

## Slušné minimum zdravotní péče jako lidské právo

### Decent Minimum of Health Care as a Human Right

*RNDr. Michal Randa, Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy*

**Abstract:** The concept of decent minimum of health care is broadly discussed in foreign countries. In the Czech Republic, nevertheless, the concept of decent minimum of health care is practically unknown. Although there is general agreement that health, in its definition of complete physical, mental and social well-being, is fundamental to a dignified human life, the extent of health care that meets the criterion of a decent minimum of health care necessary to ensure a dignified human life is the subject of professional debate. This article critically evaluates the arguments for the implementation of the concept of a decent minimum of health care into current legislation of the Czech Republic.

**Keywords:** decent minimum health care – human rights – fair equality of opportunity – normal range of opportunities – necessities of life

**Abstrakt:** Slušné minimum zdravotní péče je v zahraničních státech široce diskutované téma. V prostředí České republiky je však pojem slušného minima zdravotní péče prakticky neznámý. Ačkoliv panuje obecná shoda v tom, že zdraví je ve své definici úplné tělesné, duševní a sociální pohody fundamentální pro důstojný lidský život, rozsah zdravotní péče, který by splňoval kritérium slušného minima zdravotní péče nutného pro zajištění důstojného lidského života, je předmětem odborné debaty. Předkládaný článek kriticky hodnotí argumenty pro implementaci pojmu slušného minima zdravotní péče do platné legislativy České republiky.

**Klíčová slova:** slušné minimum zdravotní péče – lidská práva – spravedlivá rovnost příležitostí – normální rozsah příležitostí – životní potřeby

## ÚVOD

Problematika týkající se slušného minima zdravotní péče je v zahraničí předmětem zájmu množství odborné literatury vztahující se ke zdravotní péči. Obhájcí slušného minima zdravotní péče vychází z myšlenky spravedlivé rovnosti příležitostí, kritici pojmu slušného minima zdravotní péče naopak akcentují následující dvě otázky: Existuje právo na slušné minimum zdravotní péče? Jestliže ano, co by mělo slušné minimum zdravotní péče zahrnovat?<sup>1</sup> Další námitka týkající se slušného minima zdravotní péče se týká nadměrných nákladů, které z pohledu libertariánů s poskytováním zdravotní péče, respektive slušného minima zdravotní péče, souvisí a které musí být brány v kontextu slušného minima zdravotní péče v úvahu.

### 1. ZDRAVOTNÍ SYSTÉM ČESKÉ REPUBLIKY

Před tím, než budou předloženy argumenty pro kodifikaci slušného minima zdravotní péče jako lidského práva, je vhodné v krátkosti nastínit princip fungování zdravotního systému České republiky a legislativní rámec, v němž zdravotní systém funguje. Jak uvádí James, Devaux a Sassi,<sup>2</sup> zdraví pozitivně přispívá k životní spokojenosti a hospodářskému růstu. Efektivní systém zdravotní péče zajišťující kvalitní péči a rovný přístup zároveň přispívá k vyšší životní spokojenosti obyvatel. Z typologického hlediska je systém zdravotní péče České republiky obdobný jako systémy v Lucembursku, Rakousku, Řecku, Japonsku či Jižní Koreji. Systém zdravotní péče České republiky je postaven na principu veřejného základního pojistného krytí a do určité míry využívajícího tržní mechanismy na úrovni poskytovatelů zdravotní péče.<sup>3</sup> Široká nabídka poskytovatelů zdravotní péče zajišťuje uživatelům široký výběr mezi poskytovateli, neexistuje žádný *gate-keeping*.<sup>4</sup> Hlavní prvky zdravotního systému České republiky spočívají v zásadě svobodného výběru poskytovatele zdravotních služeb. Po roce 1989 byla privatizována většina poskytovatelů primární péče, specializované ambulantní péče mimo nemocnice, farmaceutického průmyslu, lékáren a lázeňských zařízení. Lékařská péče má charakter veřejné služby a je poskytována různými typy poskytovatelů, kteří jsou financováni zdravotními pojišťovnami.

Samotný systém zdravotního pojištění je založen na principu solidarity, což znamená, že čerpaná lékařská péče ani zdravotní stav pacienta nesouvisí s vyšší příspěvkem do zdravotního systému. Finanční krytí zdravotního systému je tvořeno povinnými příspěvky všech ekonomicky aktivních obyvatel (zaměstnanci a OSVČ), které jsou založeny na mzdě (platu) či příjmu. Ekonomicky neaktivní obyvatelé (děti, studenti, osoby na rodičovské dovolené, senioři, nezaměstnaní, vězni a žadatelé o azyl) jsou pojištěni prostřednictvím státních příspěvků. Povinné příspěvky zdravotní péče odváděné z příjmů činí cca 75 % příjmů zdravotních pojištěnců a 54 % celkových příjmů zdravotního systému. Zbývající podíl

<sup>1</sup> BUCHANAN, Allan E. The Right to a Decent Minimum of Health Care. *Philosophy and Public Affairs* [online]. 1984, Vol. 13, No. 1, s. 55–78 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <<http://links.jstor.org/sici?sici=0048-3915%28198424%2913%3A1%3C55%3ATRTADM%3E2.0.CO%3B2-0>>.

<sup>2</sup> JAMES, C. – DEVAUX, M. – SASSI, F. *Inclusive growth and health*. Paris: OECD Publishing, 2017. OECD Health Working Papers, No. 103. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en>>.

<sup>3</sup> *Hospodářské přehledy OECD Česká republika: Strukturální kapitola – Zlepšení systému zdravotní péče v České republice*. 2018.

<sup>4</sup> *Gate-keeping* – funkce ve zdravotním systému, bez jehož doporučení se s výjimkou vyjmenovaných případů nemůže pacient obrátit přímo na specialistu či nemocnici.

pochází ze státního rozpočtu jako příspěvek za ekonomicky neaktivní obyvatele a z finanční spoluúčasti pacientů. Z hlediska rozsahu poskytování zdravotní péče je českou právní úpravou stanoveno, že pojištěnci mají nárok na veškeré zdravotní ošetření poskytované s cílem zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pacientů. V praxi je objem péče stanoven právními předpisy, seznamy, každoročním procesem vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli s cílem definovat konkrétní podmínky úhrady a seznam zdravotních výkonů.<sup>5</sup> Dle článku 31 *Listiny základních lidských práv a svobod* má každý právo na ochranu zdraví.<sup>6</sup> Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínky, které stanoví zákon. Zákon, který upravuje rozsah zdravotní péče – zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů – v části páté, § 13, odst. 1) říká, že: „[z]e zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“<sup>7</sup> Znění § 13 odst. 1) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, je v souladu s utilitaristickým přístupem k systému poskytování zdravotní péče obecně. To znamená, že je kladen důraz na maximalizaci užítka a minimalizaci utrpení pacientů. V kontextu slušného minima zdravotní péče je znění § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, nevyhovující, protože neakcentuje principy *spravedlivé rovnosti příležitostí* a *normálního rozsahu příležitostí*, které budou podrobněji popsány v dalších kapitolách.

