

## **Osnova pro srovnání variant organizace systému úrazového pojištění zaměstnavatelů**

### **- Varianta II subvarianta a)-zákonné pojištění provozované více soukromými pojišťovnami**

Základní východiska:

- zachová se objektivní odpovědnost zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, zákonné pojištění zaměstnavatele a současný systém náhrady škody způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání,
- pojištění je koncipováno jako zákonné pojištění zaměstnavatele, tj. vzniká ze zákona okamžikem vzniku prvního pracovního poměru, tj. nikoli na základě pojistné smlouvy, a trvá po celou dobu existence zaměstnavatele,
- zaměstnavatel je povinen platit pojistné stanovené právním předpisem, přičemž nezaplacení pojistného nemá s ohledem na formu vzniku a trvání pojištění žádný vliv na jeho existenci,
- bude zachována diferenciací pojistného podle odvětví CZ-NACE, po uplynutí určité doby (předpokládají se 3 roky po přechodu na nový systém) navíc umožní zavést systém bonus/malus do stanovení výše pojistného,
- pojištění je koncipováno jako neziskové, na principu průběžného financování, kdy případná majetková újma vzniklá pojišťovnám v běžném roce výkonem daného pojištění je kryta ze státního rozpočtu a přebytek je odváděn do státního rozpočtu,
- je prováděno soukromými pojišťovnami jménem a na účet státu, za podmínky přísného oddělení od ostatní činnosti pojišťovny, přičemž se předpokládá vznik jedné zastřešující instituce plnící zákonem stanovené společné úkoly včetně tvorby garančního fondu a fondu prevence, metodického vedení pojišťoven a mimosoudního řešení sporů,
- náhrada škody bude z daného pojištění hrazena pojišťovnou poškozenému zaměstnanci, v případě jeho smrti pozůstalým; pokud ji poškozenému uhradil zaměstnavatel přímo, bude mu pojišťovna v rámci likvidace pojistné události náhradu škody refundovat,
- poškozený bude mít právo uplatnit svůj nárok přímo proti pojišťovně, pokud zaměstnavatel zanikl nebo v zákonem stanovené lhůtě (např. do 14 dnů) neoznámil pojišťovně vznik škodné události,
- správnost podkladů ošetřujících lékařů bude pojišťovna mít možnost ověřovat interním systémem lékařské kontroly,
- zavede se příspěvek na rehabilitaci poškozeného zaměstnance, přičemž podmínky a rozsah poskytované rehabilitace upraví právní předpis,
- bude zavedena tvorba fondu prevence, ze kterého budou hrazeny programy zaměřené na snižování rizik pracovních úrazů a nemocí z povolání, přičemž o použití těchto prostředků bude za podmínek stanovených právním předpisem

rozhodovat k tomu zřízená komise složená ze zástupců státu, tripartity a odborníků z oblasti BOZP.

## I. Organizace systému

1. Riziko v odlišnosti přístupu nositele pojištění vůči poškozeným a zaměstnavatelům – **Žádné, neboť sazby pojistného včetně systému bonus/malus jsou stanoveny právním předpisem. Co se týká pojistného plnění, jsou nároky upraveny ZP a navazující judikaturou, rozsah poškození zdraví určuje lékař a v případě sporu rozhoduje soud, v rámci mimosoudního urovnání sporů bude mít pravomoci zastřešující subjekt zřízený ze zákona (Kancelář úrazového pojištění), popřípadě nezávislá instituce (ombudsman). Vnitřní předpisy pojišťoven mohou pouze rozvádět a upřesňovat podmínky pojištění stanovené právním předpisem. Tyto předpisy jsou součástí ŘKS pojišťoven, které podléhá dohledu ČNB. Předpokládají se také kontrolní, konzultační a metodické funkce zastřešujícího subjektu. Takový subjekt bude zřízen ze zákona, který vymezí rozsah jeho činnosti, přičemž jeho členy budou jednotlivé pojišťovny. Z jejich příspěvků stanovených právním předpisem (počítá se se 2 % z přijatého pojistného) bude hrazena jeho činnost včetně tvorby garančního fondu. Vnitřní organizaci a systém řízení upraví statut schvalovaný Ministerstvem financí.**

K otázce jednotného přístupu při výplatě odškodnění nelze přistupovat ze zjednodušeného úhlu pohledu, a to z pohledu administrátora dávek. Náhrada škody z hlediska právního základu nároku, jakož i výše odškodnění je stanovena právními předpisy, v jejichž mantinelech se všechny zúčastněné strany pohybují. Není ale možné vytvořit naprosto vyčerpávající postupy pro všechny situace tak, aby, obrazně řečeno, „všichni dostali stejně“. Každý případ je individuální a je nutno k němu takto přistupovat. Metodika pro likvidaci je tedy sice vždy dostatečně konkrétní, aby podle ní bylo vůbec možné postupovat, ale zároveň dostatečně flexibilní, aby zohledňovala individuální aspekty u jednotlivých poškozených.

2. Předpokládaná komplexita změny, způsob stanovení příslušnosti zaměstnavatele (občana) k nositeli pojištění zaměstnavatele a přechod mezi nositeli pojištění
  - **Výběr (registrace) pojišťovny je na rozhodnutí zaměstnavatele, přechod může být omezen, např. jednou ročně, vždy k počátku roku. Odškodnění v případě neregistrovaného zaměstnavatele provádí zastřešující subjekt z k tomu určeného garančního fondu, který spravuje. Řešením škodné události může být pověřena některá pojišťovna.**
  - **zaměstnavatel bude povinen podat přihlášku k vybrané pojišťovně nejpozději dnem uzavření prvního pracovního poměru. Přihlášku lze podat pouze k jedné pojišťovně; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě. To platí obdobně i pro změnu pojišťovny. Formu a obsah přihlášky stanoví prováděcí právní předpis;**
  - **pojišťovnu bude moci zaměstnavatel změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku by**

zaměstnavatel byl povinen podat vybrané pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovanou změnou. Změnu pojišťovny musí zaměstnavatel bez zbytečného odkladu sdělit poškozenému;

- zaměstnavatel musí změnit pojišťovnu bez zbytečného odkladu po zveřejnění Českou národní bankou jejího rozhodnutí o odejmutí pojišťovně povolení k provádění zákonného pojištění;
- přihláše zaměstnavatele je pojišťovna povinna bez průtahů vyhovět; pojišťovně, ke které je zaměstnavatel přihlášen, je povinen platit pojistné. Pojišťovna není oprávněna omezit dobu, po kterou u ní bude zaměstnavatel pojištěn, nebo tento vztah sama ukončit. Pojišťovna vede evidenci o všech k ní přihlášených zaměstnavatelích.
- při změně pojišťovny přecházejí všechna práva a povinnosti na nově zvolenou pojišťovnu včetně již vzniklých nároků.

Tím, že je systém plně regulován právními předpisy, nemá přechod zaměstnavatele k jiné pojišťovně žádný dopad na plnění již vzniklých ani budoucích závazků zaměstnavatele z daného pojištění odpovědnosti. Takový přechod může být motivován zejména pobídkami pojišťovny z jí provozovaného rozsahu soukromého pojištění, což jiná varianta neumožňuje. Z hlediska administrativní zátěže zaměstnavatele se jedná pouze o registraci u jiné pojišťovny, neboť přenos dokumentace týkající se jeho závazků z pojištění probíhá výhradně mezi pojišťovnami.

3. Zhodnocení administrativní náročnosti pro zaměstnavatele (placení pojistného, výplata plnění, evidenční povinnosti) **Oproti současnosti nedochází k žádným významným změnám. Zaměstnavatel platí pojistné ve čtvrtletních zálohových platbách na účet pojišťovny, která o tom vede evidenci. Ta se porovnává s evidencí vedenou zastřešujícím subjektem. Pojišťovna hradí pojistné plnění poškozenému po likvidaci pojistné události. Pojišťovna je povinna provést šetření nezbytné ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit bez zbytečného odkladu poté, co se o události, která by mohla vést ke vzniku její povinnosti plnit (škodná událost) dozvěděla; má-li být pojistné plnění poskytováno opakovaně v pravidelných dávkách, je pojišťovna povinna poskytovat poškozenému před ukončením šetření na jeho písemnou žádost pravidelné zálohy, a to nejméně ve výši, která je nesporná. Pojišťovna musí přezkoumat existenci odpovědnosti zaměstnavatele i výši nároků, aby nebyl systém zneužíván. Refundace plnění poskytnutého poškozenému přímo zaměstnavatelem se provádí, pokud je zaměstnavatel schopen právně posoudit svoji povinnost k náhradě újmy a vypočítat její výši. Tím se zachovává současný způsob úhrady škody (újmy), který je pro většinu zaměstnavatelů nejméně administrativně i finančně náročný. Blíže k tomu viz bod III. 5.**
4. Administrativní náročnost výběru pojistného pro nositele pojištění (včetně koordinace a kontroly u více nositelů pojištění). – **Minimální pojistné platí zaměstnavatel na účet pojišťovny, u které je registrován. Kontrolou výběru pojistného a případného vymáhání nezaplaceného pojistného musí být pověřen zastřešující subjekt (Kancelář úrazového pojištění). Pojistné si vypočítává zaměstnavatel ze základu stanoveného shodně s postupem pro určení vyměřovacího základu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti podle jiného**

**zákona. Základem pro výpočet pojistného je souhrn vyměřovacích základů za kalendářní rok všech zaměstnanců, které v tomto období zaměstnavatel zaměstnával. K výpočtu použije základní, sníženou nebo zvýšenou sazbu stanovenou prováděcím právním předpisem pro příslušnou kategorii určenou podle převažující základní činnosti zaměstnavatele.**

**- Základní sazba se použije v případě, kdy zaměstnavatel vstupuje do pojištění a po dobu, kdy k 31. prosinci kalendářního roku uplynou 3 roky od roku, ve kterém vstoupil do tohoto pojištění. Pokud během této doby došlo k výplatě pojistného plnění, použije se v bezprostředně následujícím kalendářním roce zvýšená sazba.**

**- Snížená sazba se použije, pokud v předcházejícím kalendářním roce byl u zaměstnavatele průběh zákonného pojištění bezeškodný. To platí i v případě, že byla nahlášena škodná událost, ze které však nevznikla povinnost pojišťovny plnit, a také v případě vzniku pojistné události týkající se pracovního úrazu, kdy délka pracovní neschopnosti nepřevýšila dobu pěti dnů a současně nedošlo k trvalému poškození zdraví nebo smrti zaměstnance, pokud k pojistné události nedošlo z důvodu porušení předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci zaměstnavatelem.**

