Odpověď Ministerstva zdravotnictví (MZ) na žádost o informaci dle zákona č.106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů

Vážená paní xxx,

k Vaší žádosti o poskytnutí informací dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, doručené Ministerstvu zdravotnictví dne 20. dubna 2025, evidované pod č.j. xxx, kterou jste vznesla níže uvedené dotazy:

„Domáhám se poskytnutí výčtu a vysvětlení důvodů, kterými je opodstatněno, že existují plátci, kteří mohou uhradit poměrnou část měsíčního odvodu povinného zdravotního pojištění, a pak plátci, kterým to umožněno není, a je po nich zákonem požadováno uhradit v případě změny statutu plátce v průběhu měsíce celoměsíční sazbu, čímž dochází k zdvojenému odvodu. Prosím o podání odůvodnění jednak s ohledem na charakter zdravotního pojištění v ČR – vazba mezi čerpáním a odvodem a celkový princip systému. A dále mě zajímá, jak je aktuálním nastavením garantováno rovné zacházení a princip nediskriminace, když zákon stanoví jiné podmínky pro různé skupiny plátců.“

uvádím následující:

Systém českého veřejného zdravotního pojištění je od samého počátku založen na solidárním principu, který zajistí všem pojištěncům poskytnutí i velmi nákladné zdravotní péče v čase, kdy tuto péči potřebují, a to vzhledem k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu, bez ohledu na věk a sociální postavení. Tím je zaručena rovnost všech pojištěnců v přístupu k poskytování zdravotní péče. Tak také v této oblasti nedochází k diskriminaci jakékoli skupiny pojištěnců. Objem odvedeného pojistného za jednotlivého pojištěnce neovlivňuje rozsah jemu poskytované zdravotní péče a není individuálně porovnáván s výší úhrad za tuto péči. Často tak může v daném okamžiku nastat situace, kdy pojištěnec, který do systému momentálně sám nijak nepřispívá, např. pro to, že za něj hradí pojistné stát (nezaopatřené děti, poživatelé důchodu, osoby pečující o děti, osoby se zdravotním postižením atd.), může čerpat i velmi vysoké náklady na zdravotní péči, a naopak, pojištěnec, který je zaměstnancem či osobou samostatně výdělečně činnou, čerpá zdravotní péči minimálně, ačkoli se na placení pojistného podílí osobně velkou měrou.

Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění, resp. způsoby placení pojistného, jsou upraveny příslušnými právními předpisy – zákony. Zákony schvaluje Parlament ČR, tedy Poslanecká sněmovna a Senát. Tyto zákonodárné sbory také určují, v jaké podobě budou příslušná ustanovení zákonů vydána ve Sbírce zákonů, a tedy platná a účinná. Tak jsou také nastaveny dané kategorie plátců pojistného (zaměstnanec se

zaměstnavatelem, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů a osoby, za které hradí pojistné stát) a je také současně zákonem o pojistném na veřejné zdravotní pojištění stanoveno, z jakého vyměřovacího základu, potažmo v jaké výši, jsou tito plátci povinni platit pojistné. Např. že pojištěnec, za kterého hradí pojistné stát, pokud má příjmy ze zaměstnání, odvádí pojistné i z tohoto příjmu, OSVČ, která je současně zaměstnancem, odvádí pojistné jako OSVČ a současně jako zaměstnanec, pojištěnec, který má více zaměstnání, platí pojistné ze všech zaměstnání atd. Smyslem těchto ustanovení je zajistit financování zdravotní péče na základě principu solidarity i těm pojištěncům, kteří do systému nepřispívají, resp. nemohou přispívat z důvodu své méně příznivé sociální situace.