## 2. PRÁVNÍ RÁMEC POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Aby bylo možné tvrdit, že na *slušné minimum zdravotní péče* existuje právní nárok, bude nutné uvést rozdílné právní pohledy na poskytování zdravotní péče a odpovědět na otázku, zda existuje lidské právo na zdravotní péči obecně. Pokud bude možné odpovědět na otázku kladně, budeme o krok blíže k přijetí myšlenky, že i slušné minimum zdravotní péče má být předmětem lidského práva. V kontextu poskytování zdravotní péče lze rozlišit dva základní přístupy: liberálně egalitářský přístup, který zdravotní péči vnímá z hlediska sociální odpovědnosti jako základní životně důležitou potřebu pro všechny bez ohledu na jejich socioekonomický status, a libertariánský přístup, který z hlediska zdravotní péče klade důraz na odpovědnost jednotlivce.<sup>8</sup>

Dle prvního přístupu je zdravotní péče právem a všechna řešení související se zdravotní péčí musí začít základním plněním tohoto práva. Dle druhého přístupu není společnost povinna poskytnout základní zdravotní péči všem, což vychází z libertariánského předpokladu, že pouze taková práva, která zakazují jednání proti další osobě, jsou legitimní práva. Zastánci libertariánského přístupu se obecně domnívají, že jakýkoliv právní nárok, který vyžaduje něco jiného než nečinnost poskytovatele služeb,

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

<sup>7</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

<sup>8</sup> THURLEY, Peter. *Health Care as a Human Right: A Rawlsian Approach*. Waterloo (Ontario, Canada): University of Waterloo, 2008.

není opravdovým právem. Z právního hlediska se v prvním případě jedná o tzv. *pozitivní právo* založené na principu, že pokud *A* má právo vůči *B* činit *x*, má *B* povinnost vůči *A* asistovat při této činnosti.<sup>9</sup> V druhém případě se jedná o tzv. *negativní právo*, které spočívá v tom, že pokud *A* má právo vůči *B* činit *x*, *B* má povinnost zdržet se bránění *A* činit *x*. Hlavní problém mají zastánci libertariánského přístupu s tím, že každé pozitivní právo zahrnuje určitou míru porušení svobody jednotlivce. Tento předpoklad vychází z následující premisy: aby *B* splnil svoji povinnost vůči *A* s pomocí *x*, je vyžadováno, aby *B* získal *y* od *C*, což znamená, že *B* bude mít zdroj potřebný pro asistenci *A* s *x*. Narveson dále uvádí, že důkazní břemeno spočívá na zastáncích pozitivního práva v tom smyslu, že pro obhajobu pozitivního práva musí specifikovat, co a v jakém množství musí *A* poskytnout *B*.<sup>10</sup>

Z filosofického hlediska je svoboda jednotlivce pro libertariány nedotknutelná, a proto jakékoliv pozitivní právo, v tomto konkrétním případě právo na slušné minimum zdravotní péče, by bylo v rozporu s jejich pojetím individuální svobody jako nedotknutelného práva. Dle libertariánského pohledu je právo na zdravotní péči vnímáno jako negativní právo, tedy že je nepřipustné, aby bylo komukoliv bráněno, aby mu byla poskytnuta zdravotní péče. Tento libertariánský právní pohled je však např. dle Shuea<sup>11</sup> příliš zjednodušující, protože nebere v úvahu morální závazky, které s negativním právem souvisí. Shue vnímá pozitivní právo jako právo, které vyžaduje činnost, zatímco u negativního práva je princip založen na zdržení se činnosti. Libertariáni se domnívají, že vymahatelnost negativního práva je levnější než v případě pozitivního práva, protože nevyžaduje činnost. Tento předpoklad je však dle Shuea chybný, protože opomíjí fakt, že vymahatelnost a zaručení negativního práva zahrnuje pozitivní činnost – zajištění infrastruktury nutné k vymahatelnosti negativních práv.<sup>12</sup> Z pohledu zastánců pozitivního práva je nutné uvést argumenty, které vedou k názoru, že je zdravotní péče pozitivním právem. Já k tomuto doplním, že je potřeba jít ještě dále a dokázat, že zdraví a s ní spojená zdravotní péče je pro fungování lidského těla natolik fundamentální, že slušné minimum zdravotní péče, které je předpokladem zajištění normálního druhově typického fungování, je nejen pozitivním právem, ale i lidským právem.

### 3. LIDSKÁ PRÁVA

Pojem lidských práv je název přijatý ve 20. století pro to, co bylo tradičně známo jako přirozená práva, nebo ve větším slova smyslu, práva člověka. Lidská práva jsou dle Edmundsona<sup>13</sup> zvláštní úzkou kategorií práv, která uznávají mimořádné zvláštní základní zájmy, což lidská práva odlišuje od práv, dokonce i od práv morálních. Clapham<sup>14</sup> zmiňuje, že existuje určitá obtíž, jak sladit individuální zájmy s veřejným blahem, a pokládá zajímavé otázky: Je příběh lidských práv sporem mezi těmi, kdo věří a těmi, kteří pochybují? Vnímají různí lidé v závislosti na své situaci práva jako užitečná pro svoje úsilí nebo jako buržoazní překážky revoluční změny? Jsou nadšenci práv a jejich kritici v neustálém antagonismu? V kontextu lidských práv musí být zmíněno především jméno Johna Locka, filosofa, který

<sup>9</sup> NARVESON, Jan. *Libertarian Idea*. Philadelphia: Temple University Press, 1988.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> SHUE, Henry. *Basic Rights*. Princeton: Princeton University Press, 1980.

<sup>12</sup> Ibidem.

<sup>13</sup> EDMUNDSON, William A. *An Introduction to Rights*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

<sup>14</sup> CLAPHAM, Andrew. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2007.

se ve svých dílech věnoval právům na život, svobodu a majetek. Lockova úvaha týkající se lidských práv a Listina práv přijatá anglickým parlamentem v roce 1689 měly významný vliv na přijetí a znění Základní listiny práv přijaté ve Virginii v roce 1776. První věta Základní listiny práv zněla: „Všichni lidé jsou ze své podstaty stejně svobodní a nezávislí a mají určitá vlastní práva, kterých nemohou být oni, nebo příští generace zbaveni: jmenovitě potěšení ze života a svobody, prostředků získávání a vlastnění majetku a hledání a získávání štěstí.“<sup>15</sup> Ústava Spojených států amerických z roku 1789 se současnými změnami definovala tato práva podrobněji a stanovila svobodu projevu a tisku. Ústava mimo jiné zaručovala obviněnému právo na „rychlé a veřejné soudní řízení s nestrannou státní protou“.

Ačkoliv výše uvedené dokumenty patří mezi klasická prohlášení práv člověka, kořeny lidských práv sahají mnohem hlouběji do historie. Již občané některých starověkých řeckých městských států požívali taková práva jako např. *isogoria* – rovnost svobody slova a projevu – nebo *isonomia* – rovnost před zákonem a vlastnictví stejných práv.<sup>16</sup> V helenistickém období, které následovalo po rozpadu řeckých městských států, formulovali stoicí filosofové doktrínu přirozených práv, která vždy patřila všem lidem. Tato práva nebyla zvláštní výsadou občanů jednotlivých států, ale něčím, na co měla nárok každá lidská bytost na základě prosté lidskosti a racionality této osoby.

Pokud mluvíme o lidských právech, je nezbytné nastínit významný rozdíl mezi právem v pozitivním slova smyslu a morálním právem. Předně, pozitivní práva jsou nutně vymahatelná. Morální práva naopak nemusí být vymahatelná. Když například někdo řekne, že si zaslouží slušný plat, neznámá to, že takový plat dostane. Immanuel Kant kdysi řekl, že jsme si velmi vědomi morální povinnosti, když je v rozporu s tím, co si přejeme nebo k čemu cítíme náklonnost. Stejně tak jsme si nejnaléhavěji vědomi morálního práva, pokud není přiznáno. Kant se snažil odvodit logiku lidských práv na základě absolutních morálních principů, které je možné vyvodit z následujících imperativů: za prvé, každý z nás musí jednat podle zásad, na kterých si přejeme, aby jednaly další racionální bytosti; a za druhé, že s osobou by se nikdy nemělo zacházet jako s prostředkem k cíli, ale spíše s cílem jako takovým. Kromě vymahatelnosti existuje ještě jedna vlastnost, která odlišuje pozitivní právo od morálního práva. V případě pozitivních práv můžeme čtením zákonů zjistit, jaká pozitivní práva máme, respektive jaká pozitivní práva jsou uzákoněna. V případě morálních práv tato možnost neexistuje. Můžeme si myslet, že máme na něco morální právo, a někdo jiný si může naopak myslet, že nemáme. Nemůžeme ale udělat nic pro to, abychom dokázali, že máme na něco morální nárok, stejně tak náš oponent nemůže udělat nic pro to, aby dokázal, že toto morální právo nemáme. Jediné, co můžeme udělat, je pokusit se zdůvodnit náš morální nárok a náš kritik se může pokusit ospravedlnit svoji kritiku. Nicméně ospravedlnění se velmi liší od důkazu.

Nabízí se tedy následující otázka: jsou lidská práva pozitivním právem, tedy něčím, co lidé mají, nebo morálním právem, tedy něčím, co by lidé měli mít? V kontextu zdravotní péče se např. Menzel<sup>17</sup> domnívá, že ve Spojených státech existuje morální právo na univerzální přístup k základní zdravotní

<sup>15</sup> CRANSTON, Maurice. *What Are Human Rights?* New York: Taplinger Publishing, 1973.