**- Zvýšená sazba se použije, pokud v předcházejícím kalendářním roce došlo k výplatě pojistného plnění, s některými výjimkami. Zvýšená sazba se sníží na základní v kalendářním roce bezprostředně následujícím po roce, ve kterém nedošlo ke vzniku škodné události, s některými výjimkami. Výjimky by se měly týkat drobných pojistných událostí (nikoli smrti nebo závažných škod na zdraví), které jsou u některých provozů běžné.**

**- Pojišťovna sděluje zaměstnavateli, jakou sazbu pojistného má pro daný kalendářní rok použít nejpozději do 31. března běžného kalendářního roku.**

**- Nebylo-li pojistné zaplaceno řádně a včas, zvyšuje se o 10 % dlužné částky za každý započatý měsíc prodlení. V případě zániku povinnosti platit pojistné v průběhu kalendářního roku se nespotřebované pojistné nevrací.**

**- Zaplacení pojistného a správnost jeho výpočtu je zaměstnavatel povinen pojišťovně prokázat. Jinak se má za to, že pojistné uhrazeno nebylo. Nemohl-li zaměstnavatel vědět, že má použít zvýšenou sazbu pojistného, doplatí dlužné pojistné bez zbytečného odkladu poté, co se o tom dozvěděl.**

**- Nesplnil-li zaměstnavatel povinnost platit pojistné nebo sdělil-li pojišťovně nesprávné či neúplné údaje, je pojišťovna oprávněna požadovat od něj úhradu zvýšených nákladů vzniklých jí porušením těchto povinností.**

- Placení pojistného u jednotlivých pojišťoven se porovnává s centrální evidencí vedenou zastřešujícím subjektem a vyhodnocuje se plnění povinnosti platit pojistné, přičemž v případech jeho neplacení vymáhá dlužnou částku zastřešující subjekt.

5. Organizace procesu hodnocení poškození zdraví (vně nebo uvnitř nositele pojištění) – rychlost, soustavnost (povinná či namátková kontrola jednotlivých případů), zajištění kvality. – **Co se týká organizace činnosti pojišťovny, zejména dodržování zákonem stanovených povinností, vykonává dohled ČNB. Z tohoto pohledu je zejména významné dodržování přísného oddělení daného úrazového pojištění od ostatní činnosti pojišťovny a podmínek ŘKS. Kontrolou plnění povinností vyplývajících přímo z výkonu zákonného pojištění zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání bude ze zákona pověřen zastřešující subjekt (kancelář úrazového pojištění). Hospodaření s prostředky státu podléhá kontrole Ministerstva financí a také NKÚ. Pojišťovna likviduje nahlášenou škodnou událost ve lhůtách podle zákona, přičemž zjišťuje, zda vznikla povinnost zaměstnavatele nahradit vzniklou újmu a vypočítává výši odškodnění v závislosti na rozsahu poškození zdraví zaměstnance. Hodnocení rozsahu poškození zdraví a jeho změnám po dobu nároku na odškodnění přísluší lékaři, jehož závěr by měl podléhat kontrole lékaře pověřeného pojišťovnou.**

Prvotní doklady o rozsahu poškození zdraví je povinen předložit poškozený prostřednictvím svého zaměstnavatele. Předkládá zejména lékařskou zprávu o prvotním ošetření bezprostředně po vzniku pracovního úrazu a v případě potřeby i lékařské zprávy z průběhu léčení, podle kterých je patrná nezbytná délka léčení, rozsah prováděných zdravotnických úkonů a stabilizace zdravotního stavu. Posudky o bolestném a ztížení společenského uplatnění jsou vydávány ošetřujícím lékařem. Také veškeré uplatněné nároky na náklady spojené s léčením potvrzuje praktický lékař poškozeného, co se týká příčinné souvislosti jejich vynakládání s následky pracovního úrazu nebo přiznané nemoci z povolání. Pro kontrolu správnosti předložených dokladů v případě pochybností disponuje pojišťovna sítí smluvních lékařů, kterým se souhlasem poškozeného předkládá k posouzení sporné nároky. Tato posouzení nemají formu znaleckého posudku a nejsou tak nákladné, přesto poskytnou prvotní návod na další postup likvidace. V případě nesouhlasu poškozeného se zadává zpracování znaleckého posudku znalcem vedeným v rejstříku znalců a teprve poté se věc řeší soudním sporem, který je nejnákladnější.

6. Organizační struktura subjektů provádějících pojištění zaměstnavatele (charakteristika, zastřešující struktura, spolupráce). **Jde o standardní pojišťovnu, tj. odpovídá zákonu o pojišťovnictví a zákonu o obchodních korporacích, kdy tuzemská pojišťovna může vzniknout pouze jako akciová společnost nebo družstvo. Základním prvkem jejího řízení je její řídicí a kontrolní systém (povinná regulatorní náležitost). Co se týká jednotné statistiky, společných úkolů pojišťoven a spolupráce jednotlivých pojišťoven včetně vazeb na tripartitní a státní orgány, měl by tuto činnost vykonávat a organizovat zastřešující subjekt (Kancelář úrazového pojištění).**

Alternativně by bylo možné zvažovat výběr pouze jedné pojišťovny, což ale vytváří řadu rizik. V případě změny pojišťovny vznikají další náklady a riziko problémů při převzetí takto rozsáhlé agendy včetně výplat pojistných plnění. Výběr pojišťovny vyžaduje stanovení velmi přísných kritérií, kterými nemůže být pouze výše režijních nákladů, tj. cena služby, neboť v takovém případě by hrozilo podhodnocení skutečných nákladů, což by mohlo vést ke kolapsu, neboť pojišťovna musí vést oddělené účetnictví o své obchodní činnosti od provozování daného pojištění a nesmí prostředky z jedné činnosti použít na činnost druhou. Porušení této povinnosti by mohlo vést k odejmutí povolení k její činnosti podle zákona o pojišťovnictví.

## II. Financování systému, pojistné

1. Zajištění solventnosti systému (kdo odpovídá za solventnost systému, postup při nesolventnosti nositele pojištění, záruky solventnosti) – **Jde o průběžný systém financování, pojištění je vykonáváno jménem a na účet státu, u kterého se solventnost nezkoumá. Zastřešující subjekt, v jehož dozorčím orgánu by měli být zástupci státních orgánů a tripartity, by měl kontrolovat, zda je s prostředky tohoto pojištění nakládáno efektivně a v souladu se zákonem.**
2. Způsob stanovení sazby pojistného (pojistným plánem nebo zákonem) – **Sazby pojistného a správní režie musí být stanoveny zákonem, resp. vládním nařízením.**

Finanční dopad (do veřejných financí, do státního rozpočtu, na zaměstnavatele) – **Oproti současnosti se nepředpokládají žádné změny, pokud nedojde k výraznějším změnám ve výši odškodňování. S ohledem na „současnou přebytkovost“ pojistného se ani při rozšíření systému o rehabilitaci, prevenci a zavedení systému bonus/malus nepředpokládá záporný výsledek hospodaření v daném pojištění. Zavedení systému nepředpokládá výdaje ze státního rozpočtu a nemá finanční dopad na zaměstnavatele.**

Vzhledem k počátečním nákladům na zavedení systému u pojišťoven, které doposud nevykonávají zákonné pojištění, je s ohledem na současnou výši správní režie málo pravděpodobné, že při odhadovaných počátečních vstupních nákladech v rozmezí 50 až 70 mil. Kč by jiné pojišťovny měly zvýšený zájem na vstupu do předmětného pojištění. Při správní režii ve výši 4 % z přijatého pojistného, což představuje 0,5 Kč na 1 000 Kč výpočtového základu, je velmi nepravděpodobné, že by se pojišťovnám takto vynaložené náklady v průběhu času uhradily. Výpočet vychází z prostého matematického průměru sazeb stanovených vyhláškou č. 125/1993 Sb. podle OKEČ, tj.  $50,4 + 9,8 + 8,4 + 7 + 4,2 + 2,8 + 10,5 + 5,6 \text{ ‰} \text{ (promile)} / 8 = 12,34 \text{ ‰} \text{ (promile)}$ . Z výpočtového základu 1 000 Kč činí 12,34 ‰ 12,34 Kč. Správní režie ve výši 4 % z 12,34 Kč představuje 0,49 Kč na 1 000 Kč výpočtového základu. Např. v případě ČSSZ při současných 1,5 % správní režie jde o částku 4,7 Kč na 1 000 Kč výpočtového základu.

### III. Činnost nositelů pojištění

1. Organizace prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání - jednotnost, zaměření, složitost (komplexita) – **Systém pojištění bude generovat prostředky, které se za přesně zákonem stanovených podmínek použijí k prevenci.**

- **Pojišťovna bude povinna odvádět na zvláštní účet nejméně částku stanovenou právním předpisem (předpokládá se 6 % z ročního přijatého pojistného ze zákonného pojištění za každý kalendářní rok), a to nejpozději do 30. dubna bezprostředně následujícího kalendářního roku. Součástí těchto prostředků jsou výnosy z investování dočasně volných prostředků tohoto účtu.**

- **Prostředky účtu tvoří fond prevence, který lze použít pouze pro zábranu škod vznikajících z pracovních úrazů a nemocí z povolání, a to na úhradu nákladů spojených s**

- **pořízením techniky nebo věcných prostředků určených k ochraně zdraví při práci,**
- **úpravou technologií zvláště nebezpečných provozů, která vede ke snížení rizikovitosti těchto provozů, nebo**
- **realizací výzkumu, programů a projektů se zaměřením na bezpečnost a ochranu zdraví při práci.**

- **O poskytnutí prostředků z fondu prevence rozhoduje Komise zřízená při zastřešujícím subjektu. Komise je složená z dvanácti členů zastupujících tripartitu, příslušné státní orgány a pojišťovny, jmenovaných a odvolávaných vládou. Výkon funkce člena Komise se posuzuje jako jiný úkon v obecném zájmu. Zaměstnavatel je povinen poskytnout členu Komise k výkonu jeho činnosti pracovní volno v nezbytně nutném rozsahu.**

- **Komise ze svých členů volí a odvolává předsedu a jeho zástupce. Činnost Komise řídí předseda nebo v jeho nepřítomnosti jeho zástupce. Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny alespoň dvě třetiny jejích členů a rozhoduje většinou hlasů přítomných členů.**

- **Zpracovává plán rozdělení prostředků z fondu prevence na následující kalendářní rok, rozhoduje o programech prevence v oblasti škod z pracovních úrazů a nemocí z povolání, stanoví kritéria hodnocení efektivity použití prostředků z fondu prevence, schvaluje vnitřní předpisy týkající se činnosti Komise, provádí kontrolu čerpání prostředků fondu prevence.**

- **Komise předkládá vládě České republiky roční zprávu o výsledku hospodaření s prostředky fondu prevence s uvedením částek poskytnutých na preventivní opatření včetně vyhodnocení jejich efektivity dopadu na snížení pracovních úrazů a nemocí z povolání, a to nejpozději do 31. března bezprostředně následujícího kalendářního roku.**

- Příjemce prostředků z fondu prevence je povinen poskytnout Komisi na její vyžádání veškeré informace a doklady týkající se použití finančních prostředků z tohoto fondu a umožnit jí provedení kontroly použití prostředků z fondu. V případě neprokázání použití těchto prostředků nebo porušení účelu jejich použití je příjemce povinen tyto prostředky vrátit do fondu prevence.

