

Radek Ptáček, Petr Bartůněk – editoři

---

# SPRAVEDLNOST V MEDICÍNĚ



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK





Radek Ptáček, Petr Bartůněk – editoři

---

# SPRAVEDLNOST V MEDICÍNĚ



EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA**

**Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. – editoři**

# **SPRAVEDLNOST V MEDICÍNĚ**

EDICE CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK

**Recenzent:**

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.  
Vydání knihy bylo podpořeno programem Cooperatio Health Sciences 1. LF UK.

© Grada Publishing, a.s., 2022

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2022

Cover Art Mgr. Andrea Spišaková

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 8806. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Luděk Neuzil

Sazba, zlom a obálka Ondřej Mikulecký

Počet stran 152

1. vydání, Praha 2022

Vytiskla tiskárna TNM PRINT s.r.o., Nové Město.

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-6857-6 (ePub)

ISBN 978-80-271-6856-9 (pdf)

ISBN 978-80-271-2431-2 (print)

## **Autoři**

Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M., *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., *Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Oddělení následné intenzivní péče 2. LF UK a FN Motol*

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., *emeritní profesorka Fakulty humanitních studií UK v Praze*

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., *emeritní přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU v Brně*

Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., FEAN, *emeritní přednosta Neurologické kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady*

MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA, *Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice*

Prof. MUDr. Eva Králíková, CSc., *Centrum pro závislé na tabáku 3. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN; Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze*

JUDr. Jan Mach, *advokát, vedoucí týmu právníků České lékařské komory*

Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc., *emeritní přednosta 3. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol*

Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., *emeritní přednosta Kardiocentra IKEM v Praze*

Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze; Česká lékařská komora*

RNDr. Ing. Libor Staněk, Ph.D., PCTM, *Chirurgická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady; Ústav histologie a embryologie 3. LF UK v Praze*

Doc. MDDr. MUDr. Jiří Šedý, Ph.D., MBA, 3DK, s.r.o., *Praha; Ústav anatomie 2. LF UK v Praze; Klinika zubního lékařství LF UP a FN Olomouc*

Prof. MUDr. Richard Škába, CSc., *Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol*

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., *přednosta Ústavu etiky a humanitních studií 3. LF UK v Praze*

Mgr. Jana Zapletalová Koláčková, *Justiční akademie v Kroměříži*

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., *emeritní ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně*



# Obsah

|  |     |
|--|-----|
| Předmluva rektorky UK .....  | 9   |
| Předmluva děkana 1. LF UK.....   | 10  |
| Úvodní slovo prezidenta ČLK .....  | 12  |
| Předmluva editorů.....   | 13  |
| Předmluva recenzenta.....  | 14  |
| 1. Může být medicína spravedlivá? ( <i>Helena Haškovcová</i> ).....  | 15  |
| 2. Psychologie spravedlnosti a odpuštění nejen v medicíně ( <i>Radek Ptáček</i> ).....   | 25  |
| 3. Spravedlnost Boží vs. spravedlnost lidská (nejen) ve zdravotnictví ( <i>Tibor A. Brečka</i> ) .....                               | 31  |
| 4. Spravedlnost v medicíně akutních a kritických stavů ( <i>Jarmila Drábková</i> ).....  | 37  |
| 5. Ekvita a zdraví populace ( <i>Jan Holčík</i> ).....   | 45  |
| 6. Spravedlnost v medicíně je úměrná kultivaci národa ( <i>Pavel Kalvach</i> ) .....   | 57  |
| 7. Distributivní a retributivní spravedlnost v medicíně ( <i>František Koukolík</i> ).....   | 67  |
| 8. Spravedlnost a kouření ( <i>Eva Králíková</i> ) .....   | 79  |
| 9. Vrcholová péče o chudé i bohaté bez připojištění a příplatků. Jak je to možné? ( <i>Jan Mach</i> ).....                           | 87  |
| 10. Některé možné distributivní spravedlnosti v našem zdravotnictví ( <i>Pavel Pafko</i> ).....                                      | 91  |
| 11. Existuje v medicíně spravedlnost? ( <i>Jan Pirk</i> ) .....  | 95  |
| 12. Spravedlnost v laboratorní medicíně ( <i>Libor Staněk</i> ) .....  | 99  |
| 13. Spravedlnost ve stomatologické praxi ( <i>Jiří Šedý</i> ) .....  | 107 |
| 14. Spravedlnost a disciplinární řízení v České lékařské komoře ( <i>Richard Škába</i> ).....  | 117 |
| 15. Spravedlnost pro pacienty z různých důvodů „marginalizovaných“, solidarita a odpovědnost společnosti ( <i>Marek Vácha</i> )..... | 121 |

|   |     |
|---|-----|
| 16. Spravedlnost v medicíně, spravedlnost ve zdraví<br>a nerovnosti ve zdraví ( <i>Jana Zapletalová Koláčková</i> ) ..... | 129 |
| 17. Spravedlnost v medicíně z různých náhledů ( <i>Jan Žaloudík</i> ).....  | 137 |
| Rejstřík.....   | 143 |
| Souhrn .....  | 149 |
| Summary .....   | 151 |



## Předmluva rektorky Univerzity Karlovy

Monografie *Spravedlnost v medicíně* představuje sborník příspěvků přednesených na další z již tradičních konferencí na téma etiky a komunikace v medicíně, které od roku 2011 každoročně pořádá Česká lékařská komora.