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> MENZEL, Paul T. The Cultural Moral Right to a Basic Minimum of Accessible Health Care. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2011, Vol. 21, No. 1, s. 79–119. DOI: 10.1353/ken.2011.0003.

péči. Toto právo je však dle Menzela morálním, nikoliv zákonným právem. Tvrzením, že lidská práva jsou morálními právy, nepopíráme, že jsou pro mnoho lidí i pozitivními právy. V případech, kdy jsou lidská práva podporována pozitivním zákonem – v případech, kdy lidé mají, co by měli mít – jsou lidská práva zároveň morálními i pozitivními právy.<sup>18</sup> Při klasifikaci lidských práv jako morálních práv je důležité si všimnout, co je odlišuje od jiných morálních práv, a to toho, že jsou univerzální. Mnoho morálních práv náleží konkrétním osobám na základě jejich zvláštní pozice: práva vlastníka půdy, duchovního či soudce. Lidská práva naopak náleží všem lidem ze samotné podstaty lidského bytí. Tato premisa je, domnívám se, stěžejní k ospravedlnění myšlenky slušného minima zdravotní péče jako univerzálního lidského práva, neboť věřím, že podstata lidského bytí a zdraví spolu úzce souvisí a i když není v silách společnosti zajistit zdraví všem v intencích kompletní fyzické, psychické a sociální pohody,<sup>19</sup> je v silách společnosti usilovat o dosažení důstojného lidského bytí všech skrze adekvátní zdravotní péči, která je předpokladem pro normální druhově specifické fungování a z toho vyplývající slušný (důstojný) život.

#### 4. ZDRAVÍ JAKO ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÁ LIDSKÁ POTŘEBA

Již Sokrates řekl, že život nestojí za to žít, pokud je tělo zničeno nemocí.<sup>20</sup> Thurley<sup>21</sup> uvádí zajímavou myšlenku, že existuje rozdíl mezi tím, když *máme zájem o něco* a když je *něco naším osobním zájmem*. V prvním případě můžeme například negativně emocionálně prožívat prohru našeho oblíbeného týmu. Prohra může způsobit, že budeme smutní, třeba uroníme několik slz. Vzhledem k fungování lidské bytosti to ale pravděpodobně nebude mít dalekosáhlé důsledky. Pokud je však něco v našem osobním zájmu, neovlivňuje to jen naše senzory radosti nebo smutku, ale přímo způsob, jakým žijeme náš život. Pokud nejsme schopni zajistit, co je v našem osobním zájmu, velmi výrazně to postihne způsob, jakým žijeme náš život.

Nickel<sup>22</sup> uvádí, že fundamentální zájmy jsou takové zájmy, bez nichž by byla vážně narušena schopnost existovat jako lidská bytost. V tomto smyslu souhlasí i Thurley,<sup>23</sup> který tvrdí, že zdravotní péče je právě takovým fundamentálním zájmem, bez kterého je narušena schopnost existovat jako lidská bytost. Wiggins<sup>24</sup> v kontextu lidských potřeb zmiňuje 3 kritéria, která musí být splněna, aby bylo možné předmět potřeby považovat za životně důležitou potřebu. První kritérium tvrdí, že jako předmět životně důležité potřeby lze vnímat takovou potřebu, jejíž ztráta způsobí újmu z hlediska fungování jako lidské bytosti. Druhé kritérium uvádí, že za danou potřebu neexistuje přijatelná náhrada, a třetí kritérium tvrdí, že daná potřeba je nedílnou součástí minimální kvality života. Lze se oprávněně domnívat, že zdraví splňuje všechny tři uvedené aspekty. První kritérium je naplněno tím, že pokud

<sup>18</sup> CRANSTON, Maurice. *What Are Human Rights?* New York: Taplinger Publishing, 1973.

<sup>19</sup> Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví následujícím způsobem: „Zdraví je stav úplného tělesného, psychického a sociálního blaha, a ne pouze absence nemoci nebo slabosti.“

<sup>20</sup> Sokrates zároveň dodává, že život nestojí za to žít i v případě, pokud je naše duše zničená nemorálním jednáním.

<sup>21</sup> THURLEY, Peter. *Health Care as a Human Right: A Rawlsian Approach*.

<sup>22</sup> NICKEL, James. *Making Sense of Human Rights*. Berkeley: University of California Press, 1987.

<sup>23</sup> THURLEY, Peter. *Health Care as a Human Right: A Rawlsian Approach*.

<sup>24</sup> WIGGINS, David. *Needs, Values, Truth: Essays in the Philosophy of Value*. 2nd edition. Oxford: Blackwell, 1991.

jsou poškozeny normální biologické funkce lidského těla, je následkem neschopnost fungovat běžným způsobem jako lidská bytost. Druhé kritérium je naplněno prokazatelným faktem, že z pohledu normálního fungování neexistuje náhrada za zdravě fungující lidské tělo. Podstata třetího kritéria je naplněna tím, že v případě poškození biologických funkcí není možné žít život s alespoň minimální hodnotou.

## 5. ZDRAVOTNÍ PÉČE JAKO LIDSKÉ PRÁVO

Dle Abel-Smithe<sup>25</sup> lze přístup ke zdravotní péči považovat za právo jednotlivců a komunit, které by mělo být implementováno na základě společné odpovědnosti občanů a společnosti. Každý stát by měl podporovat a zajistit přístup všech občanů ke zdravotní péči v mezích lidských, technických a finančních zdrojů. Vzhledem k tomu, že zdravotní péče konkuruje dalším sociálním statkům, je důležité, aby zdroje byly vynaloženy efektivním způsobem. Všeobecné právo na zdravotní péči by mělo vycházet z následujících principů: 1) Rovná příležitost, 2) Solidarita, 3) Praxe založená na důkazech.<sup>26</sup> Dle Danielse většina vyspělých společností uznává existenci základního práva na přístup k zdravotní péči a považuje ji za pozitivní sociální právo.<sup>27</sup> Daniels rovněž tvrdí, že biologický pohled na lékařskou péči, což znamená obnovu normálního druhově specifického fungování, je dobrým základem, na kterém spočívá právo na zdravotní péči, protože normálně fungující tělo je životně důležitá zdravotní potřeba z hlediska požadavku pro *tolerovatelný* život.<sup>28</sup> Tato Danielsova teze je v souladu s kritérii Wiggins,<sup>29</sup> která uvádí, že životně důležitá potřeba je taková potřeba, která je předpokladem pro schopnost usilovat o naplnění normálních životních příležitostí. Daniels zdůrazňuje, že zdraví je potřeba, respektive že zdravotní péče je potřeba. Dle Danielsova názoru je lékařská péče užší třídou potřeb, než jsou potřeby týkající se zdraví obecně. Je zřejmé, že potřeby týkající se zdraví a potřeby týkající se zdravotní péče spolu úzce souvisí, přestože se mohou někdy lišit v jejich rozsahu.

Spojitosť mezi potřebou zdraví a potřebou zdravotní péče představuje problém v momentě, kdy se snažíme o odůvodnění, proč je zdravotní péče lidským právem. Například Rhodes<sup>30</sup> odmítá myšlenku zdravotní péče jako lidského práva na základě vysokých finančních nákladů nutných k zajištění zdravotní péče jako lidského práva. Rhodes dále argumentuje, že v případě, že by byla zdravotní péče kodifikována jako lidské právo, došlo by velice rychle k vyčerpání finančních zdrojů zdravotnických zařízení a v tomto kontextu se Rhodes ptá, kdo by v případě vyčerpání finančních zdrojů měl poté být příjemcem zdravotní péče a na jakých principech distributivní spravedlnosti by byla zdravotní péče

<sup>25</sup> ABEL-SMITH Brian. *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. London: Prentice Hall, 1994.

<sup>26</sup> NUNES, Rui – NUNES, Sofia B. – REGO, Guilhermina. Health Care as a Universal Right. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of Public Health*. 2017, Vol. 25, 1, s. 1–9. DOI: 10.1007/s10389-016-0762-3.

<sup>27</sup> DANIELS, Norman. Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass? In: KUHSE, H. – SINGER, P. (eds). *A Companion to Bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1998.

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> WIGGINS, David. *Needs, Values, Truth: Essays in the Philosophy of Value*.

