledním období proběhla jednání v kontinentální Evropě, USA, Jižní Africe, Singapuru a Indii, kde ale představitelé Lloyd's narážejí na pomalé lo-

“
Lloyd's se nikdy nezdráhal pojišťovat nové technologie a jedno z mnoha prvenství získal díky pojištění vesmírného satelitu v roce 1965.

“
kální legislativní změny. V květnu 2014 získal Lloyd's právo působit v Polsku, Dánsku, Švédsku a Kolumbii. V září 2014 udělila trhu čínská vláda povolení zřídit pobočku v Pekingu a o dva měsíce později získal Lloyd's i povolení ke zřízení zastoupení v Mexiku. Další země, ve kterých Lloyd's usiluje o získání obchodních příležitostí, jsou Brazílie, Turecko, Chorvatsko a Litva. Ještě dodejme, že oficiální zastoupení v České republice zatím



Finanční centrum Londýna.

neexistuje, pojištění krytí je poskytováno pouze prostřednictvím dvou coverholderů.

Lloyd's a regulace trhu

Lloyd's patří k výrazným a klíčovým subjektům na trhu finančních služeb ve Velké Británii již více než tři století. Proto se vlády několikrát snažily vytvořit právní rámec, který by poskytoval možnost určit povinnou základní strukturu trhu i jeho povinnosti. Nejprve šlo o zákony, které se přímo a výlučně věnovaly Lloyd's, později byla daná ustanovení zahrnuta do pravidel upravujících celý trh finančních služeb. Od 1. 4. 2013 ve světle nového regulatorního uspořádání ve Velké Británii jsou makléři a agenti členů regulováni úřadem Financial Conduct Authority (FCA). Naopak samotný Lloyd's i jeho výkonní agenti podléhají dvojí

výrazné negativní dopady na všechny účastníky. Z důvodu zdvojeného přístupu se klade velký důraz na to, aby nevznikala hluchá místa bez příslušného dohledu a nedocházelo k neefektivnímu zdvojování podmínek a kompetencí. Vzhledem k tomu, že FCA, PRA a Lloyd's mají společné předměty zájmu s cílem minimalizace duplicit ve výkonu každého subjektu, došlo k uzavření dohod s Lloyd's o spolupráci při dohledu a jeho prosazování. Lloyd's je také součástí kompenzačního systému FSCS. Jde o statutární fond poslední instance pro klienty, kteří využívají finanční služby společnosti na britském trhu. Spotřebitele kompenzuje v případě, že společnost, která jim poskytla určitou finanční službu či produkt, není schopna, resp. s velkou pravděpodobností nebude schopna plnit své závazky vůči spotřebitelům.

Závěrem

Za 327 let existence překonal trh i velmi náročná období, v současnosti se ale situace jeví stabilní a finanční výsledky vyhovující. Budoucnost však přinese mnohé problémy a výzvy – úspěšné dokončení implementace Solvency II, stále náročnější požadavky na automatizaci informačních systémů a následné vykazování regulátorům. Ještě větší hrozby číhají v oblasti, kterou trh ovlivnit nemůže – jde o zvyšující se počet přírodních katastrof, technologické kalamity a také zhoršující se politickou situaci ve světě. Avšak historie už několikrát potvrdila, že i navzdory těžkým časům Lloyd's dokázal vždy plnit své závazky vůči pojistníkům, a udržet si tak významné postavení nejen ve světě financí. ■

EXKLUZIVNĚ: SROVNÁNÍ VÝVOJE ČESKÉHO, POLSKÉHO A MAĎARSKÉHO TRHU

RNDR. KAREL VESELÝ, PH.D. / ŘEDITEL PORADENSKÝCH SLUŽEB PRO POJIŠŤOVNICTVÍ / DELOITTE ADVISORY

ING. HANA VONDRÁČKOVÁ / CONSULTANT/ACTUARIAL AND INSURANCE SOLUTIONS / DELOITTE ADVISORY

ING. TEREZA PETŘÍKOVÁ / CONSULTANT/ACTUARIAL AND INSURANCE SOLUTIONS / DELOITTE ADVISORY

Český pojistný trh se především díky snazším možnostem srovnávat nabídky pojišťoven dostává do pozice vysoce konkurenčního prostředí. Produkty, nabídky, služby ať v životním či neživotním pojištění se napříč pojišťovnami velice podobají, a jejich vývoj se tak zaměřil na nabídku konkurenčních výhod, které ale po krátké době implementuje většina trhu. Pojišťovny, a především pojišťovací skupiny při hledání nových příležitostí využívají své zkušenosti ze zahraničí. Proto jsme se i my rozhodli čtenáři Pojistného obzoru zprostředkovat tyto informace; možná trochu netradičně jsme se zaměřili na trhy dalších postkomunistických zemí Polska a Maďarska, které zažily podobný vývoj jako Česká republika.

Zastoupení hlavních hráčů

Polsko

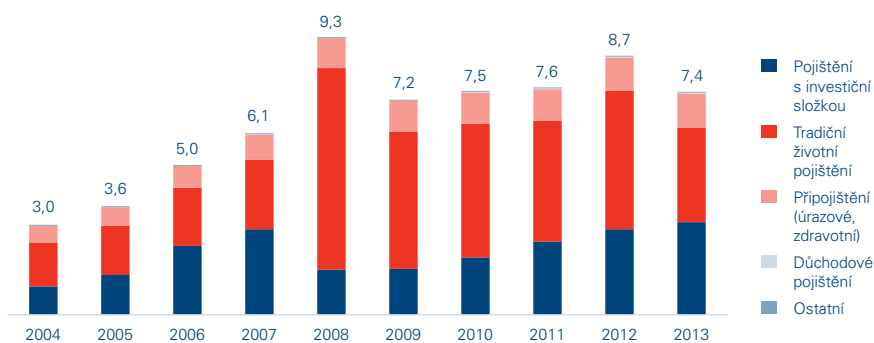
Směr vývoje jednotlivých trhů je z velké míry ovlivněn klíčovými hráči na stranách pojišťoven. Na polském pojistném trhu dominuje bývalá monopolní a dodnes z 35 % státem vlastněná pojišťovna PZU s 29 % podílem předepsaného pojistného. PZU je jedničkou na trhu životního i neživotního pojištění, o něco málo silnější je v neživotní části, kde dosahuje 33 % podílu. Jde o silnou tradiční pojišťovnu využívající především standardní obchodní kanály. V roce 2014 však koupila pojišťovnu Link4 specializovanou na přímý prodej s úmyslem oslovit tímto kanálem především mladší klienty. V tomto roce PZU také získala největší litevskou pojišťovnu Lietuvos Draudimas, lotyšskou AAS Balta a estonskou pobočku dánské Codan Forsikring. Ještě zmiňme, že v roce 2013 se neúspěšně pokusila o akvizice největší chorvatské pojišťovny Croatia Osiguranje. Polský trh díky své velikosti a růstu přitahuje pozornost mezinárodních pojišťovacích skupin, které zde v poslední době provedly řadu akvizic. V roce 2012 belgická skupina KBC prodávala druhou největší polskou pojišťovnu Warta se silným zastoupením na životním i neživotním trhu. O její koupi usilovalo více zájemců včetně rakouské skupiny VIG, nakonec ji však získala německá skupina Talanx. Kromě Warty vlastní Talanx v Polsku i malou pojišťovnu EUROPA. Skupina VIG patří mezi vedoucí skupiny polského trhu

s 8 % podílem předepsaného pojistného. Podobně jako v České republice i v Polsku vlastní několik pojišťoven (aktuálně pět společností). Další významnou pojišťovací skupinou s podílem 8 % je německé ERGO, které v Polsku vlastní také pět pojišťoven (nejvýznamnější je ERGO Hestia). Na rozdíl od českého trhu patří v Polsku skupiny Generali a Allianz spíše mezi střední hráče. Skupinu Generali v Polsku zastupují pojišťovny Generali ŻYCIE T. U., Generali T. U a pojišťovna Proama získaná v roce 2012, které dohromady tvoří necelých 5 % podílu předepsaného pojistného na trhu. Allianz má podíl na celkovém předpisu 4 %, z čehož většinu tvoří neživotní pojištění, kde je čtvrtou největší pojišťovnou.