- Pokud nebyly prostředky vráceny ve lhůtě stanovené Komisí, je jejich příjemce povinen zaplatit úrok z prodlení a náklady spojené s jejich vymáháním. Prostředky nevrácené ve stanovené lhůtě vymáhá zastřešující subjekt včetně úroku a s tím spojených nákladů.

2. Organizace rehabilitace pracovních úrazů a nemocí z povolání (zaměření, jednotnost, know-how). Z daného pojištění se budou uhrazovat náklady této rehabilitace ve formě příspěvku na rehabilitaci, pokud poškozenému nepostačuje rehabilitace poskytnutá podle zákona o zdravotních službách, zákona o zaměstnanosti nebo zákona o sociálních službách, resp. podle právní úpravy koordinované rehabilitace osob se zdravotním postižením, vyžaduje-li to poškození jeho zdraví a jeho společenské uplatnění vyžaduje obnovení nebo získání dovedností ke zmírnění ztráty nebo omezení soběstačnosti, nebo obnovení dosavadních nebo získání nových znalostí a dovedností teoretickou nebo praktickou přípravou, umožňujících jeho pracovní uplatnění, které bude zdravotně vhodné a kvalifikačně přiměřené.

- Příspěvek na rehabilitaci se poskytuje, pokud rehabilitace poškozeného zaměstnance není plně hrazena z veřejných prostředků nebo nepostačuje k jeho společenskému uplatnění nebo ke zmírnění ztráty nebo omezení soběstačnosti, nebo obnovení dosavadních nebo získání nových znalostí a dovedností umožňujících jeho pracovní uplatnění, které bude zdravotně vhodné a kvalifikačně přiměřené.

- Příspěvek na rehabilitaci se poskytuje na písemnou žádost poškozeného zaměstnance doloženou doporučením lékaře nebo přímo na doporučení lékaře, pokud poškozený zaměstnanec vyčerpал možnosti rehabilitace ze sociálních systémů nebo v případě, že rehabilitace není poškozenému poskytována bezúplatně nebo je poskytována s jeho spoluúčastí, a to ve výši rozdílu mezi skutečnými náklady této rehabilitace a náklady hrazenými z veřejných prostředků.

- Poškozený je povinen dodržovat podmínky rehabilitace stanovené právním předpisem nebo dohodnuté s pojišťovnou. V případě jejich bezdůvodného porušení je povinen pojišťovně uhradit jí uhrazené náklady.

- Příspěvek je součástí pojistného plnění.

- O výběru zařízení poskytujících rehabilitaci by měla rozhodovat nezávislá komise podle bodu III. 1. složená ze zástupců tripartity, příslušných státních orgánů a pojišťoven.



3. Postup při kompenzaci výdajů zaměstnavatele vyplacených poškozeným (úkony zaměstnavatele, úkony nositele pojištění, případné úkony dalších subjektů) – **Proti současnosti nedochází k žádné změně. Prakticky se jedná zhruba o 10 % z celkového počtu zaměstnavatelů, kteří jsou personálně a finančně způsobilí k přímé výplatě pojistného plnění. Těmto zaměstnavatelům bude proti doloženým plněním poskytnuta náhrada vyplaceného odškodnění.**

Nicméně by problém mohl nastat v pojišťovně, která má ve svém portfoliu pouze malé podnikatele, vybírá tedy malé pojistné, nicméně bude povinna například odškodňovat pracovní úrazy i velké společnosti, pokud si ji taková společnost vybere. Pojišťovna tak při průběžném financování bude muset dotovat stát ze svých prostředků celý rok, než dojde k ročnímu zúčtování. Proto by zastřešující subjekt měl být pověřen přerozdělováním pojistného v závislosti na škodném průběhu u jednotlivých pojišťoven.

4. Procesní postavení nositelů pojištění, charakter procesních postupů a postup při rozhodování (procesní postupy, lhůty, flexibilita) – **Obdoba současného postupu, stanoví se zákonem.**

- **Pojistnou událostí je vznik povinnosti zaměstnavatele nahradit újmu způsobenou pracovním úrazem nebo nemocí z povolání. Rozhoduje-li o náhradě této újmy soud, platí, že pojistná událost nastala dnem, kdy rozhodnutí, podle něhož má pojišťovna poskytnout plnění, nabylo právní moci. Újmou se pro účely tohoto zákona rozumí jakákoli škoda nebo jiná újma, kterou utrpěl zaměstnanec pracovním úrazem nebo nemocí z povolání a kterou je zaměstnavatel povinen poškozenému nahradit.**

- **Pojišťovna je povinna provést šetření nezbytné ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit bez zbytečného odkladu poté, co se o události, která by mohla vést ke vzniku její povinnosti plnit (škodná událost) dozvěděla; má-li být pojistné plnění poskytováno opakovaně v pravidelných dávkách, je pojišťovna povinna poskytovat poškozenému před ukončením šetření na jeho písemnou žádost pravidelné zálohy, a to nejméně ve výši, která je nesporná.**

- **Pojišťovna má právo v souvislosti s šetřením škodné události nahlížet do soudních, správních a jiných spisů orgánů činných v trestním řízení, orgánů veřejné správy, správních úřadů, kontrolních a dalších subjektů, vedených v souvislosti se škodnou událostí, a zhotovovat si z nich kopie nebo výpisy.**

- **Pojišťovna nahradí náklady soudního i mimosoudního projednávání vedeného v souvislosti s pojistnou událostí jen tehdy, pokud se k jejich úhradě písemně zavázala.**

- **Pojišťovna je povinna plnit nejpozději do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit. Šetření je skončeno okamžikem dohody o výši náhrady újmy nebo okamžikem, kdy pojišťovna obdržela pravomocné rozhodnutí o výši náhrady újmy. Pojistné plnění poskytuje pojišťovna v měně státu, ve kterém má poškozený své bydliště.**

5. Postup při nesouhlasu poškozených s výší náhrady škody a při nesouhlasu nositele pojištění s výší náhrady škody (procesní postupy, lhůty, flexibilita) – **Zavedení přímého nároku poškozeného vůči pojišťovně v případě zániku zaměstnavatele nebo nesplnění jeho povinnosti v zákonem stanovené lhůtě oznámit pojišťovně vznik škodné události je zásadní podmínkou řádné ochrany poškozených v systému zákonného pojištění. V případě sporu může rozhodnout pouze soud, mimosoudně zastřešující subjekt nebo ombudsman, pokud by byl zřízen. Podmínky mimosoudního řešení sporů stanoví právní předpis.**

MF zásadně odmítá pojetí nového systému úrazového pojištění, nikoli jako pojištění, jehož základním rysem je oproti zaplacenému pojistnému poskytnutí pojistného plnění poškozenému jako oprávněné osobě, ale pouze jako fondu pro úhradu odškodnění vyplaceného zaměstnavatelem. Přenesení povinnosti odškodnění na zaměstnavatele je v rozporu s principem pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání a přineslo by na straně zaměstnavatele v naprosté většině případů neúměrnou zátěž a na straně zaměstnance výraznou nejistotu v odškodnění. Je třeba vzít v úvahu, že zejména plnění ve formě rent je vypláceno po řadu let a po celou dobu jejich výplaty je třeba tuto rentu přehodnocovat na základě změn zdravotního stavu poškozeného zaměstnance. K výplatě rent nemusí, zejména u drobných zaměstnavatelů, postačovat jejich příjmy a zaměstnavatelé mohou během této výplaty zanikat bez právního nástupce nebo přemísťovat svoji činnost do zahraničí. Nový systém proto musí, stejně jako je tomu v současnosti, být postaven na primárním odškodnění přímo nositelem pojištění a refundaci odškodnění poskytnutého zaměstnavatelem respektovat pouze v těch případech, kdy jeho personální a finanční zabezpečení zajišťuje odpovídající odškodnění poškozených.

Varianta II a) musí respektovat, že pojišťovny nejsou správními orgány. Likvidaci pojistné události nelze zaměňovat se správním řízením, ve kterém správní orgán rozhoduje o refundaci odškodnění, neboť povinnost zaměstnavatele nahradit škodu (újmu) vzniklou z pracovního úrazu nebo nemoci z povolání zaměstnance je závazkem z deliktu, tj. jde o soukromoprávní institut.

Systém, který předpokládá jako primární formu plnění refundaci, popírá základní princip pojištění odpovědnosti. Pojištění odpovědnosti je založeno na tom, že pojišťovna bude schopna posoudit fundovaně jak právní základ nároku, tak výši a zároveň bude schopná dostát finančním závazkům. Z pojištěného zaměstnavatele tento systém sejme nikoliv odpovědnost (povinnost k náhradě) jako takovou, ale břemeno praktického, každoměsíčního odškodňování se vším, co k tomu náleží. Z poškozeného sejme obavy z toho, že se v důsledku např. insolvence zaměstnavatele, ocitne sám po nezanedbatelnou dobu bez prostředků. Zavedením institutu přímého nároku poškozeného zaměstnance vůči pojišťovně se jistoty poškozených, naopak, ještě posilují.