Ať už byly původní premisy obou iniciátorů a organizátorů konferencí a současně editorů monografie, prof. Radka Ptáčka a doc. Petra Bartůňka, jakékoliv, jedná se nepochybně o projekt, který z hlediska rozsáhlosti a kontinuity garantuje nejucelenější aktivitu vzdělávání lékařů v problematice etiky a komunikace u nás. Vždyť jen v letech 2011–2021 se těchto konferencí zúčastnilo přes 7 tisíc lékařů.

Přihlédneme-li navíc k současnému stavu společnosti a světa vůbec, je zřejmé, že tato forma kultivace lékařské veřejnosti je mimořádně důležitá a svým způsobem nezastupitelná. Nemohu opominout fakt, že jak nepřetržitá řada konferencí, tak kontinuální série doprovodných monografií nemají v této podobě obdoby ani v zahraničí.

Jako rektorka univerzity oceňuji také fakt, že tato edice je využívána při výuce lékařské etiky a komunikace v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání lékařů a zdravotníků. Nejkomplexnější řada monografií na dané téma se tak stává nejvýraznějším zdrojem poznatků v této oblasti. Spoluautorů z řad významných osobností české medicíny, ale i souvisejících oborů se doposud podílelo více než sto.

Právem proto již v roce 2016 převzali editoři z rukou rektora Univerzity Karlovy, prof. Tomáše Zimy, mimořádné ocenění – Cenu Bedřicha Hrozného – za tvůrčí počín, resp. za soubor knih věnovaných mimořádně závažnému tématu, jímž je etika v medicíně.

Závěrem svého úvodního slova bych profesoru Radku Ptáčkovi a docentu Petru Bartůňkovi ráda popřála šťastnou ruku ve volbě dalších témat a vyslovila přesvědčení, že i nadále potrvá mimořádný zájem akademické veřejnosti o diskutované otázky.

Prof. MUDr. Milena Králíčková, Ph.D.

## Předmluva děkana 1. LF UK

Edice, která se zabývá významnými prvky etiky zdravotnictví, je důležitým počinem, jehož dosah si plně uvědomíme možná později. Témata, která se zde postupně otvírají, jsou v mnoha ohledech zásadní. Ačkoliv jsou diskutována ve zdánlivě malém okruhu autorů a zájemců, mají velký přesah. Dotýkají se mnohdy věcí a otázek, skrz něž k nám proniká nejen charakter doby, v níž žijeme, ale lze z nich vytušit i mnohá témata let budoucích.

Z hlediska medicínského a etického jsou to témata takzvané pokročilá, vyžadující kromě příslušného vzdělání i zkušenost, a to nejen zdravotnickou, ale mnohdy i životní. Přesto bych se rád nad nimi zastavil a zamyslel i z pohledu děkana lékařské fakulty, jejímž hlavním úkolem je výchova budoucích lékařů a zdravotníků, tedy lidí na úplném počátku dospělosti a profesního života. Víím, jak je dnešní kurikulum nabitě poznatky, jak molekulární či neuronální sítě překrývají stále nutné základní znalosti anatomie či fyziologie. Není snadné se v současnosti vypořádat s obrovským množstvím dat a integrovat je do uceleného obrazu a není ani snadné vše dostat do daného kurikula.

Přesto u velkého počtu studentů pozoruji značný zájem i o tuto oblast. Výuka lékařské etiky a komunikace s pacienty musí mít místo už v pregraduální části studia, protože již v prvních momentech setkávání se s pacienty si budoucí lékaři osvojují návyky a bohužel i zlovyky, které je budou provázet v jejich profesním životě. Navíc je to něco, co může snížit jejich stres během studia i vlastní práce. Protože etické problémy musí řešit velmi často, a to i ty zdánlivě malé, každodenní, je jejich edukace v těchto oblastech stejně zásadní jako vzdělávání se v základech vlastních diagnostických a terapeutických dovedností.

Víím, že tato kniha není určena přímo jim. Ale přehlédnou-li seznam autorů této knihy i těch minulých, vidím jména předních učitelů etiky na českých lékařských fakultách. A to jsou lidé zodpovědní za přípravu našich studentů.

Samotné téma spravedlnosti je pak velmi důležité a přímo vybízí k diskusi. Už z dětských let si pamatujeme výkřiky „to není spravedlivé“. Intuitivní pocit spravedlnosti se tu samozřejmě rozrůstá do celého komplexu právního řádu s jeho reflexí doby a danými cíli. A zdravotnictví, které se mimořádně dotýká lidí, navíc v těžkých chvílích, je zároveň ekonomicky a sociálně velkým segmentem společnosti. Je tu opravdu mnoho závažných otázek, které vycházejí jak z toho, komu a za jakých podmínek péči poskytovat, zda a jak reflektovat zásluhovost či naopak, tak z faktu, že zdroje péče mohou být omezeny jak množstvím, náklady, tak třeba aktuální dostupností v době případných katastrofických situací. Vyspělá humanistická společnost musí mít etické a samozřejmě i legislativní nástroje, které řeší takové situace nebo jsou návodem k jejich řešení, a musí mít i dost kvalifikovaných odborníků, kteří tyto věci mohou diskutovat, připravovat a předkládat společnosti, aby byl i v této oblasti udržen konsenzus. Musí mít rovněž vizi budoucnosti a být připravena čelit novým situacím. Připravenost či nepřipravenost, můžete si vybrat, byla prověřena i nedávnou pandemií covidu-19.