<sup>30</sup> RHODES, Robert P. *Health Care Politics, Policy and Distributive Justice: The Ironic Triumph*. State University of New York Press, 1992.

poskytována?<sup>31</sup> V tomto duchu se vyjadřuje i Menzel,<sup>32</sup> který se domnívá, že zdroje potřebné k zajištění zdravotní péče budou odňaty jiným důležitým sociálním službám, které dle Menzela mohou být pro zdravotní stav ještě zásadnější než zdravotní péče (vzdělání, základní hygienické služby, základní výživa, přístřeší apod).

Argument libertariánů týkající se vysokých nákladů je všeobecně hlavním argumentem nejen proti zajištění zdravotní péče, ale i proti zajištění dalších sociálních služeb, jako je např. nárok na vzdělání, bydlení či minimální příjem. Jak již bylo uvedeno v kapitole týkající se právního rámce poskytování zdravotní péče, libertariáni vnímají jakékoliv pozitivní právo jako částečné porušení práva jednotlivce. Z jejich pohledu je vymahatelnost negativního práva snazší a méně nákladná než vymahatelnost pozitivního práva. Proto libertariáni hájí stanovisko, že by zdravotní péče měla být negativním právem, tzn., že nikdo nemá právo upírat komukoliv poskytnutí zdravotní péče. V kapitole týkající se právního rámce poskytování zdravotní péče jsem uvedl argument Narvesona, který argumentuje, že zastánci pozitivního práva musí specifikovat, co je entita A povinná poskytnout entitě B. Já se proto domnívám, že zastánci libertariánského přístupu musí analogicky specifikovat náklady spojené se zdravotní péčí jako pozitivního práva. Dle mého názoru libertariáni nedokáží tyto náklady kvantifikovat, protože se v případě hypotetických nákladů pohybujeme na relativní bázi. V tomto kontextu Thurley<sup>33</sup> tvrdí, že neznámé jsou nejen celkové náklady na poskytování zdravotní péče, ale i morální a sociální náklady související s neposkytováním zdravotní péče a vnímáním zdravotní péče jako lidského práva, a že tyto morální a sociální náklady dalece převýší náklady spojené s poskytováním zdravotní péče.

## 6. SPRAVEDLNOST JAKO SLUŠNOST

Potřeba zdravotní péče je ze své podstaty sociální statek, který může být ovlivněn sociálními interakcemi, zatímco potřeba zdraví je brána jako přírodní statek, který je zčásti závislý na přírodní loterii. Jelikož je zdravotní péče vnímána jako sociální statek, řídí se principy teorie spravedlnosti Johna Rawlse. Koncept spravedlnosti dle Rawlse byl snahou přenést na vyšší úroveň známou teorii společenské smlouvy, tak jak jí nastínili Locke, Rousseau či Kant. Pojetí spravedlnosti jako slušnosti dle Rawlse odpovídá původnímu stavu rovnosti, tedy stavu přírody v tradiční teorii společenské smlouvy. Tento původní stav je nutné chápat jako čistě hypotetickou situaci charakterizovanou tak, aby to vedlo k určité koncepci spravedlnosti. Tento původní stav nás tak umísťuje za *závoj nevědomosti*, ve kterém nikdo nezná své místo ve společnosti, své třídní postavení, sociální status, vloh, sílu ani inteligenci.<sup>34</sup> Protože jsou všichni obdobně situovaní a nikdo není schopen vymyslet principy, které by upřednostnily jeho specifickou situaci, jsou principy spravedlnosti výsledkem slušné dohody nebo jednání. Rawls se domnívá, že tento původní stav symetričnosti vzájemných stavů každého jedince je přiměřeným počátečním *statem quo* pro mravní subjekty – rozumné bytosti prosazující své vlastní cíle, což

---

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> MENZEL, Paul T. *Strong Medicine: The Ethical Rationing of Health Care*. New York: Oxford University Press, 1990.

<sup>33</sup> THURLEY, Peter. *Health Care as a Human Right: A Rawlsian Approach*.

<sup>34</sup> RAWLS, John. *A Theory of Justice*. Cambridge (Mass.): Belknap Press of Harvard University Press, 1971.



implikuje, že základní dohody, ke kterým se v této situaci dospělo, jsou slušné.<sup>35</sup> Rawls se domnívá, že počáteční stav společnosti je spjat s dvěma principy spravedlnosti. První princip spravedlnosti postuluje rovnost základních práv a povinností, zatímco druhý princip tvrdí, že sociální a ekonomické nerovnosti jsou spravedlivé tehdy, když v důsledku tyto nerovnosti vyústí v blaho pro kohokoliv, zvláště pak pro nejméně zvýhodněné členy společnosti.

Na základě Rawlsova principu spravedlnosti se ukazuje, že racionálně uvažující lidé by dospěli k podobným závěrům, ke kterým dospěl např. Daniels, Gewirth<sup>36</sup> či Orend,<sup>37</sup> tedy k výběru takové společnosti, ve které by každý jednotlivec mohl sledovat své vlastní cíle, což vyžaduje alespoň minimální úroveň základní existence, která je ovšem podmíněna minimální úrovní zdravotní péče. Z hlediska ospravedlnění právního nároku na minimální zdravotní péči vychází Rawls z myšlenky, že zdraví, jakožto nutný předpoklad pro smysluplnou existenci, je v zájmu všech členů společnosti bez ohledu na jejich socioekonomický status. Zatímco základní úroveň zdraví jako přirozený statek není závislá na činnosti, respektive nečinnosti jiných aktérů v důsledku její unikátní biologické povahy, zdravotní péče je sociálně primárním statkem, který se řídí principy spravedlnosti a který může být zaručen, alespoň pokud pomáhají členům společnosti, aby dosáhly základního minima zdraví potřebného k vedení slušného života na minimální úrovni. Na podporu myšlenky existence minima zdravotní péče byly předloženy argumenty několika autorů: Danielse,<sup>38</sup> Orenda,<sup>39</sup> Rawlse<sup>40</sup> či Wiggins.<sup>41</sup>

Ačkoliv se domnívám, že syntéza argumentů výše uvedených autorů podporující myšlenku právního nároku na slušné minimum zdravotní péče má významnou relevanci, v následující kapitole představím pluralistický koncept slušného minima zdravotní péče z pohledu Buchanana,<sup>42</sup> který se na rozdíl od Danielse domnívá, že neexistuje univerzální právo na slušné minimum zdravotní péče, ale že syntéza vah *argumentů zvláštních práv*, *argumentů prevence poškození*, *argumentů obezřetnosti a argumentů vynucené dobročinnosti* v důsledku směřuje k domnělému univerzálnímu právu na slušné minimum zdravotní péče.

## 7. SLUŠNÉ MINIMUM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Na samém začátku vysvětlení konceptu slušného minima zdravotní péče je potřeba zmínit, že se Buchanan domnívá, že tvrzení, že existuje právní nárok na slušné minimum, je mnohem silnější než tvrzení, že by každý měl mít přístup k tomuto slušnému minimu, a zároveň odmítá myšlenku, že

---

<sup>35</sup> Ibidem.

<sup>36</sup> GEWIRTH, Alan. Are all Rights Positive? *Philosophy and Public Affairs*. 2001, Vol. 30, No. 3, s. 321–333.

<sup>37</sup> OREND, Brian. *Human Rights: Concept and Context*. Peterborough: Broadview Press, 2002.

<sup>38</sup> DANIELS, Norman. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Reprint. Cambridge: Cambridge University Press, 2008; DANIELS, Norman. *Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass?*; DANIELS, Norman. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press, 1996.

<sup>39</sup> OREND, Brian. *Human Rights: Concept and Context*.

<sup>40</sup> RAWLS, John. *A Theory of Justice*.

<sup>41</sup> WIGGINS, David. *Needs, Values, Truth: Essays in the Philosophy of Value*.