**Z principu primární refundace navíc plyne řada významných rizik a zvýšení administrativní a finanční zátěže zaměstnavatelů:**

- a) zaměstnavatel musí držet finanční rezervu pro výplatu odškodnění, přestože již zaplatil pojistné. V případě vzniku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání musí vynaložit náklady na zjištění své povinnosti odškodnění a další náklady související s výplatou renty, která činí v průměru 11 let, s přehodnocováním zdravotního stavu poškozeného zaměstnance a změnou renty, a současně i náklady na refundaci. Takovou zátěž mohou unést pouze ekonomicky silní zaměstnavatelé, nikoli malí podnikatelé;
- b) hrozí tak situace, že ti zaměstnavatelé, pro které bude taková zátěž neúnosná, firmu zruší a případně založí jinou, čímž se tohoto závazku zbaví, neboť tím přejde na nositele pojištění. Druhou možností je, že si sjednají např. pojištění právní ochrany u soukromé pojišťovny a tuto svoji povinnost tak smluvně přenesou na takovou pojišťovnu. Tím by sice vznikly náklady na pojistné, které by však mohly být relativně nižší než náklady spojené s vlastním výpočtem a výplatou odškodnění;
- c) na nositele pojištění přejdou i závazky vzniklé ekonomicky silným zaměstnavatelům schopným samostatného odškodňování, pokud tito zaniknou. Příkladem může být těžební společnost, kde je výrazný rozdíl mezi výší pojistného a škodným průběhem, pokud taková společnost zanikne vytěžením suroviny nebo ekonomicky neúnosným poklesem ceny těžené suroviny, tj. z objektivních důvodů. Postupem času se tak může stát, že nositel pojištění bude více přímým pojistitelem než pouhým orgánem pro refundaci;
- d) pominout nelze ani riziko zneužití systému, pokud nositel pojištění nebude schopen řádně posuzovat nejen výši odškodnění, ale i samotný vznik povinnosti zaměstnavatele nahradit škodu (újmu). Jen stěží si lze představit schopnost malých podnikatelů řádně posoudit svoji povinnost k této náhradě. Pokud tak takový zaměstnavatel sám škodu uhradí, avšak nebyly splněny podmínky pro takové odškodnění, je otázkou, jak bude postupovat nositel pojištění při refundaci vyplaceného odškodnění. Nebude-li mu refundace plně nebo vůbec poskytnuta, pak zaměstnavateli vznikají další náklady na případné vymáhání neoprávněně vyplaceného odškodnění, pokud se ho vůbec domůže.

#### **Z vyjádření ČP a.s. vyplývá:**

Zaměstnavatelé pojištění u této pojišťovny odškodňují napřímo cca 30, resp. 10 % případů, tj. pracovních úrazů či nemocí z povolání. Vyjádřeno ale na počet zaměstnavatelů jsou to jednotlivci, **cca 5 velkých firem.**

- Co se týká jednorázových náhrad, tj. **případů lehkých pracovních úrazů**, kde je vypláceno zpravidla pouze bolestné a náhrada za ztrátu na výdělků, přičemž těmito výplatami je případ zcela vypořádán a uzavřen, **ČP vyřizuje napřímo cca 70 – 75 % veškerých nároků** (včetně odvodu daně z příjmů ze závislé činnosti). **Pouze cca 25 – 30 % případů odškodňují zaměstnavatelé** sami a ČP následně vyplacené náhrady refunduje.

- U opakovaných náhrad – rent, je nepoměr ještě výraznější. **ČP vyřizuje napřímo cca 90 % všech nároků, pouze 10 % případů vyřizují zaměstnavatelé.**

Přímé odškodňování provádějí pouze velcí zaměstnavatelé, kteří mají řádově spíše tisíce zaměstnanců a kteří působí na trhu práce desítky let, často 40 a více. Jen takoví zaměstnavatelé si mohou dovolit mít vyškolené zaměstnance pro agendu náhrady škody z pracovních úrazů a nemocí z povolání. I tito zaměstnavatelé však zpravidla odškodní pouze lehké pracovní úrazy a v nezanedbatelném počtu případů pak i u lehkých pracovních úrazů pouze ztrátu na výdělků. Ostatní nároky předají i vyřízení pojišťovně.

Ani v případech refundací ČP automaticky nevyplácí to, co zaměstnavatel zaplatil a co uplatňuje. V souladu s vyhláškou č. 125/1993 Sb. má zaměstnavatel právo, aby za něj pojistitel uhradil nároky poškozených v rozsahu, v jakém zaměstnavatel za škodu odpovídá.

Proto se i v případě refundací posuzuje jak právní základ nároku (tj. zda se vůbec jedná o pracovní úraz, případný rozsah zproštění odpovědnosti ze strany zaměstnavatele atd.), tak i výše náhrady škody (správnost hodnocení bolestného, správnost výpočtu náhrady za ztrátu na výděleku, atd.). V praxi nejsou řídké případy, kdy zaměstnavatel zaplatí zaměstnanci více, než mu dle zákoníku práce náleží. Pokud by však primárně leželo odškodnění přímo na zaměstnavateli, spíše by byly častější případy, kdy zaměstnavatel zaměstnance vůbec neodškodní.

V případě rent ani velcí zaměstnavatelé nemají aparát a kapacitu na sledování právní úpravy v této oblasti, jakož i judikatury a právní praxe a aplikaci těchto poznatků do praxe. I tam, kde pojišťovna refunduje, probíhá likvidace často tak, že zaměstnavatel požádá pojišťovnu o stanovení právního základu nároku a o vyčíslení náhrady, pak náhradu v této výši poskytne a formálně žádá o refundaci.

### **Z vyjádření Kooperativa pojišťovny, a.s., VIG, vyplývá:**

V současné době vyplácí tato pojišťovna **napřímo renty v 90 %**. V případě prvotního odškodnění se přímá likvidace poškozeným pohybuje **v cca 70%**, takže lze říci, že **v průměru v 80% případů se provádí likvidace přímo poškozeným** na základě dokladů předkládaných poškozeným prostřednictvím zaměstnavatele. U rent již jedná pojišťovna **napřímo s poškozeným**, neboť je to rychlejší a u dlouhodobě vyplácených nároků již není třeba kontakt na pojištěného zaměstnavatele. Tento proces se vyvinul z dlouhodobých zkušeností s odškodňováním pracovních úrazů a nemocí z povolání, kdy menší zaměstnavatelé nemají s touto problematikou dostatek zkušeností ani odborný personál, který by mohl řádně posoudit podmínky pro vznik nároku a výši uplatněných náhrad. Dále tito zaměstnavatelé nedisponují dostatečným finančním krytím vzniklých škod. Měl by být zachován současný princip daný v § 2 vyhlášky 125/1993 Sb., kde je stanoveno, že „zaměstnavatel má právo, aby za něho pojišťovna nahradila škodu, která vznikla zaměstnanci při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, a to v rozsahu, v jakém za ni zaměstnavatel odpovídá podle ZP.“ Refundace je dána jen jako možnost v případě, že zaměstnavatel uhradí nároky napřímo. Opačný přístup popírá smysl tohoto pojištění jako garance státu při ochraně zaměstnance a krytí veškerých škod na zdraví, které mu vzniknou v souvislosti s pracovním úrazem nebo přiznanou nemocí z povolání.

**System pojištění pojatý na principu refundace tak nejen nesplňuje základní charakteristiku pojištění, ale vyplývá z ní i řada negativních důsledků včetně nebezpečí nárůstu soudních sporů a zbytečných nákladů zaměstnavatelů.**

6. Statistika a evidence vedené nositeli pojištění – pojetí evidence (občan nebo zaměstnavatel), využití stávajících registrů, koordinace mezi nositeli pojištění. **Statistiky a evidence týkající se úrazového pojištění povedou jednotlivé pojišťovny a centrálně zastřešující subjekt. Na této centrální úrovni bude zabezpečeno plnění společných úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv, zpracovávání statistik pro potřeby státu a tripartitních orgánů a spolupráce se státními a jinými orgány a institucemi.**

## **IV. Přechod ze současného na navrhovaný systém**

1. Postup při převodu údajů – subjekty povinné k předávání a oprávněné k přijímání údajů (počet určených subjektů), nutnost „klíče“ pro předávání údajů, rozsah a forma předávaných údajů, časové rozvržení předávání údajů – **Vzhledem k tomu, že nedochází k zásadní změně v samotném systému, budou převody údajů realizovány mezi pojišťovnami v závislosti na rozhodování zaměstnavatelů, u které pojišťovny budou pojištěni. To platí i pro úhradu nároků vzniklých ze současného zákonného pojištění. V případě portfolia zaniklých zaměstnavatelů budou závazky uhrazeny**

současnými pojišťovnami nebo budou převedeny na zastřešující subjekt.

Náklady jsou dále spojené s předáním dat, s přepravou spisů a vyhledáváním spisů ve spisovně. Pokud by se spisy předávaly elektronicky, očekávají se náklady na vytvoření kompatibilních softwarů mezi dvěma pojišťovnami. Náklady na předání spisu jsou uvedené v tabulce pod dobohovými náklady.

2. Hrazení minulých závazků (subjekty povinné k úhradě, rozsah hrazení, časové rozvržení úhrady, zdroje úhrady, garance úhrady) – viz předchozí bod. Zdrojem úhrady je v průběžně financovaném systému pojistné daného roku, garantem úhrady v zákonném pojištění je stát. Rozsah odškodnění je dán právní úpravou ZP a skutečně vzniklou újmou, postup při likvidaci pojistné události včetně lhůt určí právní předpis.

## V. Závěr

Hlavní klady a zápory této varianty organizace systému úrazového pojištění zaměstnavatelů:

1. 5 hlavních kladů této varianty
  - dlouhodobé fungování průběžného systému s tím, že umožňuje úpravy jak v oblasti příjmů, tak výdajů, jednoduchost přechodu ze stávajícího systému, na který jsou zaměstnavatelé i zaměstnanci zvyklí a který je, ani stát, nevystavuje riziku kolapsu systému,
  - nulové počáteční náklady hrazené státem; tyto náklady musí vynaložit každá pojišťovna, která bude chtít dané pojištění provozovat,
  - závazky vzniklé do doby přechodu na nový systém budou hrazeny z inkasovaného pojistného daného roku a budou hrazeny tou pojišťovnou, u které bude zaměstnavatel registrován, v případě jeho zániku tou pojišťovnou, u které byl registrován před svým zánikem,
  - odbornost zaměstnanců provádějících likvidaci pojistných událostí včetně odpovídajícího zázemí jako např. posudkoví lékaři, informační systém, proces inkasa pojistného a investování dočasně volných prostředků pojistného, stanovení výše pojistného na základě skutečného škodného průběhu v systému bonus/malus atp.,
  - činnost pojišťoven podléhá nezávislému dohledu ČNB zaměřenému zejména na dodržování přísných kritérií finanční stability pojišťoven.
2. 3 hlavní zápory této varianty
  - rozšíření počtu pojišťoven oproti současnosti, který je však vyvážen svobodou zaměstnavatele v jejich výběru, s čímž souvisí nutnost vytvoření systému k přerozdělování pojistného, hrazení škod, za které odpovídají neregistrovaní zaměstnavatelé a vedení statistiky za celý systém,
  - průběžně financovaný systém, který generuje budoucí dluhy, které musejí být hrazeny z budoucího pojistného, jehož výběr je nejistý –