Věřím, že tato kniha, stejně jako předchozí, nejen doplní, ale přímo pomůže vytvořit v naší společnosti, nejen té zdravotnické, moderní, současné a robustní vnímání etiky

a bude užitečným průvodcem nejen expertům, ale všem, kteří se s mnoha situacemi setkávají či kteří jsou i na úrovni regulace zdravotnictví přímo či nepřímo zodpovědní za to, aby naše zdravotnictví mělo kromě vyspělosti medicínské i tento humanistický rozměr.

Prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.

# Úvodní slovo prezidenta České lékařské komory

*Svět spravedlivý není, ale zdravotnictví spravedlivé být může*

Svět není spravedlivý, i když bychom si všichni přáli, aby spravedlivý byl. Někdo se narodí do dobře situované rodiny v bohaté zemi. Druhý tře od narození bídu s nouzí v nějaké bohem zapomenuté končině bez reálné šance, že se kvalita jeho života kdy zlepší.

Ani život není spravedlivý. Někdo je zdravý, silný a inteligentní. Druhý nemocný, slabý či nějak hendikepovaný. Někdo má štěstí, jinému se lepí smůla na paty. Jednoho obklopuje milující rodina, druhý se životem protlouká sám. A takových nerovností a nespravedlností osudu bychom mohli vyjmenovávat celý seznam.

Absolutní spravedlnost zkrátka neexistuje. Určité nerovnosti však považujeme za přirozené, jiné jsme ochotní tolerovat, zatímco některé jsou pro většinu z nás nepřijatelné. Tato hodnocení přitom podléhají historickému vývoji a v rozdílných kulturách se velmi podstatně liší. V našem euroamerickém civilizačním okruhu považujeme za podstatnou, či dokonce určující hodnotu rovnost příležitostí. Chceme žít ve společnosti, kde má každý šanci vypracovat se ze dna až na pomyslný vrchol. Avšak i v takto svobodné zemi, která dává šanci každému, to někteří lidé mají lehké, druzí těžší a pro některé je úspěch takřka nedosažitelný.

Moderní demokratická společnost se snaží zmenšovat rozdíly mezi lidmi a mírnit sociální nespravedlnost. Hlavním nástrojem je přerozdělování společenského bohatství prostřednictvím daní a jejich využívání k zajišťování dotovaných, či přímo bezplatných veřejných služeb. Díky tomu i chudí lidé mají právo na to, co by si jinak sami nikdy nemohli dovolit. Vedle veřejného školství jsou takovým typickým statkem sociální služby a zdravotní péče. Právě co se zdraví a nemoci týče, vnímá totiž většina z nás nespravedlnosti a nerovnosti obzvláště silně.

Všeobecné veřejné zdravotní pojištění, na jehož základě máme všichni ze zákona rovný přístup ke kvalitní a bezpečné zdravotní péči, považují za jeden ze základních prostředků, kterým se udržuje soudržnost naší společnosti.

Moderní medicína je tak finančně náročná, že by si léčbu některých nemocí nemohl dovolit zaplatit prakticky nikdo.

Jistě, ani superdrahé, moderní a veškeré etické principy respektující zdravotnictví ne napraví nespravedlnost, že jeden člověk je zdravý, zatímco druhý onemocní. Ať už však onemocní chudý, nebo bohatý, oba by měli dostat stejnou šanci na vyléčení. A pokud tuto rovnost šancí na uzdravení, prodloužení či zlepšení kvality života zdravotnictví garantuje, pak je spravedlivé.

Přejme si, aby naše zdravotnictví spravedlivým zůstalo.

MUDr. Milan Kubek

## Předmluva editorů

Inspirováni podnětnými diskusemi v rámci konferencí ČLK zaměřených na etiku a komunikaci v medicíně, včetně pozoruhodných ohlasů, které po nich následují, jsme se rozhodli zařadit do uvedeného cyklu málo frekventovaná, nicméně závažná témata, která však v kontextu lékařské etiky rozhodně nejsou marginální. A tak jsme po naději v medicíně a důstojnosti v medicíně nyní otevřeli téma spravedlnosti v medicíně. U vědomí, že tento pojem má značnou interpretační šíři, jsme oslovili přední reprezentanty řady lékařských oborů s prosbou, aby se pokusili ozřejmit spravedlnost optikou svých specializací.

Texty publikované v této monografii ukazují, jak je ošidné pokusit se jednoznačně definovat spravedlnost v kontextu veřejného zdravotnictví. Komplex současných definic dílčích typů, rozlišujících mj. distributivní, procedurální, retributivní či restorativní spravedlnost, přesvědčivě ilustruje obtížnost zařaditelnosti pojmu a současně vzdálenost od pojetí Aristotelova. Ten spravedlnost v medicíně chápal jako nejdůležitější z ctností, protože se vztahuje k druhému, a nazývá se proto také „dobro pro druhé“. Nikoliv nevýznamnou roli v uplatňování spravedlnosti sehrává ovšem i vliv konzumní společnosti.