Maďarsko

V porovnání s Českou republikou a Polskem se zdá být maďarský trh rozdělen mezi více hlavních hráčů, rozdíly mezi prvními osmi pojišťovnami jsou totiž minimální. Všechny skupiny s významným zastoupením na českém trhu najdeme mimochodem i mezi největšími maďarskými společnostmi, což patrně přispívá k výše zmíněným podobnostem obou trhů. Pokud se však podíváme na samostatná odvětví životního a neživotního pojištění, vystupuje i v Maďarsku zřetelněji několik silných hráčů. Největší životní pojišťovna je s 16 % nizozemská NN, následována společností Magyar Posta Biztosító se 14 % podílu na trhu společně vlastněnými německou skupinou Talanx (vstoupila na maďarský trh v roce 2002)

Předepsané pojistné v mld. EUR v Polsku – životní pojištění



Zdroj: Komisja Nadzoru Finansowego (Komise pro finanční dohled)

a Maďarskou poštou; trojici největších skupin pak uzavírá francouzská Groupama s 11 %. Avšak v zádech mají další čtyři pojišťovací skupiny s přibližně 9% podílem, a to VIG (pojišťovny Union, rste Biztosító a Vienna Life), Generali, Allianz a Aegon. V neživotním pojištění lze konstatovat, že maďarský trh má dvě vedoucí pojišťovací skupiny Allianz (21%) a Generali (20%), další pojišťovací skupiny mají opět podíl okolo 10%. Před rokem 1990 existovaly v Maďarsku monopolní státní pojišťovny, životní Allami Biztosító a neživotní Hungaria Biztosító. Po privatizaci část těchto dvou pojišťoven přešla do soukromého sektoru; 49 % neživotní pojišťovny získala Allianz, která tento podíl v roce 1995 zvýšila na 90 %. Pojišťovna Aegon naopak v roce 1992 získala 75% podíl životní pojišťovny Allami Biztosító. Pojišťovací trh těchto zemí však není zajímavý pouze pro evropské pojišťovny. Na všech třech trzích působí například i velká americká pojišťovací skupina MetLife, která v roce 2012 od britské Avivy pobočky koupila v České republice a v Maďarsku. V Polsku působí již od roku 1990, kde kromě životní pojišťovny vlastní i penzijní a podílový fond.

Velikost a struktura jednotlivých trhů

Jaké jsou základní informace o vybraných zemích? Velikostí předepsaného pojistného se jedná o rozdílné trhy, největší je polský, který je téměř trojnásobně větší než trh v České republice (v roce 2014 Česká republika 5 mld.¹ EUR², Polsko 13,9 mld. EUR). Polsko si za posledních deset let prošlo dynamickým vývojem, kdy předepsané pojistné vykazuje velký růst vyvolaný jak stabilním růstem neživotního pojištění, tak růstem

životního pojištění. Za posledních deset let se předepsané pojistné životního pojištění více než zdvojnásobilo a jeho vývoj je doprovázen pozitivními i negativními skoky způsobenými především reakcí na legislativní úpravu. Portfolio produktů v neživotním pojištění lze přirovnat k České republice, významný rozdíl však najdeme při srovnání životního pojištění, které se v Polsku dělí do dvou významných skupin – zaměstnanec-ké skupinové pojištění obsluhované především polostátní pojišťovnou PZU, zbytek trhu pak prodává především rezervotvorné produkty s potlačením pojištění rizik. Maďarsko se naopak svým portfoliem produktů podobá České republice v obou segmentech životního i neživotního pojištění. Do roku 2007 tam předepsané pojistné mělo vzestupnou tendenci, od té doby však stagnovalo či mírně klesalo, od roku 2013 opět mírně roste. Vývoj pojistného v neživotním pojištění kopíruje

Ve všech srovnávaných zemích došlo k cenové válce v povinném ručení, která stlačila ceny až na hranici únosnosti nebo v případě Maďarska až za ni.



situaci na českém trhu, jde však o trh zhruba o poloviční velikosti (v roce 2014 Maďarsko 2,7 mld. EUR). V obou zemích je zřetelný pokles objemu pojistného za povinné ručení způsobený tlakem na cenu v důsledku konkurenčního boje, přičemž v Maďarsku klesla profitabilita povinného ručení až na hranici únosnosti nebo i za ni. V Maďarsku je vůči České republice poloviční rovněž trh s produkty životního pojištění, který nejvyššího předepsaného pojistného dosáhl v roce 2008 (v ČR tomu tak bylo o dva roky později).

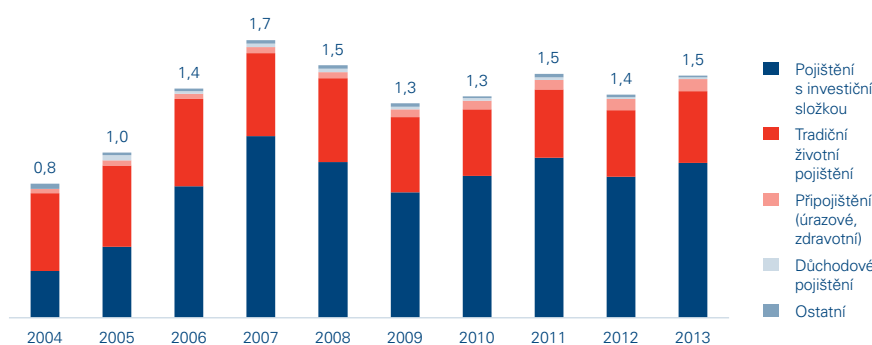
Životní pojištění

Polský životní trh zažil prudký nárůst předepsaného pojistného v letech 2004–2008 způsobený především daňově legislativní změnou, která učinila trh životního pojištění velmi atraktivní pro retailové investory. Polské pojišťovny na změnu reagovaly a téměř se transformovaly na investiční fondy, přičemž razantní nárůst zaznamenalo kapitálové životní pojištění spojené s bankovními produkty (daňová změna je detailněji popsána v kapitole Daňové zvýhodnění). Největšího předpisu pojistného Polsko dosáhlo v roce 2008, poté však došlo k poklesu v důsledku snižování garantovaných výnosů a zavedení nového občanského zákoníku v roce 2007, který přinesl dvě zásadní změny. První bylo zhoršení podmínek sjednání skupinového zaměstnanec-kého pojištění (zavedl se písemný souhlas zaměstnance), které v té době tvořilo asi 45 % předpisu. Největší dopad zaznamena-



la polostátní pojišťovna PZU, která usilovala o změnu tohoto nařízení. To se podařilo dosáhnout až po dvou letech. Druhou změnou bylo zvýšení nároků klientů na odkupné, do něž muselo být nově započteno i nespotřebované rizikové pojistné, a pojišťovny musely reagovat úpravou produktů. Výsledku jako v roce 2008 se již Polsko nepodařilo znovu dosáhnout a kromě dočasného navýšení v roce 2012 trh stagnuje. Na rozdíl od České republiky a Maďarska, kde flexibilní investiční produkty tvoří většinu nové produkce, pozastavila v Polsku jejich oblibu ekonomická krize, a ačkoli v poslední době opět získávají popularitu, stěžejním produktem zůstává investiční jednorázové pojištění s garantovaným zhodnocením. Vývoj maďarského trhu životního pojištění vykazuje naproti tomu podobnou dynamiku jako český trh. Největší rozdíl je ve velikosti obou trhů (v roce 2014 Česká republika 2,5 mld. EUR, Maďarsko 1,5 mld. EUR). Klíčovým produktem je v obou zemích moderní investiční životní pojištění. Na rozdíl od České republiky se v Maďarsku oblíba tohoto produktu v důsledku finanční krize mírně pozastavila. Trend kvality, transparentnosti produktu i regulace zprostředkovatelů jde obdobným směrem v obou zemích, což potvrzují diskutované otázky průběžných provizí či například zavedení ukazatele nákladovosti.

Předepsané pojistné v mld. EUR v Maďarsku – životní pojištění

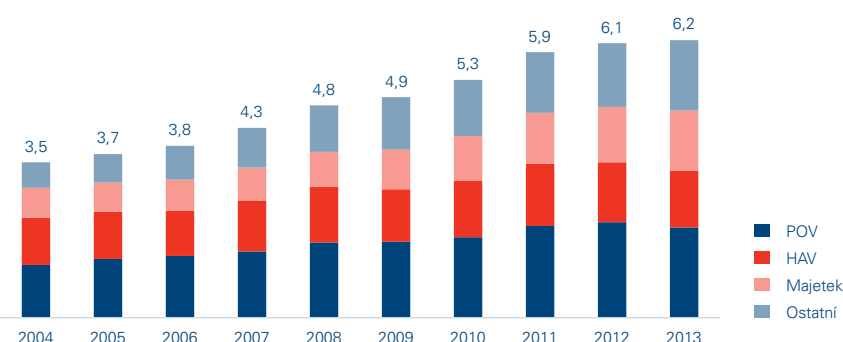


Zdroj: MABISZ (Maďarská asociace pojišťoven)

¹ Všechny údaje v článku pracují se statistikami České národní banky.