**v takovém případě hrozí dopady na státní rozpočet, protože chybějící prostředky by musel do systému vložit stát,**

- **nebezpečí politického vlivu na výši sazeb pojistného, což může vést k jeho podhodnocení a tím k potřebě dodatečné úhrady ze strany státu nebo zatížením zaměstnavatelů budoucím vyšším pojistným.**

## **Aspekty pro rozhodování o jednotlivých variantách**

### **Časový horizont implementace**

Vychází se z předpokladu, že věcný záměr se nebude zpracovávat. Pokud bude rozhodnutí vlády o určité variantě učiněno na základě zpracovávaného rozhodovacího materiálu, budou dány všechny základní parametry, které jsou podle čl. 4 LPV obsahem věcného záměru. Pokud budou práce na nové právní úpravě zahájeny v lednu 2015, mohl by být legislativní proces ukončen v polovině roku 2016. Schválením zákona se zahájí přípravné práce související se vznikem Kanceláře úrazového pojištění (zastřešujícího subjektu), která musí být plně funkční dnem nabytí účinnosti nového systému pojištění, tj. 1. ledna 2017. Náklady spojené s jejím vznikem by byly vynaloženy stávajícími dvěma pojišťovnami a tyto by se jim uhradily po přechodu na nový systém pojištění. Předpokládá se, že stávající pojišťovny, vykonávající zákonné pojištění dané odpovědnosti, budou kontinuálně přecházet ze současného do nového systému, který se způsobem odškodňování nebude odlišovat od současnosti. Ti zaměstnavatelé, kteří budou chtít změnit pojišťovnu, tak budou moci učinit nejpozději do konce listopadu 2016. Současně bude ode dne zveřejnění zákona (předpoklad polovina roku 2016), kdy nabydou účinnosti některá jeho ustanovení, umožněno i jiným soukromým pojišťovnám podat ČNB žádost o schválení vstupu do systému daného pojištění.

### **Finanční nároky na státní rozpočet – náběh a provoz**

**Varianta IIa) nemá z hlediska přechodu na nový systém žádné nároky na státní rozpočet.**

Vznik Kanceláře úrazového pojištění bude zafinancován současnými dvěma pojišťovnami provádějícími zákonné pojištění zaměstnavatele, přičemž tyto náklady jim budou uhrazeny v následujícím období. Na činnost této Kanceláře budou pojišťovny odvádět 2 % z ročního přijatého pojistného, což představuje cca 130 mil. Kč. Při předpokládaném počtu 20-30 zaměstnanců a při částce 1 mil. Kč nákladů na 1 zaměstnance (berou se v úvahu nejen platy, ale i všechny související náklady jako výpočetní technika, vybavení, energie, nájem, atp.) by se jednalo o náklady cca 30 mil. Kč. Zbývající částka by byla zdrojem pro tvorbu garančního fondu, ze kterého by se hradily náklady na odškodnění u neregistrovaných zaměstnavatelů nebo v případě nedostatku prostředků některé pojišťovny k úhradě odškodnění. Po dosažení určité úrovně výše garančního fondu (např. 1/3 objemu celkového odškodnění, tj. cca 2,5 mld. Kč), by se 2% odvod na činnost Kanceláře snížil na minimum představující pokrytí pouze nákladů na její provoz.

## Právní postavení zaměstnance

Zaměstnanec v pracovněprávním vztahu vykonává osobně pro zaměstnavatele závislou práci. Zaměstnavatel vystupuje v pracovněprávních vztazích vlastním jménem a na vlastní odpovědnost. Zaměstnavatel odpovídá zaměstnanci za škodu vzniklou pracovním úrazem, jestliže škoda vznikla při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním, jakož i za škodu vzniklou nemocí z povolání, jestliže zaměstnanec naposledy před jejím zjištěním pracoval u zaměstnavatele za podmínek, za nichž vzniká nemoc z povolání, kterou byl postižen. Zaměstnavatel je povinen nahradit škodu, i když dodržel povinnosti vyplývající z právních a ostatních předpisů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, pokud se odpovědnosti zcela nebo zčásti nezproští. Zaměstnavatel se své odpovědnosti může zprostit jen ze zákonem stanovených důvodů. Jde tedy o soukromoprávní vztah, kde v případě sporu rozhoduje soud. V současnosti obě pojišťovny vykonávající dané zákonné pojištění evidují necelých 600 soudních sporů, z nichž zhruba 85 % je vedeno o výši odškodnění, zejména o navýšení ZSU.

Varianta IIa) vychází ze základního principu pojištění, kdy z pojištění odpovědnosti má pojištěný zaměstnavatel právo, aby za něho pojišťovna (nositel pojištění) v případě pojistné události nahradila poškozenému zaměstnanci (pozůstalému v případě jeho smrti) škodu vzniklou pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, popřípadě i jinou újmu, v rozsahu a ve výši určené zákonem, vznikla-li povinnost k náhradě pojištěnému. Nárok na náhradu škody (újmy) z daného pracovního úrazu uplatňuje u pojišťovny zaměstnavatel, který je ze zákona povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojišťovně, že nastala škodná událost. Doklady potřebné k likvidaci pojistné události prvotně shromažďuje od pojištěného zaměstnavatele a od poškozeného zaměstnance přímo pojišťovna. Výši vyplaceného pojistného plnění oznamuje pojišťovna oběma účastníkům, jak pojištěnému zaměstnavateli, tak i poškozenému zaměstnanci písemně. Pokud některé nároky neuznává, písemně vysvětlí důvody neplnění nebo krácení. Zaměstnavatel, který vyplatí náhradu škody poškozenému zaměstnanci přímo, má nárok na refundaci. Zaměstnavatel by měl být odborně fundovaný, aby dokázal posoudit rozsah své odpovědnosti a výši uplatňovaných nároků, dále aby dokázal správně aplikovat právní předpisy v celé jejich šíři včetně příslušné judikatury, a současně mít dostatečné finanční prostředky pro odškodnění.

Pokud zaměstnavatel vyplatí odškodnění sám, bez součinnosti s pojišťovnou, nese riziko, že pokud vyplatí částku nad rámec právních předpisů, nebude mu výplata v této části refundována.

V současnosti je primárně odškodnění vypláceno pojišťovnou přímo poškozenému v naprosté většině případů (u jednodušších cca 70 %, u složitějších dokonce 90 %). Prvotní povinností pojišťovny je řádné odškodnění poškozeného zaměstnance v souladu s jeho oprávněnými požadavky. Ve všech případech musejí být mimosoudní dohody vždy preferovány před soudním sporem.

Předpokládá se, že zaměstnanec bude mít v zákonem stanovených případech právo uplatnit nárok na plnění přímo u pojišťovny, které předá doklady, nezbytné pro odškodnění (výplatu plnění). Pojišťovna si v takovém případě vyžádá stanovisko zaměstnavatele k uplatňovanému nároku a k rozsahu jeho odpovědnosti. Ten jí předá podklady, které má k dispozici. Pojišťovna vyplatí pojistné plnění zaměstnanci v rozsahu, v jakém je zaměstnavatel povinen škodu (újmu) nahradit.



## *I. Neplnění povinností zaměstnavatele, a to buď z důvodu:*

- *že vznik pracovního úrazu popírá, nebo*
- *již zaměstnavatel de facto nefunguje, ale není např. vymazán z OR.*

*V prvním případě, pokud se poškozený zaměstnanec obrátí přímo na pojišťovnu, pak tato ve spolupráci s pojištěným zaměstnavatelem posuzuje oprávněnost rozhodnutí o právním nároku zaměstnance. V případě oprávněnosti zamítavého stanoviska zaměstnavatele tuto skutečnost oznámí poškozenému. Pokud zaměstnavatel popírá svoji odpovědnost, pak se nejedná o neplnění jeho povinností. V tomto případě zřejmě objektivně existuje nějaké sporné právo. Zaměstnavatel i za součinnosti pojišťovny musí se zaměstnancem tuto situaci řešit. V případě nalezení konsenzu pak bude věc vyřízena buď se závěrem, že zde žádné právo zaměstnance není, nebo, že nárok vznikl. Pokud ke shodě nedojde, zaměstnanec může uplatnit své nároky soudní cestou. V soudním řízení pak může pojišťovna vystupovat jako vedlejší účastník na straně pojištěného zaměstnavatele.*

*V druhém případě, není-li možná komunikace s pojištěným zaměstnavatelem s ohledem na jeho faktickou neexistenci, pak je zaměstnanec v poměrně obtížném postavení. Za současné právní situace, tj. neexistence přímého nároku, mu zbývá pouze soukromoprávní žaloba (pokud se nesmíří s tím, že odškodnění nedostane). Podle varianty IIa) má poškozený, na jehož straně je prokázání, že k poškození zdraví došlo v přímé příčinné souvislosti s plněním pracovních úkolů, právo uplatnit své nároky přímo u pojišťovny na základě podpůrných důkazů – výpovědi svědků, čestná prohlášení poškozeného, policejní zprávy, výsledky kontrol OIP, trestní řízení, lékařské zprávy apod. Nejproblematictější je prokázat právní nárok vzniku pracovního úrazu. Posouzení oprávněnosti jednotlivých dílčích nároků je věcí rutiny a obvyklého postupu likvidace škod na zdraví pojišťovny.*

## *II. Zánik zaměstnavatele bez právního nástupce:*

*Pokud zaměstnavatel zanikl bez právního nástupce před uplatněním nároků poškozeného, má zaměstnanec i za současné právní úpravy přímý nárok na náhradu vůči pojišťovně. Zaměstnanec pak prokazuje nárok stejně, jako by ho prokazoval vůči zaměstnavateli a pojišťovna plní ve stejném rozsahu (v rozsahu podle právních předpisů pro náhradu škody (újmy) – zákoník práce, popř. NOZ).*

## **Administrativní náročnost pro zaměstnavatele**

Varianta IIa) nepředstavuje pro zaměstnavatele žádné zvýšení administrativní náročnosti oproti současnému systému zákonného pojištění.

## **Finanční rizika pro zaměstnavatele**

Varianta IIa) nepředstavuje pro zaměstnavatele žádné zvýšení finančního rizika oproti současnému systému zákonného pojištění. Jak je uvedeno výše, pokud zaměstnavatel vyplatí odškodnění bez součinnosti s pojišťovnou a následně žádá pojišťovnu o refundaci vyplacených náhrad, nese riziko, že v případě chybného postupu při rozhodování o své povinnosti nahradit škodu (újmu) a její výši neuhrazení vyplaceného odškodnění v té části, na kterou poškozenému nevznikl právní nárok. Pokud vyplatí méně, pojišťovna dorovná poškozenému zaměstnavatelem neuhrazenou část odškodnění.