Více než kdykoliv předtím doufáme, že tentokrát předkládáme lékařské veřejnosti mimořádně inspirativní podklad k diskusi.

Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.

*iniciátoři série monografií a konferencí „Etika a komunikace v medicíně“*

## Předmluva recenzenta

Snad nepřeháním, ale lékaři si otázku po spravedlnosti ve svém oboru nekladou často. Možná proto, že abstraktní pojem spravedlnosti je na hony vzdálen striktním fyzikálním zákonům, jimiž se řídí vesmír včetně naší galaxie a planety Země. Nejen střídání ročních období, kumulace energií, trvalá rovnováha plynů, koloběh vody, ale také další dění v přírodě živé i neživé jsou vysvětlitelné fyzikálními a přírodními zákony, v nichž není ani stopa spravedlnosti. Kde se tento pojem vzal a proč jej potřebujeme? Spravedlnost není inherentně daná, není geneticky zakódovaná. Je lidským konstruktem. Je regulativní ideou pro uspořádání společností, zejména pro právo. Podle Aristotela je nejdůležitější z lidských ctností.

Kdy spravedlnost na Zemi vznikla, náleží mezi spekulace. Ale je doloženo, že ve starověkém Egyptě existovala bohyně Maat a již ve Staré říši bylo samotné slovo *maat* užíváno ve významech „pravda“, „pořádek“, „spravedlnost“, „zákonnost“, „harmonie“, „stabilita“ či prostě „správné jednání“. Ve starém Řecku měla spravedlnost svoji bohyni – Diké. Spolu s matkou Themis, bohyní zákonného pořádku, stály po boku Dia, když vykonával soudcovskou moc. Snad i proto byla spravedlnost Řekům vlastní. Tato forma by dnes byla označována jako spravedlnost procedurální (procesní). Diké ovšem měla sestru Adikii, která byla naopak ztělesněním a bohyní nespravedlnosti a bezpráví. Jak to tenkrát bylo, tak to i zůstalo až do dnešních časů: na jedné straně spravedlnost, na druhé nespravedlnost a bezpráví. Podmínkou pro vznik spravedlnosti ve společnosti je její úplná svoboda. I ve starém Římě byl s termínem spravedlnost spojen bůh: jmenoval se Aequitas a byl ztělesněním spravedlnosti božské. Ta procedurální/procesní spravedlnost byla koncipována tak skvěle, že římské civilní právo se stalo základem práva mnoha zemí.

Samozřejmě se náplň výrazu spravedlnost měnila. Například ve starém Římě bylo „spravedlivé“, když římský občan zabil otroka nebo otec rozhodl o smrti dítěte narozeného s vrozenou vadou. Také život gladiátorů visel doslova na vlásku. Svě o tom věděl i Galén, jejich lékař v gladiátorské škole. Teprve později křesťanství dalo v pátém přikázání Desatera zákaz: „Nezabiješ!“ V praxi však není tento imperativ neměnný. Důkazem je existence trestu smrti v 50 státech světa a 579 odsudků k trestu smrti v 18 zemích světa ještě v roce 2021.

S problémy spravedlnosti ve zdravotnictví se potýkají zdravotnické systémy všech zemí světa. Některé z těchto problémů jsou řešitelné, jiné (např. zdravotní péče ve velkých městech vs. péče na vesnicích či odlehlých samotách, technická vybavenost fakultních nemocnic vs. vybavenost nemocnic okresních, rozdíly v době dojezdu zdravotnické záchranné služby k akutním stavům a další) snad nikdy řešitelné nebudou.

Problematika spravedlnosti ve zdravotnictví je nejen významná, ale i opravdu široká. Kniha na ni předkládá 17 pohledů, každý jiný. Čtenáři se seznámí se spravedlností procedurální, distributivní, retributivní a restorativní, dozvědí se také, jak významně se tyto formy uplatňují v našem zdravotnictví. Věřím, že tato monografie napomůže tomu, aby si lékaři častěji kladli otázku: „Bylo to spravedlivé?“ To je hlavní důvod, proč byla napsána.

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc.

# 1

## Může být medicína spravedlivá?

Helena Haškovcová

---

*Demokracie není panováním, nýbrž zabezpečením spolupráce.  
A spravedlnost je matematika humanity.*

**T. G. Masaryk**

*Doufej ve spravedlnost, ale buď připraven na bezpráví.*

**Lucius Annaeus Seneca**

Jednoznačně definovat, co je spravedlnost, není možné pro množství nejrůznějších názorů na ni. Lze však konstatovat, že „spravedlnost je ctnost, která určuje mravní jednání člověka“<sup>1</sup> a rozumí se tím jednání k druhému člověku a ostatním lidem v dané době a v dané společnosti. Podstatné je, že spravedlnost není odvozena od přírodních zákonů, ale je dohodou mezi lidmi, která se podle dobových okolností nebo aktuálních problémů může výrazně měnit.