<sup>42</sup> BUCHANAN, Allen E. *The Right to a Decent Minimum of Health Care*.

jakákoliv společnost, která je schopna bez velkých obětí poskytnout slušné minimum, ale neučiní tak, je nemorální.<sup>43</sup> Tento předpoklad, zdá se, je pro další vysvětlení konceptu slušného minima zdravotní péče velmi podstatný. Toto tvrzení totiž poukazuje na fakt, že dle Buchanana neexistuje univerzální právo na slušné minimum, pokud je toto slušné minimum chápáno jako morální nárok, který může v případě potřeby být vynucen státní mocí.<sup>44</sup>

Buchanan uvádí, že existují tři hlavní aspekty, které pozitivně vnímají slušné minimum zdravotní péče. Prvním aspektem je skutečnost, že slušné minimum zdravotní péče je chápáno ve společensko-relativním smyslu. Je možné předpokládat, že podobně jako u jiných práv na zboží nebo služby musí obsah práva záviset na zdrojích dostupných v dané společnosti a pravděpodobně také na určitém konsensu očekávání jejich členů. Z toho plyne první výhoda slušného pojmu zdravotní péče – umožňuje přizpůsobit úroveň poskytovaných služeb ve smyslu práva příslušným sociálním podmínkám a také umožňuje flexibilní zvýšení úrovně slušného minima v případě, kdy se společnost stává bohatší. Druhou výhodou je, že se koncept slušného minima zdravotní péče vyhýbá překročení principu rovného přístupu, zatímco stále uznává hmotné univerzální právo.<sup>45</sup> Nevýhodou principu silného rovného přístupu, který zaručuje právo na nejlepší dostupné služby všem, je, že nás tlačí do rozhodnutí se mezi dvěma nepřijatelnými alternativami. Buď můžeme nastavit úroveň zaručené „nejlepší“ zdravotní péče níže, než je to technicky možné, nebo můžeme nastavit úroveň tak vysoko, jak je to technicky možné. V prvním případě je nepříjemným důsledkem to, že bez ohledu na to, kolik zdrojů je vynaloženo na zajištění rovného přístupu k této úrovni, jednotlivci mají zakázáno utrácet jakýkoliv ze svých zdrojů za služby, které nejsou dostupné pro všechny. Nabízí se proto následující otázka. Když je jednotlivcům dovoleno utrácet své zdaněné příjmy za jiné (více frivolní) služby či předměty, proč by jednotlivcům nemělo být umožněno utratit jejich příjmy za zdravotní péči? Pokud je odpověď na otázku, že by jednotlivcům mělo být povoleno utrácet svoje příjmy na zdravotní péči v případě, pokud to nebude v rozporu s poskytováním přiměřeného balíčku zdravotnických služeb pro všechny, pak jsme ustoupili od zásady silného rovného přístupu a dosáhli jsme něčeho, co je velmi podobné principu slušného minima.<sup>46</sup> Zatímco pokud bude úroveň zaručených služeb nastavena tak vysoko, že bude eliminována potřeba jednotlivců vyhledávat zvláštní péči nad rámec zaručené úrovně zdravotní péče, bude to znamenat obrovské nároky na celkové zdroje, které by mohly být použity na produkci jiných důležitých statků, než je zdravotní péče.

Jako třetí výhodu slušného minima zdravotní péče vnímá Buchanan to, že právo na zdravotní péči musí být v rozsahu omezeno, aby se vyhnulo důsledkům silného práva na rovný přístup. Slušné minimum by dle této premisy mělo být omezeno na „nejzákladnější“ služby, obvykle přiměřené pro „slušný“ nebo „tolerovatelný“ život, což je v souladu s myšlenkou Danielse týkající se normálního druhově typického fungování.<sup>47</sup> Přestože slušné minimum zdravotní péče poukazuje na heterogenitu potřeb zdravotní péče a nutnost přiřadit daným druhům zdravotní péče určitou prioritu, neposkytuje

---

<sup>43</sup> BUCHANAN, Allen E. *Justice and Health Care: Selected Essays*. New York: Oxford University Press, 2009.

<sup>44</sup> Ibidem.

<sup>45</sup> Ibidem.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> DANIELS, Norman. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*.

sám koncept slušného minima zdravotní péče základ pro definování, které druhy zdravotní péče jsou nejdůležitější. Buchanan dospívá k názoru, že ačkoliv slušné minimum zdravotní péče skýtá výše uvedené výhody, neposkytuje dostatečný morální základ pro donuceně podporovanou slušnou minimální politiku, pokud neexistuje soudržná a obhajitelná teorie spravedlnosti.

Buchanan se domnívá, že lze identifikovat tři hlavní přístupy týkající se ospravedlnění a specifikování univerzálního práva na slušné minimum zdravotní péče: a) utilitární argumenty, b) Rawlsova smluvní teorie, c) Danielsův argument normálního rozsahu příležitostí. Žádný z výše uvedených argumentů Buchanan nepovažuje za adekvátní. Hlavní obtíž v případě utilitárních argumentů je dle Buchanana ta, že nejsou schopny poskytnout bezpečný základ práva na slušné minimum pro všechny. Uvažujme například následující příklad novorozence s Downovým syndromem. Tito jedinci vzhledem ke svému postižení vyžadují vysoké výdaje ze sociálního systému. Vzhledem k těmto nákladům není přínos těchto jednotlivců ke společenskému užítku příliš vysoký, tedy pokud pracujeme s pojetím příspěvku, který je kvantifikovatelný. Je-li tomu tak, utilitarismus může ospravedlnit vyloučení těchto jedinců z poskytování minimální zdravotní péče.<sup>48</sup> Tuto tezi potvrzuje např. Kymlicka,<sup>49</sup> který uvádí, že utilitarismus není schopen poskytnout morální základ pro slušné minimum zdravotní péče pro všechny, protože vychází z principu *utilitárního výpočtu*.<sup>50</sup> Zdá se tedy, že hlavní slabinou utilitarismu v případě vymezení slušného minima zdravotní péče je, že existuje rozpor mezi principem užitečnosti, jehož cílem je *maximalizace užitečnosti*, a *utilitárním výpočtem*, který zvažuje předpokládanou užitečnost z kvantitativního hlediska.

V případě Rawlsovy smluvní teorie Buchanan uvádí, že v případě, že Rawlsova teorie podporuje právní nárok na zdravotní péči, musí toto právo vycházet ze základních práv v souladu s 3 principy spravedlnosti dle Rawlsovy teorie spravedlnosti.<sup>51</sup> A pokud zde má existovat odvozené právo na zdravotní péči, pak musí toto právo buď spadat pod primární statky v souladu se třemi principy spravedlnosti, nebo musí být pevně spojeno s některým z těchto primárních statků. Dle Buchanana alespoň určité formy zdravotní péče jako např. široké spektrum forem preventivní zdravotní péče a udržování zdraví mají znaky primárního statku dle kritérií Rawlse: usnadňují dosažení životních cílů. Nicméně Rawls explicitně neuvádí zdravotní péči jako primární statek v souladu se 3 principy spravedlnosti. Buchanan dále poukazuje na nedostatek Rawlsovy teorie ve smyslu přiřazení váhy zdravotní péče v kontextu ostatních statků a mezi různými formami zdravotní péče, neboť přiřazení váhy zdravotní péče naráží na limity *závoje nevědomosti* Rawlsovy teorie, podle které se přiřazení váhy bude odvíjet od konkrétních podmínek v dané společnosti. Buchanan se domnívá, že ani v případě

---

<sup>48</sup> BUCHANAN, Allen E. *Justice and Health Care: Selected Essays*.

<sup>49</sup> KYMLICKA, Will. *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*. 2nd edition. Oxford University Press, 2002.

<sup>50</sup> Problematice slušného minima zdravotní péče v kontextu rovnosti příležitostí se rozsáhle věnuje Julian Savulescu. Viz např. SAVULESCU, Julian. Justice and Healthcare: The Right to a Decent Minimum, Not Equality of Opportunity. *The American Journal of Bioethics*. 2001. Vol. 1, No. 2, s. 1a–3a. DOI: 10.1162/152651601300168988.