## **Finanční stabilita systému**

Finanční stabilita systému je zaručena jednak zárukou státu, na jehož účet a jehož jménem pojišťovny vykonávají dané pojištění odpovědnosti, jednak vysokými kapitálovými požadavky na jejich činnost stanovenými v souladu s právem EU zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, pod dohledem ČNB. Případné finanční výkyvy, které by mohly vzniknout u jednotlivých pojišťoven na základě rozdílu mezi přijatým pojistným a vyplacenými pojistnými plněními v průběhu roku, budou eliminovány Kanceláří úrazového pojištění z prostředků garančního fondu, který bude spravovat.

## **Rozsah rizik při změně systému**

Tím, že varianta IIa) vychází z předpokladu kontinuálního přechodu stávajících dvou pojišťoven vykonávajících dané zákonné pojištění na nový systém, nevznikají žádná rizika spojená se změnou systému. Závazky vzniklé ze současného zákonného pojištění budou hrazeny těmito pojišťovnami. Pokud se bude jednat o závazek zaměstnavatele, který se bude registrovat u jiné pojišťovny, přejdou tyto závazky na tuto pojišťovnu.

## **Finanční motivace systémem bonus/malus**

Se zavedením systému bonus/malus počítá varianta IIa) po uplynutí 3 let od zavedení nového systému pojištění. Během této doby budou všichni zaměstnavatelé vypočítávat pojistné za základní sazby, která bude totožná se současnými sazbami. Toto tříleté období bude platit i pro každého nově vstupujícího zaměstnavatele do pojištění. Slevu na pojistném bude mít každý zaměstnavatel, u kterého v uplynulém roce nevzniknou žádné pojistné události nebo pouze škody s marginálním dopadem, tj. např. pokud pojistné plnění nepřesáhne 25 % ročního zaplaceného pojistného. V prvních 5 letech od zavedení systému bonus/malus budou slevy představovat 5 % z placeného pojistného. Maximální možný bonus bude 25 % z ročního pojistného. Přírůstek na pojistném bude závislá na dopadu škody do pojištění. Bude-li poměr mezi zaplaceným pojistným a celkovou výší pojistného plnění v daném roce vyšší než 25 %, ale nepřesáhne 75 %, zvýší se pojistné na následující rok o 10 %. Přesáhne-li 75 %, zvýší se pojistné o 20 %. Celkově bude možné zvýšit pojistné pouze o 40 % základní sazby. Pokud v následujícím roce po navýšení pojistného bude bezeškodný průběh pojištění, sníží se pojistné pro následující rok o 5 %.

Budeme-li počítat s tím, že v ČR máme cca 200 tis. zaměstnavatelů, pak při cca 60 tis. pojistných událostí ročně v současném zákonném pojištění můžeme počítat, že 70 % zaměstnavatelů bude mít třetím rokem nárok na bonus a 30 % zaměstnavatelů bude platit zvýšené pojistné. Pro jednoduchost výpočtu počítáme s tím, že základní pojistné se bude zvyšovat o 1 % ročně, přičemž 70 % zaměstnavatelů bude mít každý rok nárok na bonus ve výši 5 %, který se bude sčítat tak, že pátým rokem dosáhne 25 %, tj. horní hranice slevy. Zbýlých 30 % zaměstnavatelů bude mít pojistnou událost, takže se jim každý rok navýší pojistné o 10 % až do horní hranice 40 % pojistného. Z tohoto velmi zjednodušeného výpočtu vyplývá, že se pátým rokem zastaví pokles přijatého pojistného a dále se celková výše pojistného bude měnit v závislosti na růstu výpočtového základu.

rok	základní pojistné	vliv použití bonusů	vliv použití malusů	pojistné po slevách a přírážkách
2020	6 891 911,19	6 547 315,63	2 274 330,69	<b>8 821 646</b>
2021	6 960 830,30	4 628 952,15	2 505 898,91	<b>7 134 851</b>
2022	7 030 438,60	4 429 176,32	2 741 871,06	<b>7 171 047</b>
2023	7 100 742,99	4 224 942,08	2 982 312,06	<b>7 207 254</b>
2024	7 171 750,42	4 016 180,24	3 012 135,18	<b>7 028 315</b>
2025	7 243 467,93	3 802 820,66	3 042 256,53	<b>6 845 077</b>
2026	7 315 902,60	3 840 848,87	3 072 679,09	<b>6 913 528</b>

### Kontrola veřejnoprávním či soukromým sektorem

Každá soukromá pojišťovna podléhá přísným pravidlům stanoveným zákonem o pojišťovnictví a kontrole ČNB. To je zárukou jejich finanční stability a vysoké míry solventnosti. Pojišťovny budou dané zákonné pojištění vykonávat jménem a na účet státu. Hospodaření s prostředky zákonného pojištění tak musí podléhat kontrole MF, resp. NKÚ. Postupy pojišťoven budou kontrolovány zastřešujícím subjektem (Kanceláří úrazového pojištění), který bude zajišťovat i jejich metodické vedení. Nedostatky v činnosti pojišťoven bude řešit tato Kancelář v součinnosti s ČNB, která bude moci pojišťovně udělit pokutu nebo činnost zakázat.

### Hrubý odhad vývoje pojištění do roku 2016

Odhad vychází z předpokladu, že pojistné bude narůstat o 1 % ročně s tím, že za základ je brána částka 6 428 210 tis. Kč odpovídající roku 2013. Pojistná plnění jsou kalkulována ve výši 60 % přijatého pojistného bez vlivu změn výše pojistného v důsledku systému bonus/malus. Nárůst rent činí 1,3 % ročně. U příspěvku na rehabilitaci se vychází z předpokladu, že 70 % osob pobírajících rentu bude mít nárok na tento příspěvek s tím, že jeho průměrná výše bude činit 10 tis. Kč ročně. Příspěvek ve výši 2 % ročně bude zpočátku určen k úhradě nákladů spojených se vznikem zastřešujícího subjektu (Kanceláře úrazového pojištění) a následně k úhradě nákladů této Kanceláře a k tvorbě garančního fondu. V případě Kanceláře se předpokládá 20 - 30 zaměstnanců, tj. náklady na činnost této instituce lze odhadnout na cca 30 mil. Kč ročně. Z toho vyplývá, že roční dotace do garančního fondu by měla být cca 100 mil. Kč. Výsledek průběhu pojištění, který i při rozšíření plnění o příspěvek na rehabilitaci, prevenci, odvodu na vznik Kanceláře a garančního fondu a při zohlednění dopadu systému bonus/malus měl být kladný, bude odveden do státního rozpočtu, neboť pojištění je vykonáváno jménem a na účet státu, tj. jde o závazky státu. Pokud by se tento vývoj pojištění potvrdil, bude na rozhodnutí vlády a její dohodě se sociálními partnery zvýšení částek odváděných na prevenci a rehabilitaci.

**Odhad vývoje pojištění do roku 2025 varianta IIa) bez systému bonus/malus**

rok	roční pojistné (tis. Kč)	správní režie 4 % (tis. Kč)	pojistná plnění (tis. Kč)	počet rent (ks)	rehabilitace (tis. Kč)	prevence 6 % (tis. Kč)	Kancelář + GF 2 % (tis. Kč)	výsledek (tis. Kč)
2015	6 557 417,02	262 296,68	3 934 450,21	14 651	0,00	0,0	0,00	<b>2 360 670,13</b>
2016	6 622 991,19	264 919,65	3 973 794,71	14 841	0,00	0,0	0,00	<b>2 384 276,83</b>
2017	6 689 221,10	267 568,84	4 013 532,66	15 034	105 240,81	401 353,3	133 784,42	<b>1 872 981,91</b>
2018	6 756 113,31	270 244,53	4 053 667,99	15 230	106 608,94	405 366,8	135 122,27	<b>1 891 711,73</b>
2019	6 823 674,45	272 946,98	4 094 204,67	15 428	107 994,86	409 420,5	136 473,49	<b>1 910 628,84</b>
2020	6 891 911,19	275 676,45	4 135 146,71	15 628	109 398,79	413 514,7	137 838,22	<b>1 929 735,13</b>
2021	6 960 830,30	278 433,21	4 176 498,18	15 832	110 820,98	417 649,8	139 216,61	<b>1 949 032,48</b>
2022	7 030 438,61	281 217,54	4 218 263,16	16 037	112 261,65	421 826,3	140 608,77	<b>1 968 522,81</b>
2023	7 100 742,99	284 029,72	4 260 445,80	16 246	113 721,05	426 044,6	142 014,86	<b>1 988 208,04</b>
2024	7 171 750,42	286 870,02	4 303 050,25	16 457	115 199,43	430 305,0	143 435,01	<b>2 008 090,12</b>
2025	7 243 467,93	289 738,72	4 346 080,76	16 671	116 697,02	434 608,1	144 869,36	<b>2 028 171,02</b>
2026	7 315 902,61	292 636,10	4 389 541,56	16 888	118 214,08	438 954,2	146 318,05	<b>2 048 452,73</b>

**Odhad vývoje pojištění do roku 2026 varianta IIa) s uplatněním systému bonus/malus**

rok	roční pojistné (tis. Kč)	správní režie 4 % (tis. Kč)	pojistná plnění (tis. Kč)	počet rent (ks)	rehabilitace (tis. Kč)	prevence 6 % (tis. Kč)	Kancelář + GF 2 % (tis. Kč)	výsledek (tis. Kč)
2015	6 557 417,02	262 296,68	3 934 450,21	14 651	0,00	0,0	0,00	<b>2 360 670,13</b>
2016	6 622 991,19	264 919,65	3 973 794,71	14 841	0,00	0,0	0,00	<b>2 384 276,83</b>
2017	6 689 221,10	267 568,84	4 013 532,66	15 034	105 240,81	401 353,3	133 784,42	<b>1 872 981,91</b>
2018	6 756 113,31	270 244,53	4 053 667,99	15 230	106 608,94	405 366,8	135 122,27	<b>1 891 711,73</b>
2019	6 823 674,45	272 946,98	4 094 204,67	15 428	107 994,86	409 420,5	136 473,49	<b>1 910 628,84</b>
2020	8 821 646,32	352 865,85	4 135 146,71	15 628	109 398,79	529 298,8	176 432,93	<b>3 627 902,05</b>
2021	7 134 851,06	285 394,04	4 176 498,18	15 832	110 820,98	428 091,1	142 697,02	<b>2 102 170,75</b>
2022	7 171 047,38	286 841,90	4 218 263,16	16 037	112 261,65	430 262,8	143 420,95	<b>2 092 258,53</b>
2023	7 207 254,14	288 290,17	4 260 445,80	16 246	113 721,05	432 435,2	144 145,08	<b>2 081 937,84</b>
2024	7 028 315,41	281 132,62	4 303 050,25	16 457	115 199,43	421 698,9	140 566,31	<b>1 881 867,31</b>
2025	6 845 077,19	273 803,09	4 346 080,76	16 671	116 697,02	410 704,6	136 901,54	<b>1 677 587,17</b>
2026	6 913 527,96	276 541,12	4 389 541,56	16 888	118 214,08	414 811,7	138 270,56	<b>1 694 363,05</b>

### Náklady související s provozováním stávajícího zákonného pojištění

- U převodu starých závazků na jinou pojišťovnu by se jednalo o nemalé náklady spojené s předáním dat, náklady na přepravu spisů včetně nákladů s vyhledáváním spisů ve spisovně. Náklady závisí zejména na formě předávání spisového materiálu. Pokud ve formě digitální, pak by se jednalo o minimální náklady, jsou-li softwary vzájemně kompatibilní. Pokud by měly být spisy předány fyzicky, pak náklad na vyhledání 1 spisu a předání jiné pojišťovně činí cca 200 Kč.