Už staří Řekové věděli, že spravedlnost je důležitá pro zachování pospolitosti, míru a práva, a proto uctívali její bohyni Diké. Jejím zajímavým protikladem byla Léthé, bohyně věčného zapomnění, stejně jako tajemná Adikia, bohyně bezpráví a nespravedlnosti. Socha Diké držela v levé ruce váhy jako symbol poměrování viny a nevinu, v pravé meč jako symbol trestu. V této formě ji později převzali Římané pro svou bohyni Justicii, která je dodnes symbolem práva a spravedlivého soudnictví. Od 16. století jí k tradičním řeckým symbolům navíc přidali roušku k zakrytí očí. Římská bohyně je slepá proto, aby rozhodovala objektivně, tj. bez ohledu na to, jaké postavení a jaký majetek má provinilec. Českým příslovím jednoduše řečeno: *Padni, komu padni*. Z řecké mytologie uvedme ještě bohyni Themis, která zodpovídala za zákonný řád, zatímco Diké měla na starosti spravedlnost,

---

1 Spravedlnost (heslo). *Masarykův slovník naučný*. Praha: Československý kompas 1932, díl IV., s. 885.

a konečně bohyni Nemesis, symbolizující jak právo, tak spravedlnost. Ostatně Nemesis si později připomeneme v souvislosti s dílem Ivana Illicha, pišícího o limitech medicíny a zaprodaném zdraví.<sup>2</sup>

Celá staletí o spravedlnosti přemýšleli především filozofové. Nelze zabíhat do podrobností, ale je vhodné upozornit alespoň na dvě současné a nefilozofům srozumitelné monografie, kde se zájemci mohou souhrnně poučit, jaké byly filozofické interpretace fenoménu spravedlnosti v historii. Tomáš Bublík napsal knihu *Filozoficky o spravedlnosti*, ve které představil její platónské i biblické pojetí, které významně ovlivnilo evropské myšlení. Zdůraznil také důležitý názor většiny filozofů, totiž že každý spravedlivý systém je třeba vždy doplnit péčí o mravnost jednotlivců i vládnoucích elit.<sup>3</sup> Jisté je, že filozofové uvažují zejména v rovinně abstraktních pojmů a sofistických myšlenkových teorií. Proto se M. Hájek soustředil na praktickou rovinu spravedlnosti a upozornil též na aktuální problematiku mezinárodní, resp. globální spravedlnosti.<sup>4</sup> Zjevně neúplný výčet knih přehledového charakteru je třeba doplnit ještě o velmi diskutovanou a vlivnou knihu amerického právního teoretika a etika Johna Rawlse (1920–2002) s názvem *Teorie spravedlnosti*, která je alternativou k pojetí liberální společnosti.<sup>5</sup>

Zaměříme však nyní pozornost na problematiku spravedlnosti v medicíně, resp. ve zdravotnictví, která je závažná a dotýká se každého z nás, ať již jsme aktuálně v roli pacientů, nebo se v ní v budoucnu budeme nacházet.

V českém veřejném prostoru se poměrně málo pozornosti věnuje distributivní spravedlnosti v medicíně a v našem zdravotnickém systému, s výjimkou opakovaných konstatování, že se potýká s nedostatkem peněz. To je jistě pravda, nikoliv však pravda celá. Distributivní spravedlnost, neboli alokace disponibilních zdrojů, má tři základní složky: finanční, geografickou a vzdělanostní, které postupně probereme. Nejprve je však třeba představit, že každý člověk, který se ocitne v nouzi nemoci, by měl kdykoliv a kdekoliv dostat náležitou, nejlépe specializovanou péči. Stane-li se tak, pak je možné konstatovat, že mu byla poskytnuta ideální forma medicíny. Většinu pacientů se však dostane „pouze“ reálná, tedy v daném čase a místě dostupná medicína poskytovaná lékařem, který je k dispozici. To ale rozhodně není málo, protože jsou vždy respektovány postupy *lege artis* (*lex* = zákon, *ars* = umění, *lege artis* = podle zákona/pravidel umění) a závazná doporučení neboli guidelines, která jsou odvozena od *evidence based* medicíny, tedy té, která je založená na důkazech. V ČR vydává guidelines Ministerstvo zdravotnictví nebo Česká lékařská komora.

Dosáhnout ideálního stavu je složité právě vzhledem ke vždy omezeným finančním zdrojům, geografickým problémům i k různým vzdělanostním úrovním lékařů a dalších zdravotníků. Proto je logické, že jejich alokace, tedy jejich spravedlivé rozdělení, jsou závažným a obtížně řešitelným etickým, ekonomickým, medicínským, organizačním i politickým problémem. Žádný zdravotnický systém na světě není ideální, protože není dostatek buď peněz, nebo odborného personálu, nebo není geografická dostupnost. Lze předpokládat, že ideální medicína nebude nikdy a nikde v praxi dostupná pro všechny. Ambiciózním

2 Illich I. *Limity medicíny. Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012.

3 Bublík T. *Filozoficky o spravedlnosti*. Pardubice: Vydavatelství UNI, 2008.

4 Hájek M. *Prakticky o ne/spravedlnosti: pojmy, slova, diskursy*. Praha: MATEYZ, 2007.

5 Rawls J. *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing, 1995.



cílem i úspěchem je a bude, když se zdravotnické systémy k ideální medicíně co nejvíce přiblíží, a nutno dodat, že všechny o to více či méně usilují. Jen v říši snů si lze představit, že ten, nebo ti lidé, kteří by našli způsob jak dopřát všem lidem ideální medicínu, by byli ověšení vavříny a zcela jistě i Nobelovou cenou.