<sup>51</sup> 1) Princip stejné svobody, 2b) Princip rovných příležitostí, 2a) Princip rozdílnosti. Vztah těchto tří principů je následující: Princip stejné svobody má nejvyšší prioritu, následuje princip rovných příležitostí a poté princip rozdílnosti. První princip musí být splněn před principem 2b), princip 2b) musí být splněn před principem 2a).

dostupných konkrétních informací, racionálně uvažující osoby nebudou souhlasit s přiřazením určité váhy primárním statkům. Daniels, který zakládá univerzální právo na zdravotní péči na principu více inkluzivní verze Rawlsova principu spravedlivé rovnosti příležitostí a využívá myšlenku normálního rozsahu příležitostí jednotlivce v dané společnosti, které je podmíněno významem zdravotní péče ve smyslu toho, že zdravotní péče podporuje, obnovuje nebo poskytuje náhražky pro normální druhové fungování, dospívá dle Buchanana k následující tezi: Sociální zdroje mají být alokovány takovým způsobem, aby bylo zajištěno, že každý může dosáhnout normálního rozsahu příležitostí v dané společnosti. Ačkoliv Buchanan uznává, že Danielsův přístup vychází z přijatelné myšlenky zastřešujícího principu rovnosti příležitostí a jeho implikace pro nárok na zdravotní péči, Buchanan se domnívá, že vymezení dle Danielse překračuje hranici práva na slušné minimum, jak ho vnímá Buchanan. Buchanan proti Danielsově tezi normálního fungování namítá, že ačkoliv zdravotní péče je nepochybně důležitá a přispívá k dosažení normálního rozsahu příležitostí, není to v mnoha případech hlavní význam zdravotní péče. Zdravotní péče často ulehčuje utrpení, předchází předčasným úmrtím nebo zlepšuje schopnost jednotlivců mít potěšení z ostatních věcí.<sup>52</sup>

Buchanan však za větší nedostatek Danielsova přístupu považuje vlastní definici „normálního rozsahu příležitostí“. Pokládá otázku, pro koho jsou životní plány rozumné (dostupné) sledovat v rámci normálního rozsahu příležitostí? Jestliže budeme vycházet z teze životních plánů, jejichž sledování je rozumné pro každého bez ohledu na jeho fyzické schopnosti a dovednosti, bude seznam takových plánů tak skromný, že se dá pochybovat o tom, že poskytuje obsah pro hmotné univerzální právo na zdravotní péči. Na druhou stranu, pokud budeme uvažovat takové životní plány, u kterých je jen pro někoho rozumné, aby tyto životní plány sledoval, pak se argument Danielse stává dle Buchana velmi silným, protože bude zahrnovat takové životní plány, které vyžadují mimořádný talent a vzácné vlastnosti.<sup>53</sup> Slabinou Danielsova přístupu je to, že řada plánů, které všichni lidé v dané společnosti mohou sledovat, je závislá na dostupnosti a kvalitě zdravotní péče v dané společnosti, což implikuje, že normální rozsah příležitostí je do určité míry sociálním artefaktem. Proto je-li ve společnosti nízká úroveň zdravotní péče, je normální rozsah příležitostí omezený, přestože je společnost dostatečně bohatá na poskytování širšího rozsahu služeb umožňující širší rozsah příležitostí. Z tohoto důvodu Buchanan navrhuje, aby Danielsův koncept byl doplněn principem *maximalizace* rozsahu příležitostí, nebo aby alespoň byl rozsah příležitostí maximalizován na určitý limit. Buchanan si uvědomuje, že princip rovnosti příležitostí a princip maximalizace rozsahu mohou být ve vzájemném rozporu, a je proto nutné nalézt mezi těmito principy rovnováhu. Daniels se domnívá, že i v případě, kdy v dané společnosti neexistují právní překážky k příležitostem, ani rasová nebo pohlavní diskriminace, bude preferován systém, který zaručuje rovnost s ohledem na rozsah příležitostí, spíše než systém, který umožňuje některé nerovnosti, ale nabízí širší rozsah příležitostí. Pokud by se však druhá alternativa ukázala jako relevantní, pak se Buchanan domnívá, že se dostáváme opět k něčemu blízkému, co lze nazvat slušným minimem, tentokrát pojem slušného minima rozsahu příležitostí, na který se vztahuje požadavek rovnosti. Buchanan dospívá k zajímavému závěru. Dle jeho názoru Danielsův princip normálního rozsahu příležitostí nezaručuje univerzální právo na slušné minimum zdravotní péče, neboť

---

<sup>52</sup> BUCHANAN, Allen E. *Justice and Health Care: Selected Essays*.

<sup>53</sup> *Ibidem*.

Danielsův princip exaktně nedává odpověď na otázku alokace vzácných zdrojů v tom smyslu, že není jasné, zdali by dostupné zdroje měly být použity na zmenšení rozdílu mezi rozsahem příležitostí nejslabších a normálním rozsahem příležitostí, nebo rozdělit dostupné zdroje mezi ty, kteří nedosahují normálního rozsahu příležitostí.<sup>54</sup>

Z tohoto důvodu Buchanan přichází se svým alternativním pluralistickým přístupem, jehož podstata je založena na kombinaci vah argumentů týkajících se zvláštních práv na zdravotní péči, argumentů prevence poškození, argumentů obezřetnosti a dvou argumentů vynucené dobročinnosti. Buchanan se domnívá, že existují alespoň tři typy argumentů, které implikují zvláštní právo na zdravotní péči. Za prvé se jedná o argument napravení historických nebo současných institucionálních nespravedlností. Buchanan uvádí příklad Afroameričanů v kontextu historie. Druhý argument se týká požadavků na kompenzaci těch, kteří utrpěli nespravedlivou újmu, nebo těch, kteří byli vystaveni zdravotním rizikům v důsledku činnosti jednotlivců nebo korporací – například ti, kteří utrpěli neurologické poškození v důsledku chemických znečišťujících látek. Jako třetí argument vnímá Buchanan existenci významného morálního důvodu pro zvláštní právo na slušné minimum zdravotní péče pro ty, kteří podstoupili výjimečné oběti pro dobro společnosti jako celku, zejména pro ty, jejichž zdraví bylo nepříznivě ovlivněno vojenskou službou. Argument prevence poškození vychází z premisy ochrany obyvatel před újmami, které vyplývají ze vzájemného soužití velkého počtu osob. Nástroji, kterými dochází ke snižování poškození, se rozumí hygiena a imunizace, které jsou považovány za významné faktory ve snižování míry úmrtnosti. Morální ospravedlnění těchto opatření, která jsou důležitým aspektem slušného minima zdravotní péče, vychází z principu prevence, nikoliv z práva na zdravotní péči. Argumenty obezřetnosti uvádí, že dostupnost určitých základních forem zdravotní péče vede k produktivnější pracovní síle nebo ke zlepšení fyzické způsobilosti obyvatelstva k obraně státu. I když ani tento argument nezakládá morální právo na příslušnou zdravotní péči, Buchanan se domnívá, že kombinovaný rozsah různých zvláštních práv na zdravotní péči diskutovaných výše ve spojení s argumentem prevence poškození a argumentem obezřetnosti přispívá k uspokojení zdravotních potřeb, které jsou objektem zájmu zastánců univerzálního práva na slušné minimum zdravotní péče.

Jinými slovy, pokud se vezme v úvahu síla pluralističtějšího přístupu, může být zpochybněno dogma, že politické aktivity určené k dosažení slušného minima zdravotní péče pro všechny musí být založeny na všeobecném morálním právu na slušné minimum.<sup>55</sup> F. T. Cust<sup>56</sup> však poznamenává, že ačkoliv Buchanan uvádí několik argumentů pro slušné minimum, ve skutečnosti představuje pouze dva argumenty vynucené dobročinnosti. V případě argumentu z prevence poškození Cust tvrdí, že Buchanan pouze naznačuje možné implikace principu prevence poškození na sociální politiku v kontextu základních zdravotních služeb, které by se neměly lišit v závislosti na rase apod. V případě argumentu obezřetnosti Buchanan dle Custa jen navrhuje, že dostupnost určitých základních forem zdravotních služeb vytváří produktivní pracovní sílu nebo vylepšuje fyzickou zdatnost obyvatelstva pro národní obranu. Ani argument prevence poškození, ani argument obezřetnosti nepředstavují dle

---

<sup>54</sup> Ibidem.

<sup>55</sup> Ibidem.

<sup>56</sup> CUST, Kenneth F. T. *A Just Minimum of Health Care*. University Press of America, 1997.