² Pro přepočtení hodnot z místních měn na euro byly využity aktuální kurzy (Kč: EUR = 27,6; PZL:EUR = 4,17; HUF:EUR = 310,1).

Předepsané pojistné v mld. EUR v Polsku – neživotní pojištění



Zdroj: Komisja Nadzoru Finansowego (Komise pro finanční dohled)

Neživotní pojištění

Srovnáme-li velikost trhu podle předepsaného pojistného, pořadí zemí zůstává shodné jako u životního pojištění. Největší je polský trh, kde bylo v roce 2013 předepsáno 6 mld. EUR, poloviční je trh v České republice s předpisem 2,5 mld. EUR a přibližně šestinou velikosti polského trhu má maďarský trh se 1,3 mld. EUR. Zajímavé je, že největší zastoupení v Polsku má povinné ručení s 33 %, naopak v Maďarsku vyhrává se 44 % pojištění majetku. Pojištění aut (povinné ručení a havarijní pojištění) má v jednotlivých zemích různou váhu; v roce 2013 v Maďarsku 37 %, v České republice 42 % a v Polsku 53 %. Při pohledu do minulosti a vývoje neživotního pojištění v posledních deseti letech je zřetelný růst pouze polského trhu, který se téměř zdvojnásobil. Růstu tam dosáhly všechny segmenty, pouze havarijní pojištění v posledních šesti letech stagnovalo. V Maďarsku znamenalo největší růst za posledních deset let pojištění majetku, ve kterém se povedlo téměř zdvojnásobit předepsané pojistné. Tím byl kompenzován výrazný propad pojistného na maďarském trhu pojištění aut v posledních šesti letech, kdy podobně jako v České republice růst konkurenčního prostředí způsobil snížení cen, a tím i celkového předpisu, který klesl téměř na polovinu. Profitabilita maďarského povinného ručení je nejhorší z porovnávaných zemí a spolu s nepříznivým vývojem maďarské ekonomiky a státními zásahy přispěla ke stávající nižší atraktivitě Maďarska pro zahraniční pojišťovny.

České problémy optikou Maďarska a Polska

Regulace provází a nákladů

Regulace provází, potažmo nákladů, a to především v rezervotvorném životním pojištění je aktuálně nejžhavějším tématem v České

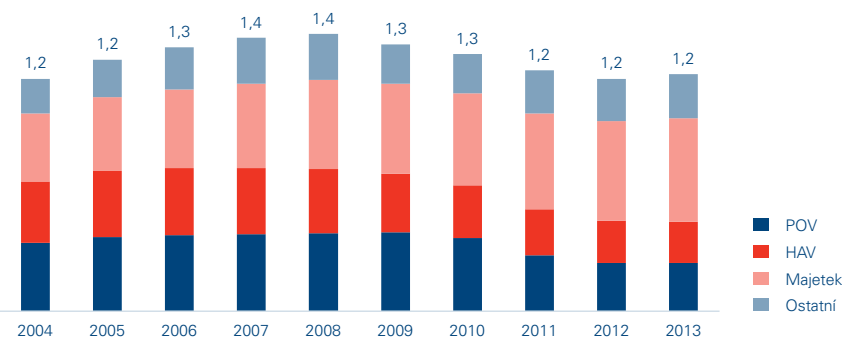
republice, která opět pozastavila legislativní proces novely zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích. V Maďarsku od letošního roku také platí nová regulace provází v rezervotvorných běžně placených produktech. Províze je omezena několika limity, zejména nesmí být vyplacena celá jednorázově, zároveň na konci prvního roku nesmí být vyplaceno více než 117 % ročního pojistného (v Maďarsku stanoveno jako 14ti násobek měsíčního pojistného) a na konci druhého roku nesmí províze přesáhnout 200 % ročního pojistného. V Polsku je regulace provází podobně jako v České republice aktuálně diskutované téma na úrovni legislativního procesu a u běžně placených rezervotvorných pojištění se zvažuje povinné rozložení províze v čase. Specifická regulace by se mohla dotknout produktů bankopojištění, kde nyní banka vystupuje v roli pojistníka i distributora a inkasuje marže často i ve výši většiny pojistného. Zároveň se diskutuje omezení storno poplatků investičního pojištění. Produkty na polském trhu totiž mají tyto stornopoplatky poměrně vysoké; v posledních letech si velké množství klientů na tyto srážky stěžuje. Čtyři velké polské pojišťovny musely v této souvislosti zaplatit sankce v celkové

výši 12 mil. EUR v roce 2014. Nyní se diskutuje novela zákona, která by reagovala na tuto situaci a měla by regulovat maximální výši stornopoplatků u investičního životního pojištění (návrh je max. 4 % z kapitálové hodnoty). Tato změna by se však měla dotýkat pouze nově sjednaných produktů, tedy u již sjednaných smluv spory mohou pokračovat i nadále. Pro polský trh toto omezení může znamenat výraznou změnu konstrukce produktu.

Ukazatel nákladovosti

Ruku v ruce s růstem popularity investičního životního pojištění a regulatorními požadavky na ochranu spotřebitele jde snaha usnadnit klientům orientaci v těchto složitých pojistných produktech. V České republice se od letošního roku na modelacích konkrétní smlouvy zobrazuje tzv. ukazatel SUN, který má klientovi graficky ukázat rozložení finančních prostředků na investiční, rizikovou a poplatkovou část. Pojišťovny dále nově uvádějí nákladovost jednotlivých investičních fondů. V Maďarsku zvolili přístup, který snadněji porovnává trh napříč všemi pojišťovnami, ale nepodává informaci pro konkrétní případ pojistné smlouvy. Pojišťovny počítají tzv. roční index nákladů (annual cost index), kdy na vzorových příkladech smluv je zobrazena velikost nákladů a zároveň minimální hodnota úrokové sazby, se kterou bude zaručeno, že ke konci smlouvy pojistník získá minimálně hodnotu celkového zaplaceného pojistného. Údaje za všechny pojišťovny lze porovnat na stránkách Maďarské asociace pojišťoven (MABISZ), zároveň jsou uvedeny i v pojistných podmínkách daného produktu. Zajímavostí je, že tyto výpočty procházejí nezávislým auditem, čímž je garantována korektnost údajů. V Polsku se problematikou informačních povinností zabývali na úrovni Polské asociace pojišťoven, která vloni vydala doporučení minimálního rozsahu informací u rezervotvorných produktů životního pojištění, které by měly být sděleny

Předepsané pojistné v mld. EUR v Maďarsku – neživotní pojištění



Zdroj: MABISZ (Maďarská asociace pojišťoven)



klientovi v podobě karty produktu před uzavřením pojištění. Karta produktu je vytvářena pro každého klienta individuálně, kdy kombinuje sdělení např. o poplatcích, odkupném, rizikových srážkách, ale i obecné informace o zvoleném produktu, jako jsou princip fungování produktu, systém bonusů a slev atd. Pro připodobnění s ČR si lze kartu představit jako kombinaci předmluvních informací a individuální modelace nabídky.