Dostupnost forem ideální medicíny výrazně komplikuje skutečnost exponenciálního a stále neukončeného nárůstu nových technologií a nových léků, který započal po druhé světové válce. Jistou dobu je bylo možné postupně nejen inkorporovat do zdravotnických systémů vyspělých zemí, ale také zaplatit. Všeobecné nadšení z toho, že bylo možné zachránit nebo výrazně prodloužit individuálně život těm, kteří byli do doby vědecké medicíny nevléčitelní a neléčitelní, bylo logické. Koncem 50. let minulého století už ale někteří experti upozorňovali na limity, resp. problematickou dostupnost této obdivuhodné medicíny, někdy označované za medicínu vítěznou, nebo dokonce heroickou. Patrně není náhodou, že upozornění na limity medicíny zazněly v tehdejší Německé spolkové republice právě v uvedeném desetiletí, kdy tam dosáhl vrcholného rozkvětu tzv. sociální stát, stát blahobytu, resp. *welfare state* = stát veřejných služeb. Ukázalo se totiž, že ani bohatá země nemůže zajistit formy ideální medicíny všem nemocným a že v segmentu zdravotnictví i sociálních služeb bude v blízké budoucnosti třeba reorganizace, která by zajistila jeho ekonomickou stabilitu, dostupnost péče a v neposlední řadě praktickou spravedlnost. Už tehdy se začaly diskutovat a později v některých zemích zavádět například standardy a nadstandardy péče s tím, že standardní léčbu by dostal každý pacient, nadstandardní jen s doplňkovou úhradou. A to s vědomím, že určitá skupina lidí bude vyloučena z nadstandardu prostě proto, že si jej nebudou moci dovolit. Pozdější analogické diskuse v ČR však vyzněly do ztracena. K nějaké formě jejich uplatnění v praxi u nás perspektivně zcela jistě dojde, protože další rozvoj nákladných moderních technologií, metod léčby i léků pokračuje.

Jednoduché to nikdy nebylo a není ani s formami reálné medicíny, která by měla být dostupná co největšímu počtu potřebných lidí, a to právě s respektem ke geografickým komplikacím a k vzdělanostní úrovni lékařů a dalších zdravotníků.

My žijeme v relativně bohatém státě, kde se nemocným dostává kvalitní péče a kde reálná medicína většinově dostačuje. To zdaleka není samozřejmé, protože v řadě chudých států si mohou například o některých, u nás běžných lécích nebo metodách léčby nechat jen zdát. Příkladem budiž zoufalá situace v Etiopii, která je devátou nejchudší zemí světa a nejlidnatějším státem Afriky. Vzhledem k tomu, že chybějí antibiotika k léčbě streptokokové angíny, postihuje autoimunitní revmatické srdeční onemocnění mnoho lidí, a to dokonce masivně děti ve věku 5–14 let, které zbytečně umírají. Věkový průměr tamních zemřelých je 26 let. Tuto neutěšenou situaci přirovnala Anna Chaloupka k situaci v Evropě před 100 lety. Autorka působila v Etiopii jako reprezentantka českého nadačního fondu České srdce a podílela se na echokardiografickém screeningu.<sup>6</sup> Jistě je také možné připomenout nedostupnost očních operací, když v některých afrických zemích připadá jeden oftalmolog na desítky tisíc lidí.

Protože nepatřím mezi organizátory zdravotnictví, popíši pouze problémy alokace zdrojů s ohledem na spravedlnost.

6 Chaloupka A. Echokardiologický screening v Etiopii. *Medical Tribune* XVI., 6, Sešit C.

## Alokace finančních zdrojů

Obecným principem distributivní spravedlnosti je spravedlivé rozdělování požitků a břemen, který je uplatňován v mnohých sférách našeho života. I když o distributivní spravedlnosti jistě podrobněji pojednají v dalších kapitolách ekonomové, přece jen uvedme základní zdroje financování. V našem zdravotnickém systému, podobně jako v jiných zemích, jsou k dispozici především peníze z povinného zdravotního pojištění a zčásti ze státního rozpočtu (platby za děti a mladistvé do 26 let, matky na rodičovské dovolené, důchodce). Vzhledem k potřebám systému jsou ovšem vždy omezené a je třeba pečlivě vážit, kam jich alokovat více a kam méně. Na prevenci, nebo na léčbu? Favorizovat určitou skupinu osob se stejnou nebo podobnou diagnózou? A kterou, resp. který medicínský obor? Kolik prostředků vynaložit na nové léčebné metody či nové a aktuálně vzácné léky? Kolik finančních i lidských zdrojů směřovat do výzkumu a v neposlední řadě kolik do vzdělání lékařů a ostatních zdravotníků? Podle jakých priorit se rozhodneme a které hodnoty budeme při rozhodování brát v úvahu?