	ČP a.s.	KOOP
Celkem od roku 1993 (ks)	522 000	1 006 000
s neukončenou likvidací (ks)	1 200	4 500
s výplatou renty (ks)	4 441	10 200

- Zákonné pojištění se musí vést provozně odděleně od všech ostatních činností pojišťovny včetně inkasa. IT systém související s daným pojištěním vzniká po dobu několika let a neustále se vyvíjí. Jde o náklad v desítkách milionů Kč (odhadem v rozmezí 20-30 mil. Kč).

	ČP a.s.	KOOP
<b>Náklady na udržování IT (cca mil. Kč ročně)</b>	1,5	6,8

- Soudní sporová agenda

	ČP a.s.	KOOP
Počet aktuálních případů (ks)	130	450
z toho spor o oprávněnost nároků (%)	15	15
z toho spor o výši plnění (%)	85	85

- Odškodňování poškozených, v případě, kdy zanikl zaměstnavatel.

	ČP a.s.	KOOP
počet případů (ks)	144	174
částka hrazená MPSV za vedení agendy ročně (mil. Kč)	1,2	1,13

- Náklady na rehabilitaci

Předpokládá se, že z celkového počtu aktuálně spravovaných rent by v cca 70-75 % případů přicházela do úvahy nějaká forma rehabilitace.

	ČP a.s.	KOOP
<b>Odhad nákladů na rehabilitaci (mil. Kč)</b>	12	24

6. Procentuální podíl případů, kdy je odškodnění zaměstnavateli refundováno, na celkovém objemu odškodňovaných případů.

<b>Refundace odškodnění vyplaceného přímo zaměstnavatelem</b>	<b>ČP a.s.</b>	<b>KOOP</b>
jednorázová odškodnění (%)	25-30	30
Renty (%)	10	10

## Modelový příklad odškodnění

Základní východiska: Zaměstnavatel je ze zákona pojištěn pro případ své odpovědnosti za škodu způsobenou při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání u pojišťovny, u které se zaregistroval. Z tohoto pojištění mu **vzniká právo, aby za něho příslušná pojišťovna nahradila škodu (újmu), která vznikla jeho zaměstnanci při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, v rozsahu, v jakém za ni zaměstnavatel odpovídá (je povinen nahradit) podle zákoníku práce.**

Zaměstnanec utrpěl vážný úraz pádem z lešení při stavebních pracích, v jehož důsledku došlo k mnohačetným zlomeninám končetin a poškození páteře. Jeho dočasná pracovní neschopnost je dlouhodobá (cca 6 – 8 měsíců), je potřeba rehabilitace, bude mít trvalé následky pracovního úrazu; v důsledku rehabilitace se předpokládá postupné částečné zlepšování zdravotního stavu, nikdy však již nenabyde původní míry pracovních i sociálních schopností.

Na zaměstnavateli je důkazní břemeno ohledně jeho odpovědnosti, tj. prokázání, že pracovní úraz nastal, resp., že existují důvody pro zproštění z důvodů porušení předpisů BOZP na straně zaměstnance, na zaměstnanci je prokázání přímé příčinné souvislosti mezi pracovním úrazem a škodou (újmou) a její výší.

Předpokládá se, že zaměstnavatel plní bezodkladně všechny své zákonné povinnosti.

Řešení je zpracováno ve dvou variantách:

Varianta 1: Plnění oprávněné osobě vyplácí zaměstnavatel, jemuž pojišťovna (nositel pojištění) uhrazuje vynaložené výdaje.

Varianta 2: Plnění oprávněné osobě vyplácí přímo pojišťovna.

**Řešení podle varianty 1 (postup uplatňovaný v současnosti cca v 30 % případů s jednorázovým odškodněním a v cca 10 % případů s výplatou renty):**

**Zaměstnavatel:**

1. Po vzniku pracovního úrazu řádně prošetří okolnosti a příčiny vzniku pracovního úrazu, včetně výpovědí svědků úrazu. K tomu slouží zejména výpověď zraněného pracovníka, je-li jí schopen, případně až je jí schopen, dále výpovědi svědků (ostatních zaměstnanců, případně třetích osob) a materiální důkazy (např. zjistí stav zařízení, kterým byla škoda způsobena, zajistí fotodokumentaci z místa vzniku úrazu apod.). Významným důkazním materiálem je zpráva Inspekce BOZP, je-li zpracována.
2. Bez zbytečného odkladu oznámí pojišťovně vznik pracovního úrazu a řídí se jejími pokyny.
3. Posoudí plnění povinností poškozeného zaměstnance z pohledu předpisů BOZP a stanoví míru své odpovědnosti za vznik pracovního úrazu.
4. Zajistí důkazy a zabezpečí právo pro případné uplatnění regresního nároku vůči tomu, kdo pracovní úraz způsobil (úmyslně nebo z nedbalosti).
5. V termínech stanovených právními předpisy zpracuje záznamy o vzniku a příčinách pracovního úrazu a vede jejich evidenci.
6. Bez výzvy poškozeného aktivně zajišťuje podklady pro výpočet náhrady za

ztrátu na výdělků po dobu pracovní neschopnosti (průměrný výdělek před vznikem škody, výši náhrady mzdy po dobu pracovní neschopnosti podle § 192 ZP, jakož i následnou výši nemocenské vyplácené ČSSZ, aby mohl řádně a včas vypočítat náhradu za ztrátu na výdělků po dobu pracovní neschopnosti podle § 370 ZP).

7. Na základě předkládaných případných dalších nároků poškozeným zaměstnancem nebo pozůstalými (§ 369 a 375 ZP) posuzuje jejich oprávněnost a příčinnou souvislost s poškozením zdraví zaměstnance při pracovním úrazu a provádí výpočet náhrady. V uvedeném případě se bude jednat zejména o náhradu za ztrátu na výdělků po dobu pracovní neschopnosti, bolestné, ztížení společenského uplatnění, náhradu za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti, náklady léčení, pravděpodobně též náklady na výpomoc (věcná škoda v širším smyslu). Pro některé z uvedených nároků je v zákoníku práce či jiných právních předpisech stanoven způsob výpočtu, pro některé z nároků stanovení způsobu výpočtu není upraveno. V těchto případech se postupuje podle obecných právních předpisů (zákoník práce, občanský zákoník), případně ve smyslu judikatury. Pro posouzení některých nároků je účelné osobní šetření v bydlišti poškozeného.  
Po celou dobu odškodňování, tj. při každé výplatě kteréhokoliv z nároků, je nutno posuzovat, zda se jedná o nárok oprávněný, tj. zejména je nutno posuzovat příčinnou souvislost mezi pracovním úrazem a uplatňovanou škodou. Dále je nutno posuzovat, zda nároky či jednotlivá plnění např. nejsou promlčeny.
8. Vznáší případně námitku promlčení vůči uplatněným nárokům, které nebyly předloženy v zákonem stanovených lhůtách.
9. Předává pojišťovně podklady pro refundaci vyplacených náhrad zaměstnanci.
10. Bez zbytečného odkladu oznámí pojišťovně, že bylo ve věci zahájeno trestní řízení proti jeho zaměstnanci nebo třetí osobě a zabezpečí právo regresu vůči obviněnému.
11. Bez zbytečného odkladu oznámí pojišťovně, že poškozený uplatňuje právo na náhradu škody u soudu a v průběhu soudního řízení se řídí jejími pokyny.
12. Je povinen se aktivně účastnit soudních jednání a nedopustit vydání rozsudku pro zmeškání nebo pro uznání.
13. Bez souhlasu pojišťovny není oprávněn uzavírat smíry a dohody o narovnání.
14. U dlouhodobých náhrad (renty, výživa) je povinen prověřovat existenci oprávněnosti nároku ( zjišťování, zda v mezidobí nedošlo ke změně poměrů na straně poškozeného zaměstnance nebo pozůstalých)

### **Zaměstnanec:**

1. Má právo na náhradu škody (újmy) a je na jeho rozhodnutí, zda tohoto práva využije. Není tedy jeho povinností o náhradu žádat.
2. Řádně dokládá své nároky, vždy potvrzené ošetřujícím lékařem, že jsou v přímé příčinné souvislosti s poškozením zdraví při pracovním úrazu.
3. Předkládá lékařskou zprávu (LZ) o prvotním ošetření po vzniku pracovního úrazu s popisem úrazového děje a lékařské hodnocení bolestného, popř. ZSU; v případě dlouhodobé pracovní neschopnosti (PN) i LZ o průběhu léčení.
4. V případě pochybností je vyžadován souhlas poškozeného zaměstnance se zpřístupněním jeho zdravotní dokumentace a přešetření jeho zdravotního stavu smluvním lékařem pojišťovny, který posoudí oprávněnost předložených nároků



z pohledu přímé příčinné souvislosti následků poškození zdraví s pracovním úrazem

5. V případě náhrady za ztrátu na výdělků po skončení PN (renty) předkládá měsíčně doklady potřebné pro výpočet výše odškodnění (potvrzení z Úřadu práce v případě nezaměstnanosti, potvrzení o výdělků u jiného zaměstnavatele, výši invalidního důchodu a všechny změny týkající se jeho osobního stavu, např. sňatek u pozůstalé manželky nebo ukončení studia vyživovaného dítěte, zdravotního stavu, např. vznik závažného obecného onemocnění, které by ho vyřadilo z původní profese), popř. podklady pro další uplatněné nároky, všechny změny těchto skutečností.