Daňové zvýhodnění životního pojištění

Protože daňové zvýhodnění životního pojištění v Polsku výrazně ovlivnilo celý životní trh, musíme pro pochopení situace uvést širší kontext sahající několik let zpět. Po mnoho let využívali investoři mezeru v polském daňovém zákoně, kde byla možnost se vyhnout daním z kapitálového výnosu v případě, že vypočtená daň byla menší než 0,5 PLN (a tedy se zaokrouhlila na nulu). V bankách se tak stalo velmi populární denní úročení a tyto produkty se těšily veliké oblibě u klientů. Po uzavření této mezery se na trhu hledaly nové příležitosti, které by uspokojily vysokou poptávku po daňovém zvýhodnění. Ve velkém je využily pojišťovny, když vytvořily daňové zvýhodněné produkty zaměřené na investice s velmi omezeným pojistným krytím, a nabídly klientům technickou úrokovou míru, která odrážela očekávaný investiční výnos. Tyto produkty výrazně ovlivnily pojistný trh, který tak silně opouštěl pojištění rizik a soustředil se na investice. Pojišťovny garantovaly vyšší technické úrokové míry, ale kompenzovaly si to velkými poplatky v případě odkupného. V Maďarsku bylo daňové zvýhodnění rezervotvorných produktů životního pojištění zavedeno až v roce 2014 tak, aby tyto produkty měly shodné podmínky jako další důchodové produkty. Na rozdíl od České republiky Maďarsko zavedlo přísnější limity nákladů u takto zvýhodněných životních smluv oproti daňově neuznatelným životním smlouvám. Jiné podmínky lze najít i u srážkové daně, kdy v České republice tuto daň musí zaplatit všichni, kteří z investic dostali víc peněz, než kolik zaplatili na pojistném. V Maďarsku existuje zvýhodnění

v případě trvání smlouvy více než 5 let, kdy je daň snížena o 50 %, v případě trvání smlouvy více než 10 let se daň neplatí vůbec. Po zavedení těchto daňových výhod se v Maďarsku výrazně zvýšil prodej produktů zaměřených na vytvoření finanční rezervy na důchod. Díky tomuto trendu pojišťovny očekávají, že by v budoucnosti mohlo dojít k přeorientování trhu na tyto produkty.

Příspěvky odváděné pojišťovnami

Ve všech třech zemích došlo k cenové válce v povinném ručení mezi konkurenty, která stlačila ceny až na hranici únosnosti nebo v případě Maďarska až za ni. Ke snižování cen dochází i u havarijního pojištění. Náklady pojišťoven v posledních letech přitom navyšují především nové legislativní požadavky a zavedení speciálních odvodů z pojistného. V České republice byl v roce 2014 zaveden příspěvek do fondu zábrany škod ve výši 3 %, který je známý jako „hasičský poplatek“. Od tohoto roku také platí nový občanský zákoník, který je výrazně zaměřen na ochranu spotřebitele

v povinném ručení na 30 %, od roku 2013 v havarijním pojištění na 15 %, pojištění majetku, úrazu a cestovní pojištění je pak zatíženo hodnotou 10 %. Maďarské pojišťovny musí dále uhradit splátky a služby poskytnuté v důsledku škody do Státního fondu zdravotního pojištění a do Státního fondu důchodového pojištění. Na polském trhu existuje 10% poplatek z povinného pojištění proti požáru, které pojišťovny odvádějí hasičům. Dále se pojišťovny podílí na financování hasičské služby pomocí speciálních daňových odvodů.

Pojišťovací ombudsman

Jedním z aktuálních témat na celém pojistném trhu Evropské unie je i implementace ADR směrnice, která požaduje po všech členských státech zavést do svých zákonů možnost alternativního řešení sporů, které se dotýká i pojišťovacích služeb. Přístup k tomuto požadavku se mezi jednotlivými zeměmi liší. Česká republika se rozhodla využít již existujících úřadů, kdy spory plynoucí z životního pojištění svěřila finančnímu arbitrovi a spory plynoucí z neživotního pojištění budou dle připravované novely o ochraně spotřebitele svěřeny do rukou České obchodní inspekce. Podobně jako v ČR ani v Maďarsku neexistuje instituce zabývající se pouze alternativním řešením sporů v pojišťovnictví. Nespokojený klient se může obrátit buď přímo na pojišťovnu, Maďarskou národní banku, nebo k Finančnímu arbitrážnímu výboru. Polsko se na rozdíl od České republiky a Maďarska vydalo cestou specializované instituce. Již od roku 2003 byla ze zákona zřízena funkce pojišťovacího ombudsmana, který se věnuje pouze oboru pojišťovnictví, a to jak životnímu, tak neživotnímu pojištění. Pojišťovací ombudsman je ne-

V porovnání s Českou republikou a Polskem se zdá být maďarský trh rozdělen mezi více hlavních hráčů, rozdíly mezi prvními osmi pojišťovnami jsou totiž minimální.

”

a nově upravuje stanovování výše odškodného, čímž může zdražit především pojištění odpovědnosti. V současné době pojišťovny analyzují své první zkušenosti a již dochází ke zvyšování tarifů pojištění kvůli vyšším výplatám pojistných událostí. V Maďarsku existuje již od roku 1996 podobně zamýšlený „hasičský poplatek“, který aktuálně dosahuje výše 1,5 %, avšak nejen na povinné ručení, ale i na havarijní pojištění a pojištění majetku. Maďarské pojišťovny jsou ale v neživotním pojištění daněmi zasaženy výrazně více. Mezi další poplatky patří např. tzv. „nehodové daně“, jejichž výška výrazně zvyšuje cenu pojištění. Od roku 2012 je tato daň stanovena

závislá osoba, která je jmenována ministrem financí z kandidátů navržených spotřebitelskými organizacemi, ombudsmanem a profesními sdruženími pojišťoven. Zároveň podává ministrovi financí výroční zprávu o své činnosti. Pojišťovací ombudsman může žádat pojistitele o jejich vyjádření ke stížnostem spotřebitelů a k obsahu jejich vnitřních předpisů. Pojistitelé musí vyhovět, není ale stanovena lhůta pro jejich vyjádření, což v praxi prodlužuje řešení individuálních případů řádově na měsíce. Pokud pojišťovací ombudsman nalezne nesprávnosti v jednání pojistitele, vyve jej k nápravě a může se obrátit na státní dozorové orgány. ■

“

NOVINKY Z EVROPSKÉ UNIE

MGR. ET MGR. ONDŘEJ KAREL / PRÁVNÍK / ODDĚLENÍ LEGISLATIVY A PRÁVA / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠTOVEN

Solventnost II

Aby bylo možné zahájit aplikaci režimu **Solventnost II** ve stanoveném termínu, tj. od 1. ledna 2016, jsou realizovány nezbytné kroky k přípravě implementačních právních nástrojů druhé úrovně (Komise) a třetí úrovně (EIOPA), které konkretizují požadavky stanovené rámcovou směrnicí. V tomto kontextu Evropská komise již přijala nařízení Komise v přenesené pravomoci (EU) 2015/35 ze dne 10. října 2014, kterým se doplňuje směrnice Solventnost II, a první sadu prováděcích nařízení Komise (Nařízení Komise (EU) 2015/460, 2015/461, 2015/462, 2015/498, 2015/499 a 2015/500), kterými se stanoví prováděcí technické normy upravující problematiku procesu schvalování. **Návrh druhé sady prováděcích nařízení**, která bude konkretizovat úpravu jednotlivých pilířů a problematiky transparentnosti dohledu, **aktuálně zpracovává EIOPA**, aby jej mohla předložit Komisi k přijetí. Původně stanovený termín pro předložení návrhu Komisi, který byl stanoven do konce června, se ukázal jako příliš ambiciózní. **EIOPA též zpracovává finální znění druhé sady obecných pokynů** (Pilíř 2 a 3), jejichž obsah byl předmětem předchozí veřejné konzultace. První sadu obecných pokynů k problematice procesu schvalování, Pilíře I a interních modelů zveřejnila EIOPA již 2. února 2015.

Distribuce pojištění

Revize právního rámce EU pro zprostředkování pojištění pokračuje a postupně se blíží ke své finalizaci. Prvním krokem v této oblasti bylo **přijetí Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/65/EU** ze dne 15. května 2014 **o trzích finančních nástrojů a o změně směrnic 2002/92/ES a 2011/61/EU** (tzv. MiFID II), jejímž prostřednictvím se do směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/92/ES ze dne 9. prosince 2002 o zprostředkování pojištění doplňuje dočasná právní úprava „distribuce pojištění-investičních produktů“. Nová právní úprava, která bude konkretizována prostřednictvím aktů v přenesené působnosti, musí být uvedena v účinnost v termínu do 3. ledna 2017. Následovalo přijetí **Nařízení Evropského parlamentu a Rady**

(EU) č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014 **o sdělení klíčových informací týkajících se strukturovaných retailových investičních produktů a pojištných produktů s investiční složkou**, tzv. Nařízení PRIIPs, které stanoví jednotná pravidla pro formu a obsah „sdělení klíčových informací“ a pro poskytování tohoto sdělení retailovým investorům s cílem umožnit jim pochopit hlavní rysy produktu s investiční složkou a rizika spojená s jeho sjednáním. Nařízení bude přímo použitelné od 31. prosince 2016 a předpokládá přijetí řady aktů v přenesené pravomoci a prováděcích aktů Komise (implementační technické standardy), které budou muset být v mezidobí vypracovány. Posledním krokem ke kompletaci právního rámce pro zprostředkování pojištění bude **přijetí směrnice, která nahradí směrnici Evropského parlamentu a Rady 2002/92/ES** ze dne 9. prosince 2002 **o zprostředkování pojištění**. Budoucí obsah této nové směrnice, která je na pracovní úrovni nazývána směrnici o distribuci pojištění, byl již dohodnut na jednání Trialogu dne 30. června 2015 a následně potvrzen Výborem stálých zástupců dne 22. července 2015. Formální schválení dohodnutého textu Evropským parlamentem a Radou EU a následnou publikací směrnice v Úředním věstníku EU lze očekávat do konce tohoto roku.