Bernard Braun se spolupracovníky už před lety upozorňoval také na „mocné vlivy zájmových skupin“, ať už stavovských lékařských organizací, farmaceutického průmyslu, nebo soukromých nemocenských pojišťoven (v Německu – pozn. aut.).<sup>7</sup> Doplňme ještě vliv různých patientských organizací, které opodstatněně bojují za lepší zdravotní péči svých členů. Problémem je, že některé z nich jsou ve veřejném prostoru „víc slyšet“, a proto jsou při rozhodování o alokacích zdrojů upřednostněny, ač jiné jsou podpořeny málo nebo vůbec.

Etickým i praktickým problémem je poptávka indukovaná nabídkou, totiž zdraví pro zdravé, kteří budou „ještě zdravější“, a kterou rádi využívají lidé, kteří si ji mohou zaplatit. Nabídka nejrůznějších metod, jak medicínsky zlepšit i ty nejmenší a neobtěžující odchylky od aktuálně vyznávaného ideálu plného zdraví a krásy, se stále rozšiřuje. Jde o zbytečné a dnes už časté výkony estetické chirurgie. I laikům jsou známé a mediálně sledované proměny lidí v rovině fyzické, ale zatím méně známé, ale už i u nás dostupné v rovině psychické. I když jsou takové metody poskytovány soukromým sektorem, přece jen vážou celou řadu kvalifikovaných lékařů, kteří pak chybějí jinde v systému péče o skutečně nemocné lidi. Pro ně spravedlivá dostupnost potřebné léčby klesá. Problematice *human enhancement* (vylepšování lidí) je proto třeba věnovat patřičnou pozornost.

Byl to právě rakousko-americký filozof Ivan Illich (1925–2002), který už v roce 1974 vydal svou knihu *Limity medicíny*, která ale s podtitulem *Nemesis medicíny – zaprodané zdraví* vyšla v českém překladu až v roce 2012.<sup>8</sup> Obsah knihy zcela jistě vyžaduje pečlivé studium, ale zde stručně uvedme základní myšlenky autora. „Zatímco dřívější příčiny nemocí mizí, přicházejí nové moderní epidemie.“ Těmi I. Illich myslí zejména „zneschopňující ne-choroby, které jsou výsledkem neexistujících chorob a jsou na vzestupu“. „Nemocnice se mění v podniky narcistní vědeckosti. Vyhlášení léčebné kúry a péče za hodnotově neutrální je očividný nesmysl.“<sup>9</sup> „Lidé se mění v pacienty, aniž by byli nemocní“, říká Illich a dodává,

7 Braun B., Kühn H. Reiners M. Zuweisung von Mitteln an den Gesundheitsektor. In: Wiesing U. (ed.) *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Philipp Reclam jun. 2003, p. 83–85.

8 Illich I. *Limity medicíny. Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012.

9 Ibidem, s. 50.

že „už Hippokrates radil: Pro nemocné co nejméně, protože je to nejlepší“.<sup>10</sup> I. Illich uznává, že léčba skutečně nemocných je potřebná, ale brojí proti všeobecné medicinalizaci lidských životů, která významným způsobem přispívá k sociální iatrogenезi. Potíž je, že lidé si zvykli na to, že medicína je mocná, a předpokládají, že lékaři vyléčí nejen všechny jejich nemoci a neduhy, ale přinesou nebo alespoň garantují jejich osobní pocit štěstí. I když bohyně Nemesis může lidem přinést i štěstí, její dominantní úlohou je pečovat o spravedlnost a trestat zločiny, které kontextově lze označit za pýchu. O štěstí, resp. o osobní spokojenost se však každý musí zasloužit sám a nesmí spoléhat na zázračné léky (ani je požadovat), které vše vyřeší. „Zdraví je možné vnímat jako akciový kapitál přinášející zisk zvaný zdravý čas.“<sup>11</sup> K jeho udržení je potřeba osobní angažmá, které spočívá, jak ostatně všichni dnes už dobře víme, ve zdravém životním způsobu. Ivan Illich si dobře všiml, že stárí je, a nutno dodat že mnohými lidmi dodnes, považováno za nemoc, kterou je třeba léčit. Taková léčba však podle něj vede „k vývoji neomezených ekonomických požadavků nutných k zaplacení nekonečných terapií, které jsou obvykle neúčinné a často nesmyslné a ve svém výsledku častěji vedou k vyloučení (rozumí se dotčných seniorů) ze společnosti ve speciálním zařízení“<sup>12</sup> a dodává, že „čím více práva na medicínskou péči staří lidé získávají, tím více klesají možnosti prožít nezávislé stárí“.<sup>13</sup> Vzhledem k zvyšujícímu se podílu seniorů v populaci a nepřiznivému populačnímu vývoji v budoucnosti je nutno problematice léčby a péče o ně věnovat náležitou a koncepční pozornost a propagovat tzv. kompresi nemocnosti.