Custa<sup>57</sup> žádnou oporu pro podporu těchto argumentů jako univerzálního práva. Buchanan se domnívá, že pluralitní morální důvod pro právní nárok na slušné minimum zdravotní péče může být posílen argumenty vynucené dobročinnosti, které vycházejí z myšlenky, že některé zásady mohou být oprávněně vynucovány, přestože se nejedná o zásady specifikující platné nároky na práva.<sup>58</sup> V prvním argumentu vynucené dobročinnosti Buchanan uvádí, že ačkoliv si lidé uvědomují svoji morální povinnost pomoci potřebným a jsou v souladu s tímto morálním imperativem schopni jednat a pomoci tak těm, kteří potřebují pomoc, nemusí tak učinit. Důvod pro jejich selhání přispět potřebným není *akrasia*,<sup>59</sup> ale jejich vlastní racionalita. Buchanan uvádí, že pokud racionálně uvažující lidé připustí, že koordinované společné úsilí zajistit slušné minimum zdravotní péče pro všechny má vyšší relevanci než jednotlivé charitativní akce A, B nebo C, pak racionální úvaha jednotlivce spočívá v předpokladu, že buď dostatek ostatních přispěje na projekt slušného minima k zajištění cíle i bez přispění daného jednotlivce, nebo nedostatečný počet ostatních přispěje na daný projekt, i když jednotlivec přispěje. V obou případech přijde příspěvek jednotlivce na zmar. Příspěvek jednotlivce bude změřen z důvodu jeho zanedbatelné velikosti a z tohoto důvodu příspěvek jednotlivce ani nezaručí úspěch projektu, ale ani jeho neúspěch. Z tohoto důvodu každý dle Buchanana dospěje k názoru, že raději svůj příspěvek vynaloží na individuální akci cílenou na určitou osobu v nouzi. Proto i když všichni připustí fakt, že projekt slušného minima je nejlepším způsobem, jak uspokojit charitativní povinnost, z důvodu racionality tento projekt selže. Buchanan se domnívá, že se tento problém dá vyřešit donucením všech přispět, takže navzdory racionalitě, cíl projektu bude zajištěn. Druhý argument se týká víry jednotlivce, že projekt slušného minima zdravotní péče je důležitější než jednotlivé projekty A, B nebo C, a ochotou jednotlivce přispět na projekt slušného minima za předpokladu ujištění, že dostatek ostatních přispěje k zajištění úspěchu projektu. Pokud jednotlivec nemá toto ujištění, pak dospěje k přesvědčení, že je neracionální, a dokonce i morálně nezodpovědné, přispět na projekt slušného minima. Oba argumenty vedou k přesvědčení, že k dosažení koordinovaného společného úsilí je nutný vynucený princip slušného minima. Mezi oběma argumenty však existuje zásadní rozdíl. Zatímco v prvním argumentu důvod, proč jednotlivec nepřispěje, není nedostatečné ujištění, že dostatek ostatních přispěje, ale racionální přesvědčení jednotlivce, že je pro něj výhodnější nepřispět bez ohledu na to, jestli ostatní přispějí nebo ne, druhý argument je založen na předpokladu, že racionální dobročinnost vyžaduje ujištění, že dostatek ostatních přispěje. Pokud budeme předpokládat, že první argument vynucené dobročinnosti je platný, pak bude potřeba uvést mechanismus vynucení (pravděpodobně stát), který zajistí, že každý přispěje. Jestliže Buchanan tvrdí, že by příspěvek jednotlivce přišel na zmar v případě dobrovolného příspěvku, pak je potřeba uvést relevantní důvod k domněnce, že příspěvek jednotlivce nepřijde na zmar, pokud bude vynucen státem.

Nabízí se tedy otázka: pokud dobrovolný příspěvek jednotlivce neučiní rozdíl mezi úspěchem či neúspěchem projektu, učiní rozdíl mezi úspěchem či neúspěchem projektu státem vynucený příspěvek jednotlivce? Dle Buchanana ano. Schmidt<sup>60</sup> však uvádí alternativní přístup k Buchananovu pojetí

---

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> BUCHANAN, Allen E. *Justice and Health Care: Selected Essays*.

<sup>59</sup> Stav, ve kterém člověk ví, jak nejlépe jednat, ale udělá něco jiného kvůli slabosti vůle.

<sup>60</sup> SCHMIDT, David. *The Limits of Government: An Essay on the Public Goods Argument*. Boulder: Westview 1991.

vynucené dobročinnosti v podobě tzv. „*money back guarantee*“ – záruky vrácení vložených finančních prostředků každému, kdo přispěje na projekt slušného minima za předpokladu, že dostatek ostatních nepřispěje a projekt tak nebude úspěšný. Ze Schmidtzova alternativního přístupu vyplývá, že Buchananova premisa, že by lidé měli být nuceni přispět, je neplatná. Buchanan musí k prokázání relevantnosti svého přístupu dokázat, že jeho (politický) přístup je levnější než (nepolitický) přístup Schmidtze. Další slabinou Buchananova přístupu je, že neudává žádnou vazbu mezi dobročinností a zdravotní péčí. Bez koncepční váhy mezi dobročinností a zdravotní péčí se myšlenka slušného minima jeví jako neprůhledná, neboť zdravotní péče je pouze jednou z forem pomoci.<sup>61</sup> Jako nejvážnější nedostatek Buchananova přístupu je, že předpokládá kolektivní shodu na obsahu slušného minima. Obsah slušného minima je spojen s tím, co lidé skutečně potřebují, spíše než s tím, co jim po společné domluvě dáme. Pokud však lidem vybereme, co nepotřebují, jak poté můžeme mluvit o slušném minimu?

## 8. VYMEZENÍ OBSAHU SLUŠNÉHO MINIMA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Ačkoliv v současnosti existuje odborná debata týkající se specifikace obsahu slušného minima zdravotní péče, širšího konsenzu nebylo prozatím dosaženo. Jako autora, který se snaží konkrétněji specifikovat rozsah slušného minima zdravotní péče, můžeme jmenovat např. Schneidermana,<sup>62</sup> který definuje slušné minimum zdravotní péče jako dvouúrovňový systém založený na dvou kategoriích: *život udržující kategorii* určenou pro ty, kteří mohou získat vzdělání, mohou získat a udržet zaměstnání a vychovat rodinu, a *funkčně komfortní kategorii* určenou pro ekonomicky neaktivní občany.<sup>63</sup> Tento utilitaristický přístup, v rámci kterého je vyšší priorita poskytování zdravotní péče přiřazena těm, kteří spadají do *život udržující kategorie* z důvodu vyššího společenského přínosu této kategorie, však odmítá Ram-Tiktin,<sup>64</sup> která považuje tento přístup za nespravedlivý a představuje vlastní koncept založený na devíti kritériích, která jsou nezbytná pro „*dobry a vzkvétající*“ život.<sup>65</sup> Přestože Ram-Tiktin souhlasí se Schneidermanem v otázce nutnosti prioritizace v poskytování zdravotní péče daným pacientům, nesouhlasí však v důvodech této prioritizace. Zatímco Schneiderman otázku priority v poskytnutí zdravotní péče spatřuje ve společenském přínosu daného pacienta, Ram-Tiktin spatřuje otázku prioritizace v rozdílnosti objektivních zdravotních dispozic pacientů ve vztahu k poskytované zdravotní péči (např. vyšší pravděpodobnost u mladšího pacienta k přijetí transplantovaného orgánu).<sup>66</sup> Ram-Tiktin<sup>67</sup> dále uvádí, že státní zdravotní instituce jsou povinny zajistit každému jednotlivci celou škálu možností potřebnou k dosažení pozitivní svobody v co největší možné míře,

<sup>61</sup> Mezi další formy pomoci se řadí např. potraviny či přístřeší.

<sup>62</sup> SCHNEIDERMAN, Lawrence. Rationing just medical care. *American Journal of Bioethics*. 2011, Vol. 11, Iss. 7, s. 7–14.

<sup>63</sup> Ibidem.

<sup>64</sup> RAM-TIKTIN, Efrat. Decent Minimum for Everyone as a Sufficiency of Basic Human Functional Capabilities. *The American Journal of Bioethics*. 2011, Vol. 11, Iss. 7, s. 24–25.

<sup>65</sup> Do této kategorie spadá: myšlení a emoce, smysly, krevní oběh, dýchání, trávení a metabolismus, pohyb a rovnováha, imunita a vylučování, plodnost a hormonální kontrola.

<sup>66</sup> RAM-TIKTIN, Efrat. *Decent Minimum for Everyone as a Sufficiency of Basic Human Functional Capabilities*.