Opatření AML/CFT

Aktuálně byla dokončena **revize stávajícího právního rámce EU harmonizující opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (AML/CFT)**, která byla zahájena v roce 2013. Novým právním předpisem EU v této oblasti je **Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2015/849** ze dne 20. května 2015 **o předcházení využívání finančního systému k praní peněz nebo financování terorismu**, o změně nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 648/2012 a o zrušení směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/60/ES a směrnice Komise 2006/70/ES (více strana 22). Směrnice, jejímž cílem je napomoci k účinnějšímu boji proti praní špinavých peněz, daňovým trestným činům a financování terorismu, mají členské státy povinnost implementovat do 26. června 2017.



Foto: ČAP

Mgr. et Mgr. Ondřej Karel

Ke směrnici je komplementární **Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2015/847** ze dne 20. května 2015 **o informacích doprovázejících převody peněžních prostředků a o zrušení nařízení (ES) č. 1781/2006**. Cílem nařízení, které je použitelné od 26. června 2017, je stanovit nová pravidla umožňující jednodušší vystopování finančních transakcí.

Směrnice GENDER

Evropská komise zveřejnila 5. května 2015 **Zprávu o používání směrnice Rady 2004/113/ES** ze dne 13. prosince 2004, **kteřou se zavádí zásada rovného zacházení s muži a ženami v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování¹**, tzv. směrnice GENDER. Ve zprávě Komise popisuje stav provádění směrnice členskými státy v praxi. Konstatuje, že ve specifické oblasti finančních služeb bylo nejnáročnějším úkolem provést rozsudek SD EU ve věci Test-Achats², kterým došlo ke zrušení výjimky pro pojišťovnictví. Pokud jde o dopad rozsudku na výši pojištných sazeb, vyžaduje zpráva přesvědčení, že je příliš brzy činit konečné závěry, nicméně na základě malého množství dostupných důkazů se tento dopad jeví být velice omezený. **Komise se nedomnívá, že je v této fázi nutné navrhovat úpravy směrnice**. Místo toho bude klást důraz na vyřešení zbývajících potíží při jejím provádění ve vnitrostátním právu některých členských států, pokračovat ve své monitorovací činnosti a podporovat členské státy za účelem dosažení plného využití potenciálu směrnice. ■

¹ Dokument je dostupný pod číslem COM(2015) 190 na www.eur-lex.eu

² Rozsudek SD EU ze dne 1. března 2011 ve věci C-236/09

PAVEL ŘEHÁK: Z ČESKÉHO TRHU MIZÍ PODSTATA POJIŠŤOVNICTVÍ

MGR. JAN CIGÁNIK / ŠÉFREDAKTOR / POJISTNÝ OBZOR

Na český pojistný trh se vrací DIRECT pojišťovna. Jde o vícekanálovou pojišťovnu, jež nespolehá pouze na on-line prodej, se kterým pracovala její předchůdkyně, ale využívá i další kanály, jakou jsou pojišťovací makléři a vlastní pobočky. Základní platformu, na níž pojišťovna vznikla, představovala akvizice Triglav pojišťovny, jež byla dokončená v červnu 2015. Za vznikem DIRECTu stojí skupina Vigo Investments Pavla Řeháka, kterému Pojistný obzor položil několik otázek.

Jaká byla motivace skupiny Vigo Investments pro akvizici české pobočky pojišťovny Triglav?

Hledali jsme platformu, na jejímž základě bychom mohli realizovat náš dlouhodobý projekt špičkové pojišťovny. Oslovili jsme několik firem a Triglav byl dostatečně pružný a rychlý v realizaci transakce. S jejím celým průběhem jsme vysoce spokojeni jak z pohledu procesu a profesionality protistrany, tak z pohledu naplnění našich obchodních cílů.

Z jakého důvodu jste se rozhodli pro poměrně nestandardní krok a oživilí jste značku DIRECT, která je v kontextu českého pojistného trhu vnímána spíše jako neúspěšná?

DIRECT má obrovskou výhodu ve vysoké míře znalosti a povědomí mezi veřejností. Ve srovnání s jakoukoli menší pojišťovnou je výrazně známější. Navíc mezi laickou veřejností zdaleka nepanuje silné vnímání, že by byla neúspěšná. Hlavní atributy, které značka s sebou nesla, byly rychlost, inovace a další pozitivní aspekty. Překvapivě si lidé DIRECT nespojují ani nějak extrémně jen s přímými distribučními kanály. Historicky bylo do této značky investováno více než 850 milionů Kč a byli bychom hloupí, kdybychom tuto investici nechtěli zhodnotit. První zkušenosti po změně jména nám správnost našeho rozhodnutí výrazně potvrzují – dokonce mnohem silněji, než jsme čekali. Vidíme velký nárůst zájmu o naše produkty v podstatě ve všech distribučních a komunikačních kanálech. Takže z pohledu marketingového efektu a podpory rozvoje našeho konceptu jednoduché, rychlé, profesionální a přátelské pojišťovny jsme nemohli udělat lépe. V neposlední řadě je změna jména dobrým nástrojem komunikace toho, že se zásadně měníme a posouváme v kvalitě procesů,

inovativnosti, výjimečnosti produktů a v kultuře. Značka DIRECT zkrátka funguje jak návenek, tak velmi silně i dovnitř firmy.

Jaké jsou hlavní cíle, se kterými DIRECT na trh vstupuje?

Příjemně překvapovat klienty, přinášet špičkové produkty a služby, bourat zažitá pojišťovací klišé a při tom všem si to v rámci špičkového týmu motivovaných lidí užít. Chceme vybudovat opravdu vynikající pojišťovnu, která bude stavět na selském rozumu, lidském přístupu a vynikající výkonnosti. Proti našim konkurentům, kteří samozřejmě nespí, máme obrovskou výhodu: všechno, co děláme, děláme proto, že chceme, a ne proto, že bychom museli. Každý produkt, změnu procesu nebo novou službu vytváříme proto, že věříme, že je to užitečné pro klienty nebo distribuční partnery. Nejsme svázáni historií portfolia, nesmyslností starých produktů atd. Ve srovnání s mými předchozími zkušenostmi je to obrovsky osvobozující pocit. Navíc do týmu přicházejí zvenku nebo z Triglavu jen lidé, kteří chtějí a mají zájem podílet se na něčem výjimečném, takže jsme tým lidí posedlých klientem. Vlastně ani nemáme nějak explicitně nastavené růstové cíle nebo zisk. Samozřejmě máme byznys plán, ale mnohem důležitější je pro nás naplňování toho, proč vlastně máme existovat.

Na jaké typy produktů se chcete zaměřit? Triglav se převážně soustředil na automobilové pojištění, bude se to měnit?

Jsme neživotní pojišťovna, a právě na neživotní pojištění se budeme soustředit. Pojištění vozidel je důležitou oblastí a zůstane i nadále, ale existuje celá řada dalších segmentů, které chceme špičkově obsluhovat. Ať už jde o pojištění majetku nebo oblast SME (malé a střední klientely).



Foto: DIRECT

Pavel Řehák: „Budeme se soustředit na neživotní pojištění.“

A v jaké „formě“ se vlastně kmen Triglavu nachází?

Po několika vlnách čištění portfolia v posledních měsících je kmen pojišťovny ve velmi dobrém stavu. Přestože čištění znamenalo pokles objemu, podařilo se nám výrazně stabilizovat výsledky pojišťovny a v posledních měsících, kdy už naplno fungují změny, které jsme provedli, zaznamenáváme růst obchodu a zájmu klientů i distribučních partnerů.