### **Pojišťovna:**

1. Na základě oznámení pojistné události ze strany pojištěného zaměstnavatele zaregistruje pojistnou událost, zahájí šetření a vyzve zaměstnavatele k případnému doložení chybějících dokladů.
2. Prověří právní základ nároku, tj. zda jsou naplněny podmínky podle § 380 ZP – existence úrazového děje a zda k poškození zdraví došlo v přímé příčinné souvislosti s plněním pracovních úkolů.
3. Posoudí, zda bylo ze strany zaměstnavatele využito právo na zproštění jeho odpovědnosti podle § 367 ZP. Pokud ne, zjišťuje ve spolupráci se zaměstnavatelem důvody pro neuplatnění tohoto práva. V případě, že učiní závěr o oprávněnosti částečného nebo plného zproštění odpovědnosti zaměstnavatele, rozhodne o výši krácení plnění v dohodě se zaměstnavatelem nebo samostatně.
4. Ověří oprávněnost předložených nároků s ohledem na následky poškození zdraví pracovním úrazem a v případě pochybností zadá se souhlasem poškozeného zpracování odborného stanoviska svému smluvnímu lékaři.
5. Lhůta pro vyplacení pojistného plnění formou refundace činí 15 dnů ode dne ukončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny poskytnout pojistné plnění.
6. Zaměstnavateli refunduje zaměstnavatelem vyplacené odškodnění v rozsahu, v jakém zaměstnavatel za škodu odpovídá. V případě, že zaměstnavatel posoudil případ nesprávně a vyplatil více, než měl, pojistitel refunduje pouze tu částku, jaká zaměstnanci skutečně náležela. Pokud zaměstnavatel vyplatil méně, zaměstnanci bude rozdíl doplacen. Záleží na dohodě mezi zaměstnavatelem a pojišťovnou, kdo doplatek fakticky uhradí.
7. Pokud zaměstnanec uplatnil nárok soudně, pojišťovna poskytne zaměstnavateli odbornou právní pomoc. Její součástí je i posouzení nezbytnosti soudního řízení, tj. zda nelze odškodnit mimosoudně. Pokud to není možné, pojistitel zpravidla vstoupí do řízení jako vedlejší účastník na straně zaměstnavatele.
8. V odůvodněných případech, kdy je zřejmé, že právní nárok je dán, ale rozsah spoluodpovědnosti poškozeného zaměstnance je řešen v rámci správního nebo trestního řízení, pojišťovna poskytne ve spolupráci se zaměstnavatelem poškozenému (pozůstalým) přiměřenou zálohu, a to ve výši, která je nesporná.

### **Řešení podle varianty 2 (postup uplatňovaný primárně, v současnosti cca v 70 % případů s jednorázovým odškodněním a v cca 90 % případů s výplatou renty):**

Postup je obdobný jako u varianty 1. s tím rozdílem, že nárok na náhradu škody (újmy) z daného pracovního úrazu uplatní u pojišťovny zaměstnavatel, který je ze

zákonu povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojišťovně, že nastala škodná událost. Doklady potřebné k likvidaci pojistné události prvotně shromažďuje od pojištěného zaměstnavatele a od poškozeného zaměstnance přímo pojišťovna. Výši vyplaceného pojistného plnění oznamuje pojišťovna oběma účastníkům, jak pojištěnému zaměstnavateli, tak i poškozenému zaměstnanci písemně. Pokud některé nároky neuznává, písemně vysvětlí důvody neplnění nebo krácení.

**Rozdíl je v rizicích pro zaměstnavatele u varianty 1., pokud plní bez součinnosti s pojišťovnou a následně žádá o refundaci vyplacených náhrad, vystavuje se riziku chybného postupu při rozhodování o své povinnosti nahradit škodu (újmu) a její výši a tím i neuhrazení vyplaceného odškodnění v té části, na kterou poškozenému nevznikl právní nárok.**

Předpokládá se, že zaměstnanec bude mít v zákonem stanovených případech právo uplatnit nárok na plnění přímo u pojišťovny a předá jí potřebné doklady, které má k dispozici. Pojišťovna si v takovém případě vyžádá stanovisko zaměstnavatele k uplatňovanému nároku a k rozsahu jeho odpovědnosti. Ten jí předá podklady, které má k dispozici. Pojišťovna vyplatí pojistné plnění zaměstnanci v rozsahu, v jakém je zaměstnavatel povinen škodu (újmu) nahradit.

#### **Situace II. : Neplnění povinností zaměstnavatele**

Mohou nastat případy, že zaměstnavatel nereaguje na výzvy svého zaměstnance o odškodnění pracovního úrazu, a to buď z důvodu:

- že vznik pracovního úrazu popírá, nebo
- již zaměstnavatel de facto nefunguje, ale není např. vymazán z OR.

**V prvním případě,** pokud se poškozený zaměstnanec obrátí přímo na pojišťovnu, pak tato ve spolupráci s pojištěným zaměstnavatelem posuzuje oprávněnost rozhodnutí o právním nároku zaměstnance. V případě oprávněnosti zamítavého stanoviska zaměstnavatele tuto skutečnost oznámí poškozenému. Pokud zaměstnavatel popírá svoji odpovědnost, pak se nejedná o neplnění jeho povinností. V tomto případě zřejmě objektivně existuje nějaké sporné právo. Zaměstnavatel i za součinnosti pojišťovny musí se zaměstnancem tuto situaci řešit. V případě nalezení konsenzu pak bude věc vyřízena buď se závěrem, že zde žádné právo zaměstnance není, nebo, že nárok vznikl. Pokud ke shodě nedojde, zaměstnanec může uplatnit své nároky soudní cestou. V soudním řízení pak může pojišťovna vystupovat jako vedlejší účastník na straně pojištěného zaměstnavatele.

**V druhém případě,** není-li možná komunikace s pojištěným zaměstnavatelem s ohledem na jeho faktickou neexistenci, pak je zaměstnanec v poměrně obtížném postavení. Za současné právní situace, tj. neexistence přímého nároku, mu zbývá pouze soukromoprávní žaloba (pokud se nesmíří s tím, že odškodnění nedostane). Podle varianty IIa) má poškozený, na jehož straně je prokázáno, že k poškození zdraví došlo v přímé příčinné souvislosti s plněním pracovních úkolů, právo uplatnit své nároky přímo u pojišťovny na základě podpůrných důkazů – výpovědi svědků, čestná prohlášení poškozeného, policejní zprávy, výsledky kontrol OIP, trestní řízení, lékařské zprávy apod. Nejproblematictější je prokázat právní nárok vzniku pracovního úrazu. Posouzení oprávněnosti jednotlivých dílčích nároků je věcí rutiny a obvyklého postupu likvidace škod na zdraví pojišťovny.

Pokud zaměstnavatel zanikl bez právního nástupce před uplatněním nároků poškozeného, má zaměstnanec i za současné právní úpravy přímý nárok na náhradu vůči pojišťovně. Zaměstnanec pak prokazuje nárok stejně, jako by ho prokazoval vůči

zaměstnavateli a pojišťovna plní ve stejném rozsahu (v rozsahu podle právních předpisů pro náhradu škody (újmy) – zákoník práce, popř. NOZ). Prvotní povinností pojišťovny je řádné odškodnění poškozeného zaměstnance v souladu s jeho oprávněnými požadavky. Mimosoudní dohody musejí být vždy preferovány před soudním sporem.

### Rehabilitace poškozeného

V modelovém příkladu se předpokládá, že poškozenému zaměstnanci vznikne právo na příspěvek na rehabilitaci, který má sloužit ke zmírnění následků tohoto poškození. Tento příspěvek se poskytuje na písemnou žádost poškozeného zaměstnance doloženou doporučením lékaře nebo přímo na doporučení lékaře. Pojišťovna uhradí náklady, které přesahují náklady rehabilitace poskytované ze sociálních systémů nebo, v případě, že rehabilitace není poškozenému poskytována bezúplatně nebo je poskytována s jeho spoluúčastí, ve výši rozdílu mezi skutečnými náklady této rehabilitace a náklady hrazenými z veřejných prostředků. Pojišťovna tyto náklady uhrazuje přímo poskytovateli rehabilitace, kterými jsou zařízení, o kterých bude rozhodovat nezávislá komise složená ze zástupců tripartity, příslušných státních orgánů a pojišťoven (viz bod III. 2 varianty IIa).

### Shrnutí:

Oba způsoby odškodnění lze považovat za rovnocenné, pokud by zaměstnavatel byl natolik odborně fundovaný, aby dokázal posoudit rozsah své odpovědnosti a výši uplatňovaných nároků, správně aplikovat právní předpisy v celé jejich šíři včetně příslušné judikatury, atp. Rovněž by se muselo jednat o solventního zaměstnavatele, v případě závažných pracovních úrazů o velmi solventního zaměstnavatele, který by byl schopen vyplatit např. jednorázově ZSU v řádu milionů korun. Tyto předpoklady však v praxi nejsou v naprosté většině zaměstnavatelů naplněny. I v případě, že zaměstnavatel má tu nejlepší snahu dostát všem svým povinnostem, je limitován svými odbornými znalostmi a rovněž finančními možnostmi. **Proto by mělo být zachováno právo zaměstnavatele vyplývající z principu pojištění odpovědnosti rozhodnout se, jaký způsob odškodnění zvolí.**

V případě systému založeném primárně na refundaci odškodnění poskytovaného zaměstnavatelem hrozí velmi vážné riziko kolapsu celého systému, na který by doplatili nejen poškození zaměstnanci nebo pozůstalí, ale i zaměstnavatelé.

Nelze opomenout ani skutečnost, že zaměstnanec není fakticky v rovnoprávném postavení vůči svému zaměstnavateli, neboť je na něm existenčně závislý. Toto by sice nemělo hrát roli, nicméně reálně to ztěžuje postavení zaměstnance při uplatňování nároků vůči zaměstnavateli. Z tohoto důvodu by systém měl umožnit také odškodňování zaměstnanců na základě jejich přímého nároku vůči pojišťovně, která je dostatečně odborně fundovaná, solventní a vůči zaměstnancům i zaměstnavatelům nezávislá. Z dosavadní zkušenosti s agendou zákonného pojištění je nepochybné, že pojišťovny preferují mimosoudní odškodnění nároků a konsenzus všech zúčastněných stran. Toto je zřejmé i ze statistik, kdy za celou dobu trvání zákonného pojištění obě pojišťovny vyřizovaly celkem cca 1,5 milionů pojistných událostí. Aktuálně evidují necelých 600 soudních sporů, z nichž převážná většina je vedena o výši odškodnění, zejména o navýšení ZSU.