<sup>67</sup> RAM-TIKTIN, Efrat. The Right to Health Care as a Right to Basic Human Functional Capabilities. *Ethical Theory and Moral Practice*. November 2011. DOI: 10.1007/s10677-011-9322-7.

jinými slovy, že jsou státní zdravotní instituce povinny zajistit všem, kteří nedosahují *dostatečného prahu* v kontextu kritérií uvedených výše, zdravotní péči v takovém rozsahu, která by tyto jedince dostala na hranici *dostatečného prahu* zdravotního stavu v rozsahu, který jejich zdravotní stav, současné lékařské znalosti a dostupné zdroje dovolují.

Ram-Tiktin na obhajobu této teze uvádí, že je nutné stanovit *práh dostatečnosti* zdravotního stavu. Vymezení *prahu dostatečnosti* se skládá ze dvou aspektů. Za prvé je nutné posoudit, zda konkrétní indikátory zdravotního stavu jednotlivce se nacházejí v intervalu normálních hodnot typické pro referenční třídu daného jednotlivce (pohlaví a věk). Za druhé je nutné určit, zda odchylka daného jednotlivce od normálního typického fungování negativně ovlivňuje schopnost daného jednotlivce uskutečňovat životní plány. Další otázka související se stanovením *prahu dostatečnosti* se týká úvahy, zdali by měl existovat jednotný *práh dostatečnosti*. Ram-Tiktin se domnívá, že by měl existovat jednotný *práh dostatečnosti*, neboť kdyby se stanovil nižší *práh dostatečnosti* pro nejpostiženější členy společnosti, pak by bylo možné se právem domnívat, že tito jedinci nejsou považováni za rovnocenné členy společnosti. I když samozřejmě existují nemoci a postižení, které není v současné době možné vyléčit, respektive kompenzovat, měly by státní instituce usilovat o to, aby i těmto jedincům byla poskytnuta zdravotní péče v takovém rozsahu, jež by zlepšila existenci těchto jedinců a zaručila přiměřenou pozitivní svobodu a důstojný život. Poslední otázka související se zlepšením zdravotního stavu těch, kteří nedosahují *prahu dostatečnosti*, se dle Ram-Tiktina týká toho, jak státní povinnost ovlivňuje individuální autonomii. Skutečnost, že má stát povinnost poskytovat zdravotní péči, nenaznačuje, že jednotlivci mají povinnost být léčeni, ale spíše, že mají právo požádat o zdravotní péči v případě, že si přejí být léčeni. Individuální autonomie jednotlivců tak dle Ram-Tiktina není žádným způsobem ohrožena.<sup>68</sup> Ram-Tiktin dospívá k názoru, že všichni lidé mají nárok na schopnost základního fungování svého těla, přinejmenším na úrovni *prahu dostatečnosti*, který jim umožňuje důstojně žít a realizovat své životní plány.

## ZÁVĚR

Slušné minimum zdravotní péče je, na rozdíl od zahraničních států, pojmem, který není v prostředí České republiky prakticky vůbec akcentován. Důvody pro toto opomíjení mohou být různé. Jako jeden z pravděpodobných důvodů se jeví fakt, že vymezení rozsahu a implementace slušného minima zdravotní péče do platné legislativy by znamenalo závazek státu zajistit na základě povinného zdravotního pojištění konkrétní rozsah zdravotní péče, na kterou by pojištěnec měl ze zákona nárok. Kodifikace slušného minima zdravotní péče by tak v kontextu demografických změn v podobě stárnoucí populace a kontinuálně se zvyšujících nákladů na zdravotní péči znamenalo významné finanční břemeno, které by stát musel nést. Ačkoliv v odborné literatuře existují rozdílné názory, zda existuje právo na slušné minimum zdravotní péče, je dle mého názoru důležité, aby se debata týkající se slušného minima zdravotní péče vůbec vedla, a to jak v odborné rovině, tak i v rovině politické.

---

<sup>68</sup> Ibidem.



**REFERENČNÍ SEZNAM:**

- ABEL-SMITH Brian. *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. London: Prentice Hall, 1994.
- BUCHANAN, Allen E. The Right to a Decent Minimum of Health Care. *Philosophy and Public Affairs*. 1984, Vol. 13, No. 1, s. 55–78.
- BUCHANAN, Allen E. *Justice and Health Care: Selected Essays*. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-019-5394-061.
- CLAPHAM, Andrew. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2007.
- CRANSTON, Maurice. *What Are Human Rights?* New York: Taplinger Publishing, 1973.
- CUST, Kenneth F. T. *A Just Minimum of Health Care*. University Press of America, 1997.
- DANIELS, Norman. Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass? In: KUHSE, H. – SINGER, P. (eds). *A Companion to Bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers; 1998.
- DANIELS, Norman. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press, 1996. ISBN 05-214-6711-X.
- DANIELS, Norman. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Reprint. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. ISBN 978-0-511-48037-9.
- EDMUNDSON, William A. *An Introduction to Rights*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- GEWIRTH, Alan. Are all Rights Positive? *Philosophy and Public Affairs*. 2001, Vol. 30, No. 3, s. 321–333.
- Hospodářské přehledy OECD Česká republika: Strukturální kapitola – Zlepšení systému zdravotní péče v České republice*. 2018.
- JAMES, C. – DEVAUX, M. – SASSI, F. Inclusive Growth and Health. Paris: OECD Publishing, 2017. OECD Health Working Papers, No. 103. <http://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en>.
- KYMLICKA, Will. *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*. 2nd edition. Oxford University Press, 2002.
- MENZEL, Paul T. *Strong Medicine: The Ethical Rationing of Health Care*. New York: Oxford University Press, 1990.
- MENZEL, Paul T. The Cultural Moral Right to a Basic Minimum of Accessible Health Care. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2011, Vol. 21, No. 1, s. 79–119. DOI: 10.1353/ken.2011.0003.
- NARVESON, Jan. *Libertarian Idea*. Philadelphia: Temple University Press, 1988.
- NICKEL, James. *Making Sense of Human Rights*. Berkeley: University of California Press, 1987.

NUNES, Rui – NUNES, Sofia B. – REGO, Guilhermina. Health Care as a Universal Right. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of Public Health*. 2017, Vol. 25, 1, s. 1–9. DOI: 10.1007/s10389-016-0762-3.

OREND, Brian. *Human Rights: Concept and Context*. Peterborough: Broadview Press, 2002. ISBN 978-1551114361.

RAM-TIKTIN, Efrat. The Right to Health Care as a Right to Basic Human Functional Capabilities. *Ethical Theory and Moral Practice*. November 2011. 2012, Vol. 15, No. 3. DOI: 10.1007/s10677-011-9322-7.

RAM-TIKTIN, Efrat. Decent Minimum for Everyone as a Sufficiency of Basic Human Functional Capabilities. *The American Journal of Bioethics*. 2011, Vol. 11, Iss. 7, s. 24–25.

RAWLS, John. *A Theory of Justice*. Cambridge (Mass.): Belknap Press of Harvard University Press, 1971. ISBN 80-856-0589-9.

RHODES, Robert P. *Health Care Politics, Policy and Distributive Justice: The Ironic Triumph*. State University of New York Press, 1992.

SAVULESCU, Julian. Justice and Healthcare: The Right to a Decent Minimum, Not Equality of Opportunity, *The American Journal of Bioethics*. 2001, Vol. 1, No. 2, s. 1a–3a. DOI: 10.1162/152651601300168988.

SHUE, Henry. *Basic Rights*. Princeton: Princeton University Press, 1980.

SCHMIDTZ, David. *The Limits of Government: An Essay on the Public Goods Argument*. Boulder: Westview, 1991.

SCHNEIDERMAN, Lawrence. Rationing Just Medical Care. *American Journal of Bioethics*. 2011, Vol. 11, Iss. 7, s. 7–14.

THURLEY, Peter. *Health Care as a Human Right: A Rawlsian Approach*. Waterloo (Ontario, Canada): University of Waterloo, 2008.

WIGGINS, David. *Needs, Values, Truth: Essays in the Philosophy of Value*. 2nd edition. Oxford: Blackwell, 1991. ISBN 0-19-8237197.

#### **Legislativní dokumenty:**

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

#### **Webové stránky:**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents*. Forty fifth edition. Supplement, October 2006. Dostupné z: <[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>.