DIRECT se soustředil na on-line prostředí, jaký vztah budete mít ke sjednávání pojištění přes internet? Rozšíříte případně počet „kamenných“ poboček?

Naše produkty budeme nabízet a prodávat tam, kde je chtějí naši klienti a potenciální klienti kupovat. To znamená, že budeme vícekanálová pojišťovna, která buduje silné



Foto: DIRECT

„Po několika vlnách čištění portfolia je kmen pojišťovny ve velmi dobrém stavu,“ říká Pavel Řehák.

partnerské vztahy s distribučními partnery, má rozumné pokrytí servisních míst a žije s klienty tam, kde žijí oni. Internet i kamenné pobočky mají v této vizi nezastupitelné místo.

V jaké kondici je podle vás české pojišťovnictví a snese srovnání s vyspělými trhy? Případně co tuzemskému trhu schází, aby západní státy dohnal?

Český pojišťovací trh je velmi vyspělý. Po technické stránce je kvalitní, pracuje v něm mnoho velmi šikovných odborníků. Je to náročné prostředí. Zároveň se mi ale zdá, že za posledních 10 let výrazně vymizela podstata pojišťovnictví, vztah s klientem je velmi transakční a v některých oblastech (například v životním pojištění) se dějí věci, které na zdravý trh nepatří. My situaci na trhu vnímáme jako velkou příležitost pro špičkovou firmu, která bude umět dodávat vynikající produkty přátelským a srozumitelným stylem. Těšíme se, že pomůžeme pozitivně posunout hranice toho, co je normální a co není.

Jak byste charakterizoval současného klienta?

Někteří lidé v pojišťovnictví vnímají pojištění jako středobod světa. Používají velmi odborný jazyk, mnohé produkty ladí do nesmírných detailů a podrobností a dokážou dlouhé hodiny vyprávět právní detaily jednotlivých odstavců pojistných podmínek. Faktem ale je, že klienti

”

pojištění dopodrobna neřeší a řešit nechtějí. Těžko si dovedu představit, že se někdo ráno vzbudí a řekne si, že už se nemůže dočkat, až si dnes pořídí „vymazlenou“ pojistku. Klient nechce pojištění řešit, ale chce mít jistotu, že ho nenecháme v průšvihů. Hledá jednoduché, srozumitelné řešení, které bude spolehlivé

Dnešní klient hledá jednoduché, srozumitelné řešení, které bude spolehlivé a nebudou v něm žádné skryté háčky a výjimky psané fontem velikosti čtyři.

“

a nebudou v něm žádné skryté háčky a výjimky psané fontem velikosti čtyři.

Nemůžu se nezeptat, jak vnímáte čím dál častější zásahy českého, ale i evropského regulátora?

Regulace se mnoha oblastech přitvrzuje a komplikuje, ale my v podstatě tuto otázku neřešíme. Je prostě taková, jaká je. Dodržování pravidel regulace je podmínka nutná k fungování na trhu. Bohužel český trh několikrát dokázal, že samoregulace není schopen. Především v posledních letech bylo několik příležitostí, jak zvýšit kvalitu trhu a služeb pro klienty, aniž by musel zasahovat regulátor. Přesto se to nepovedlo...

Jak hodnotíte v podstatě průlomovou snahu senátorů za Stranu zelených o novelu zákona 168, která se neúspěšně pokusila omezit „marže“ pojišťoven u povinného ručení?

Je to znepokojivé i zajímavé zároveň. Zjevně je to především důkaz o tom, jak mylné představy mají někteří lidé o trhu, jehož fungování mohou legislativně ovlivňovat. Nevím, jak by se měla omezovat marže v povinném ručení, když poslední roky se v tomto odvětví pojišťuje se zápornou marží.

Jak vnímáte aktuální situaci, kolem novelizace zákonů „38“ a „o pojišťovnictví“, kdy mezi pojistiteli a zprostředkovateli dochází ke zvětšování třecích ploch v důsledku sporu o regulaci provizí?

Tato oblast je jedním z příkladů, kde se trh mohl regulovat sám, aniž by bylo nutné vyvolávat takové turbulence, jaké vidíme ve spojitosti s regulačními snahami posledních let. Bohužel se nepodařilo na platformě asociací (pojišťoven a zprostředkovatelů) najít společnou řeč, která by zásadní problémy ošetřila. Takže logicky z pohledu regulátora při absenci samoregulace trhu vzniká snaha ty největší problémy řešit. Myslím, že tyto nešvary vznikají hluboko mimo regulaci, jsou spojené s hodnotami a stylem, jakým jednotliví hráči na trhu fungují, jaké podnikání tolerují nebo podporují a co naopak jas-

Děkujeme vám za rozhovor. ■

NA OBZORU UNIKÁTNÍ P2P POJIŠŤOVNA

REDAKCE

„Rádi bychom vás krátce informovali, že PRVNÍ KLUBOVÁ pojišťovna a.s. získala od ČNB licenci a připravuje zahájení činnosti, k níž dojde v následujících měsících. Na český trh přinese jako první subjekt peer-to-peer pojištění, tedy koncept, který vychází ze sdílené ekonomiky a ve světě patří k rychle rostoucím segmentům jak v pojištění samotném, tak například v úvěrování. Skupina RSJ Karla Janečka se snaží pro své investice vyhledávat inovativní koncepty, a právě z toho důvodu se stala investorem v tomto projektu. Management pojišťovny tvoří experti s dlouholetou praxí v oboru.“ Tato krátká tisková zpráva vzbudila v červenci na pojistném trhu nemalý zájem. Na jakém principu vlastně peer-to-peer pojištění funguje?

Princip peer-to-peer je poměrně novinkou na finančním trhu a v rámci pojištnictví je snaha Karla Janečka pomyslnou první vlašťovkou. Podívejme se, jak peer-to-peer funguje. Pro úvodní vhléd si vezměme na pomoc Wikipedii. Peer-to-peer pojištění (někdy také sociální pojištění nebo zkráceně P2P pojištění) je typem pojištění vycházejícím z konceptu sdílené ekonomiky. Název odkazuje k typu počítačových sítí, v nichž jednotky komunikují jako rovný s rovným, tj. sítí, které nefungují na základě logiky centrum–periferie. Peer-to-peer pojištění je postaveno na vzájemných vazbách mezi pojištěnci, kteří vkládají peníze za pojistné do společného fondu. Z něj pak mají možnost získat jako benefit část zisku pojišťovny – na rozdíl od klasického pojištění, kde se ziskem hospodaří jen pojišťovna. Peer-to-peer pojištění také klade větší důraz na odpovědnost pojištěnců.

Účel P2P pojištění

Hlavním smyslem peer-to-peer pojištění je zlevnění pojišťovacích služeb a zjednodušení celého pojišťovacího procesu, který se do určité míry obejde bez klasické zavedené pojišťovny. Peer-to-peer pojištění stojí na drobných skupinách pojistníků, které vytvářejí společný finanční základ. V případě, že některý z pojistníků vznese nárok na úhradu škody, je škoda z tohoto základu vyplacena. Pokud pojistník nenahlásí za určité období (zpravidla rok) pojistnou událost, vrací se mu část pojistného zpět nebo se mu snižuje cena pojistného na další období. Výhody systému jsou větší, pokud pojistnou událost nenahlásí žádný z dalších pojistníků



Karel Janeček

ve skupině. V případě vyčerpání společného fondu mohou být ve skupině pojistníků zaváděny zvláštní zvýšené taxy za pojištění. Významnou roli tak hraje množství pojistných událostí, které se v rámci skupiny pojistníků řeší. Dojde-li k pojistné události, která přesahuje možnosti společného fondu (tj. peněz od pojistníků), vstupuje do hry klasická pojišťovnická instituce, s níž má skupina sjednanou dohodu o krytí. Skupiny pojistníků

představují typ sociálních sítí, které mohou vznikat i na základě on-line kontaktů. Tím architektura peer-to-peer pojišťoven připomíná platformy typu Facebook. Jedinou podmínkou je, že všichni členové skupiny musí mít stejný typ pojištění, proto nabídka P2P pojišťoven většinou zahrnuje základní a nejčastější typy pojištění – pojištění vozidla (havarijní pojištění), domácnosti, odpovědnosti za škodu nebo úrazové pojištění.