S názory I. Illicha lze souhlasit, polemizovat, nebo dokonce nesouhlasit. V průběhu času se však ukazuje, že souhlas i s jeho původně kontroverzními názory značně stoupá a mnoho zahraničních i našich autorů na Illichovy myšlenky navazuje nebo je i rozvíjí. Připomeňme si především dílo Daniela Callahana, u nás pak třeba názory psychiatra Radkina Honzáka, který napsal text s názvem *Zastavme výrobu nových chorob*<sup>14</sup>, nebo koncepční úvahy internisty a geriatra Zdeňka Kalvacha o stárnoucích lidech a křehkém stárí, kteří v mnoha případech potřebují méně léčby, ale více podpory k tomu, aby stabilizovali, nebo dokonce zvýšili úroveň praktické soběstačnosti.<sup>15</sup>

Obecná shoda odborníků se týká všeobecně vysoké a stále stoupající spotřeby léků. Pak neudivuje neblahý důsledek avizovaný I. Illichem – totiž že „ve všech zemích lékaři stále více pracují se dvěma skupinami závislých: s těmi, kterým předepisují léky, a s těmi, kteří trpí jejich následky“.<sup>16</sup>

Podrobněji je nutné uvést dílo Daniela Callahana (1930–2019). Tento významný americký bioetik a velký přítel České republiky spoluzakládal Ústav pro bioetiku, dnes všeobecně známý pod názvem *Hastings center* (na okraji New Yorku), ve kterém po roce

10 Illich I. *Limity medicíny. Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012.

11 Ibidem, s. 147.

12 Ibidem, s. 65.

13 Ibidem, s. 163.

14 Honzák R. *Zastavme výrobu nových chorob!* In: Ptáček R., Bartůněk P., et al. In: *Etické problémy na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 411–416.

15 Kalvach Z. *Medicínská podpora seniorů*. In: Ptáčková H., Ptáček R., et al. *Psychosociální adaptace ve stárí a nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2021, s. 30–47.

16 Illich I. *Limity medicíny. Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012, s. 62.

1990 umožnil stáze celé řadě českých lékařů, za což mu byl udělen i čestný doktorát Univerzity Karlovy v Praze. V mnohých ohledech navázal na práci I. Illicha, se kterým se ostatně osobně znal. D. Callahan je autorem 47 knižních titulů a není možné zde pojednat jejich obsahy. Připomeňme si alespoň témata, kterými se dlouhodobě zabýval.

Stejně jako I. Illich i D. Callahan uvažoval o limitech a falešných nadějích v medicíně<sup>17</sup>, o problematice starých lidí<sup>18</sup> a o spravedlnosti v protikladu k volbě.<sup>19</sup> S M. Hanso- nem editoval také novější publikaci o reformě zdravotnictví.<sup>20</sup> Ve favorizovaných tématech zdůrazňoval potřebu „ukázněné medicíny“, na kterou pohlížel jako na morální počínání, které je odvozeno od hodnotových orientací. Ty se však v dnešní společnosti i v medicíně nekonečného pokroku, a tím i nekonečně se zvyšujících nákladů, aktuálně proměňují. Současný trend vedoucí k systému trvale udržitelné medicíny, a tedy k respektu limitů medicíny s ohledem na disponibilní zdroje, je jedinou možnou budoucí realitou. Jinými slovy řečeno: s faktem vždy omezených finančních i lidských zdrojů si jinou než tzv. udržitelnou medicínu nemůžeme dovolit.<sup>21</sup>

## Alokace zdrojů v terénu

Geografická dostupnost zdravotní péče je závažný, především organizační problém. I v ČR mají lidé v některých regionech problém, jak získat registraci u praktických lékařů a stomatologů, o specialistech ani nemluvě. V případě akutního zhoršení zdravotního stavu jim činí obtíže také vzdálenost od nemocnic. Připomeňme též nedostatek dětských lékařů, za kterými je nutné jezdit až 100 km od domova. V denním tisku bylo publikováno, že jsou na tom nyní nejhůře Karlovy Vary, Znojmo, Hodonín a Olomouc.<sup>22</sup> Spoléhat jen na služby rychlé záchranné pomoci je problematické právě vzhledem k dojezdovým časům i k nejbližší nemocnici. Mnozí kritici velkého počtu našich malých nemocnic uvádějí, že byly historicky zřizovány tak, aby k nim dojel bez problémů „kočár tažený koňmi“, a proto dlouhodobě volají po jejich výrazné redukci. Možná zmírní svůj kritický tón, protože právě ony v době pandemické krize způsobené covidem-19 velmi pomohly zvládnout celostátní nápor nakažených pacientů. Jisté ale je, že se obsahová náplň malých nemocnic musí změnit, a to i s ohledem na rozvoj dobře fungujícího centrového systému léčby. Nápadů, jak to dělat, existuje celá řada, jednota organizátorů však zatím chybí. Jisté je pouze to, že žádný občan,

17 Callahan D. Falsche Hoffnungen. In: Wiesing U. (ed.) *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Philipp Reclam jn. 2000. s. 85–87.

18 Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Ageing Society*. Washington: Georgetown University Press, 1995.

19 Callahan D. *Justice versus Choice*. John Hopkins University Press, 2006.

20 *The Goals of Medicine then Forgotten Issue in Health Care Reform*. Whashington: Georgetown University Press, 1999.

21 Haškovcová H. Medicína 21 – tavící kotel a nejasná budoucnost zdravotnických systémů. In: Ptáček R., Bartůněk P., et al. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 25–34.

22 Lánský T. [www.idnes.cz](http://www.idnes.cz). 20. 1. 2022.