Vývoj peer-to-peer pojištění

Peer-to-peer pojištění odkazuje k samotným kořenům moderního pojištnictví. Princip pojištění v zásadě spočívá v tvorbě sociálních sítí, jejichž cílem je snižování rizik, případně podpora v nouzi. V minulosti podobné sociální sítě představovaly například loďaři, farmáři nebo organizace hasičů či horníků, jejichž snahou bylo diverzifikovat rizika a rozložit jejich dopady. Peer-to-peer pojištění funguje na velmi podobných základech, jen pro tvorbu sítí využívá možnosti současné komunikační infrastruktury. Za průkopníka on-line P2P pojištění je považována berlínská společnost Alecto GmbH. Ta jako první uvedla v roce 2010 peer-to-peer pojištění na německý trh pod značkou Friendsurance. Friendsurance využívá sociálních sítí a funguje ve spojení se zavedenými pojištními společnostmi. Platforma, na níž služba funguje, umožňuje zákazníkům propojovat se s dalšími lidmi a vytvářet si vlastní pojistné sítě. Členové sítě přijímají závazky hradit případné škody ostatních členů sítě do určité výše. Čím větší síť je, tím větší pojistnou událost je schopna

hradit. Provozovatel podporuje své zákazníky jen v případě, že částka za pojistnou událost převyšuje finanční možnosti dílčí pojistné sítě. V roce 2014 se peer-to-peer pojištění rozšířilo do Velké Británie, kde svou činnost zahájil projekt Guevara. Ten se zaměřuje především na pojištění vozidel. V roce 2015 se koncept dál rozšířil. Start-up PeerCover nabízí peer-to-peer pojištění na Novém Zélandu, služba InsPeer ve Francii. Zmíněný projekt InsPeer sám sebe označuje za P2P pojištění verze 2.0. Na rozdíl od svých předchůdců totiž nepožaduje platbu do společného fondu předem, ale až v okamžiku, kdy někdo ze členů sítě vznesne požadavek na pokrytí pojistné události.

Personálie PRVNÍ KLUBOVÉ

Vraťme se však k českému projektu PRVNÍ KLUBOVÉ a dodejme, že spolu se získáním licence složila pojištní kapitál 160 000 000 Kč a zveřejnila i své představenstvo a dozorčí radu. Kdo jsou tedy ti profesionálové z oboru, o kterých jsme mohli v souvislosti s prvními zprávami o vzniku pojišťovny číst?

Členové představenstva:

Marek Orawski (předseda představenstva)	jednatel společnosti G6 Consulting
Zdeněk Habala	současný CEO ve společnosti AIS Software, a.s.
Miroslav Matocha	Makléř ve společnosti MATOCHA CONSULTING AND INSURANCE S.R.O.
Filip Saidl	specialista na P&C pojištění, vývoj pojistných produktů a marketing
Lubomír Bušek	specialista na finanční management a bývalý finanční ředitel pojišťovny MAXIMA, dříve působil jako finanční ředitel i v České pojišťovně

Dozorčí rada:

Jan Vyháněk (předseda dozorčí rady)	ředitel RSJ Private Equity, jenž se zabývá správou portfolia investic ohledně nemovitostí, energetiky, zemědělství, biotechnologií
Jan Čiernik	poradce ve společnosti AIS Software, a.s.
Jiří Divoký	dohlížitel ve společnosti FP majetková a.s.

SMLUVNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ PLNÍ SVOJI ROLI

ROBERT KAREŠ, PH.D., MBA / VÝKONNÝ ŘEDITEL / POJIŠTŮVNA VZP

Nedávno zveřejněná čísla ukázala, že zdravotní pojištění cizinců v Česku funguje. Mezi ty zodpovědné patří Číňané, Vietnamci či Arabové, naopak je tomu v případě některých lidí z bývalého Sovětského svazu. Z údajů za rok 2014 vyplývá, že bylo ošetřeno 97 tisíc cizinců za 724 milionů korun. Třetím nejvýznamnějším způsobem platby za zdravotní péči cizinců v nemocnicích pak bylo smluvní zdravotní pojištění v celkové hodnotě 142 milionů korun a týkalo se 21 396 cizinců. Z toho jasně vyplývá, že smluvní zdravotní pojištění plní svoji roli, což potvrzují nejen zmíněná čísla, ale i nemocnice svými osobními zkušenostmi, i když se nám různé neziskové organizace nesmírně štědře dotované a mnohdy vykazující diskutabilní činnost často snaží namluvit opak.

Obcházení zákona

Podle zveřejněných dat dluh za ošetřené cizince mírně klesl, ale stále byl ve výši 30 milionů korun. Tato informace mne zaujala, protože podle zákona o pobytu cizinců musí každý cizinec disponovat potvrzením o zdravotním

pojištěním a nemělo by se stávat, že jeho péče nebude uhrazena. Cizinci s těmito dluhy zde tedy buď museli být nelegálně nebo zákon nějak obešli či se na ně aplikovala výluka ze smluvního zdravotního pojištění. Známy zhruba údaje o odmítnutém plnění za pojistný trh a částka 30 milionů korun vysoce tento

objem přesahuje, takže spíše muselo jít o první dva zmíněné případy, a je tudíž dobře, že se objevují zprávy o důkladné kontrole legálnosti pobytu nebo dokladu o zdravotním pojištění ze strany cizinecké policie. Velmi zajímavé je, že když jsem si pročítal články různých neziskových organizací plamenně

píšících o diskriminaci cizinců ze třetích zemí v systému českého zdravotnictví a zdravotního pojištění, tak si tyto neziskovky velmi často najímaly samotné cizince, kteří se stávali jakýmsi aktivisty z řad cizinců. Ještě zajímavější ale je, odkud tyto „aktivní“ cizinci upozorňující na diskriminační podmínky v drtivé většině pocházeli – byly to dámy a byly z Uzbekistánu a z Ukrajiny, tedy bohužel nikoli ze zemí, jejichž krajané mají zodpovědný přístup ke zdravotnímu pojištění a následné úhradě zdravotní péče, ale bohužel ze zemí bývalého Sovětského svazu, které hrají v neuhrazené péči v České republice zatím prim.

České zdravotnictví nikoho nediskriminuje

Zmíněná skutečnost mi přijde opravdu zvláštní. Co se týče diskriminace a frustrace cizinců z českého systému zdravotnictví a zdravotního pojištění, samozřejmě cizinci zde mohou mít problémy s komunikací, s kulturními odlišnostmi, ale rozhodně ne s úrovní českých lékařů a kvalitou zdravotní péče, její časovou a místní dostupností. Nebo je uzbeké a ukrajinské zdravotnictví a zdravotní pojištění ve srovnání s tím českým na tak mimořádné úrovni, že se zde dámy cítí frustrované a diskriminované? Musím přiznat, že je několik slov, na která začínám být v posledních několika letech výrazně alergický. Jedním z nich

Co se týče českého zdravotnictví a zdravotního pojištění, je bezpochyby na významně lepší úrovni než zdravotnictví zemí většiny migrantů.

je bezesporu slovo diskriminace. Není to rozhodně tím, že bych snad diskriminaci jakkoli podporoval, ale bohužel je to slovo velmi zneužívané, a zneužívané často velmi účelově a hystericky.

Postsovětské zdravotnictví

Uzbekistán patří k zemím s mimořádně nízkou úrovní zdravotní péče. V roce 2004 měl průměr 53 nemocničních lůžek na 10 tisíc obyvatel. Uzbekistán i přes určitá zlepšení patří k zemím s největší úmrtností novorozenců, ta v roce 2010 činila 48 %. Základní vybavení, jako jsou jednorázové jehly, anestetika a antibiotika, je velmi vzácné. Nejčastějšími chorobami jsou choroby v souvislosti se znečištěním vody jako tyfus, žloutenka, cholera, úplavice. Dále je zde vysoký počet HIV pozitivních v souvislosti s drogovou závislostí.



Ilustrační foto: www.freemag-es.com-sijtsma

Většina pacientů v Uzbekistánu je ošetřena doma a nedostane se ani do ambulance, natož do nemocnice. Na druhou stranu je nutno poznamenat, že Uzbekové za ošetření neplatí, zdravotnictví je financováno ze státního rozpočtu. Velmi mnoho kvalitních lékařů odešlo po rozpadu Sovětského svazu do Ruska. Ukrajinské zdravotnictví trpí obdobně velkým nedostatkem zdravotnických zařízení a léků. Zdravotní péče je ve srovnání s evropským standardem na velmi nízké úrovni. Všichni zaměstnanci musí do systému přispívat, každý by měl mít právo na stejnou zdravotní péči.

pocházejí. Samozřejmě mají na svou kritiku právo, ale otázkou je, zda je to kritika oprávněná nebo jen účelová.

Kritici: zlepšete stav ve vlastní zemi

Kritika byla zaměřená zejména na to, že tito lidé nemají okamžitý přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. To však přece není nic neobvyklého a i ve vyspělých zemích cizinci mnohdy nemají okamžitý přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. U nás zkrátka také nejde všechno hned a je třeba se k větším a větším právům postupně propracovávat v závislosti na tom, zda se zde cizinec hodlá natrvalo usídlit. Je jistě mnoho věcí, které by bylo dobré ve vztahu k cizincům a jejich podmínkám v České republice zlepšit, ale asi zase nejsou tak špatné, když se k nám rozhodli přicestovat, pracovat tady či zde dokonce natrvalo žít. Co se týče českého zdravotnictví a zdravotního pojištění, je bezpochyby na významně lepší úrovni než zdravotnictví zemí většiny migrantů, a tudíž mohou aktivisté a kritici z řad migrantů využít zde získané zkušenosti a stát se případně významnými odborníky a reformátory ve svých zemích, kde je prostor na zlepšení poměrně velký. Velmi se mi líbí slova jednoho z nejúspěšnějších investičních bankéřů na světě a ikony banky Lazard Brothers pana Felixe George Rohatyna: „Přestaňme se neustále zabývat pouze přerozdělováním hodnot a soustředme se na to, abychom mohli – každý z nás a zároveň všichni dohromady – hodnoty vytvářet.“ Všechno prostě něco stojí, a aby někdo něco dostal, musí se na to někde vzít nebo někde ubrat. Na to se bohužel mnohdy zapomíná, a tak se různé tlaky a nároky zrcadlí ve zvýšených výdajích státního rozpočtu. ■

“

”

THE CZECH INSURANCE ASSOCIATION HAS A NEW EXECUTIVE DIRECTOR

REDACTION

Following a selection procedure, the Board of the Czech Insurance Association (CAP) appointed Jan Matoušek the Association's new executive director. He took office on 10 August, replacing the well-respected Tomáš Síkora, who departed from CAP after nine years at its helm.



Photo: CAP

Jan Matoušek

"Insurance companies and their products are an important and long-standing part of life of every citizen, entrepreneur and company. Under my leadership, I look forward to strengthening the role of the Czech Insurance Association as an active and transparent partner to the government in the legislative process, helping improve the market through consumer dialogue and an increased focus on education and self-regulation, and being open to cooperation with partners in the financial market and business organizations," Jan Matoušek said on the occasion of his appointment. Jan Matoušek graduated from Masaryk University in Brno. He worked as Senior Director of the Cabinet of the Minister of Trade and Industry, Secretary General of the Italian-Czech Trade and Industry Chamber and as Counsellor of the Embassy of the Czech Republic in Rome in charge of the business section. In 2008 he was appointed Deputy Executive Director of the Czech Banking Association (CBA). He has also been engaged in the promotion of education from the

position of Chairman of the Board of the CBA Foundation for the Support of Education. Jan Matoušek will be an asset for the Czech insurance industry as a respected professional, whose career includes banking, as well as diplomacy and state administration positions. In addition to experience gained in financial services, Mr. Matoušek has long been engaged in education and financial literacy, which are currently very hot topics. I would like to wish him success as the Executive Director of CAP and I believe that we will be able to work together for the benefit of the Czech insurance market and its clients," CAP President Martin Diviš said.

Tomáš Síkora leaves after nine years

As at 30 June 2015, Tomáš Síkora ended his nine-year tenure as the Executive Director of the Czech Insurance Association.

His departure was the result of a mutual agreement. "I'm leaving with a good feeling that we have succeeded in modernizing and streamlining the Association and, in particular, pushing it toward independence in tackling its tasks and advocating its members' interests. The current team of CAP employees manages to run all standard activities in a self-sustaining and procedural manner and, to some extent, independently of the capacity of experts in insurance companies. This helped shift the director's role from a bureaucratic position to the chief manager and executive market representative. Furthermore, nine years have provided me with new, invaluable experience, in addition to the experience gained in previous business in the financial sector, many new business and personal contacts and a larger perspective, encompassing more than just the insurance sector," Tomáš Síkora commented on his departure. During Tomáš Síkora's leadership, the position of CAP in the PR field strengthened, the Association became a respected organization and its comments were sought for every major issue of the insurance market discussed in the media. "In addition, we enhanced education of both professionals and the public, e.g. we digitized the specialized library, published specialized dictionaries, launched regular information campaigns and consumer sites. I can't list all important achievements, but I would like to mention one more particular activity: Thanks to the Board's wise decision in 2010, a new service organization SUPIN was set up from a part of the Czech Insurers' Bureau (CIB) that supports both CIB and CAP in the fields of IT, finance, HR, statistics and actuarial science. I'm glad I won confidence as SUPIN statutory representative and had an opportunity to prove that good organization and sharing of resources can facilitate using funds more efficiently and for the benefit of both institutions," Tomáš Síkora concluded. ■

POJISTNÝ OBZOR

Odborný čtvrtletník českého pojištnictví
www.pojistnyobzor.cz

3/2015

Ročník XCII



česká asociace
pojišťoven

Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

Redakční rada:

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., Ing. Ivana Hladíková,
JUDr. Zuzana Hlaváčková, RNDr. Petr Jedlička, Ph.D.,
Milan Káňa, Mgr. Ondřej Karel, Marcela Kotyrová,
PhDr. Dagmar Koutská, Ing. Marcela Machová,
Ivana Menclová, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA,
PhDr. Miloš Novák, Ing. Tomáš Síkora, MBA,
Ing. Eva Svobodová

Šéfredaktor: Mgr. Jan Cigánik

Adresa: Gemini B, Na Pankráci 1724/129,
140 00 Praha 4

Telefon: (+420) 222 350 161

Fax: (+420) 221 413 400

E-mail: redakce@pojistnyobzor.cz

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

Tisk: Printo, spol. s r.o.

Gen. Sochora 1379,708 00 Ostrava-Poruba

ISSN 0032-2393

Distribuce, objednávky a předplatné přijímá jménem vydavatele:

SEND Předplatné, Ve Žlíbku 1800, hala A3, 193 00
Praha 9 – Horní Počernice

E-mail: send@send.cz

Telefon: (+420) 225 985 225

Fax: (+420) 225 341 425

GSM: (+420) 777 333 370

SMS: (+420) 605 202 115

www.send.cz

Předplatné na Slovensku:

Magnet Press, Slovakia s.r.o.

Režná 20, 620 00, Brno

Telefon: (+421) 267 201 921

E-mail: vojackova@press.sk

www.press.sk

Evidenční číslo: MK ČR E 1060.

Inzerce: Veškeré informace podá redakce.

Nevyžádané rukopisy nevracíme.

Přetisk: Povoleno pouze se souhlasem redakce a při zachování autorských práv.

© Česká asociace pojišťoven
www.cap.cz

Cena výtisku: 78 Kč

Roční předplatné: 250 Kč

Pojistný obzor je členem Mezinárodní organizace odborného pojišťovacího tisku.



www.piassurance.eu

SUDOKU

	1	3	2					
8		9		6				
			8	3	7			6
		7			6			
	6	2				5	1	
						6		
2			7	9	8			
				5		2		8
					2	7	6	



Linka pomoci řidičům

**NEHODA? PORUCHA?
POTŘEBUJETE SPOLEHLIVÝ ODTAH?
NEBOJTE SE ODMÍTNOUT LOVCE NEHOD.
VYUŽIJTE POJIŠTĚNÍ SVÉHO VOZU NAPLNO
A ŘEKNĚTE SI O POMOC SVÉ POJIŠŤOVNĚ.
VOLEJTE LINKU POMOCI ŘIDIČŮM 1224!**

Počet příchozích hovorů na LPŘ 1224



Jednotná linka 1224 všech pojišťoven pro přivolání odtahu vozidla již zachránila před lovci nehod více než **17 tisíc motoristů.**



www.pojistnyobzor.cz