

K FILOZOFICKÝM VÝCHODISKÁM SÚČASNÝCH MODELOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

EVA SMOLKOVÁ, Filozofický ústav Slovenskej akadémie vied, Bratislava, SR

SMOLKOVÁ, E.: On the Philosophical Bases of Current Models of Health Care
FILOZOFIA, 74, 2019, No 8, pp. 637 – 651

Most of us understand health care as a system in which certain values and moral standards must apply. We will try to grasp different types of health care systems, the way they work and, above all, specify how the systems differ from one another. We will investigate the issue of the access to health care and we will show how the theoretical and practical approaches to health issues intersect and influence each other. We will try to explain why this occurs on the background of socio-political theories and concepts that currently resonate in this area. Different theoretical bases as well as different approaches to health care require systematization and specification of criteria of differences, so that we can orientate ourselves in these issues and know the basic approaches that are present in contemporary health care. The point is, however, to show how moral approaches and moral judgments affect the methods and methodologies that are used in relation to these issues and how this may impact on the practical delivery of health care.

Keywords: Equality – Justice – Solidarity – Health care systems – Values

Úvod

Pojem zdravotníctvo slúži na označenie systému zdravotnej starostlivosti a chápeme ho ako vytvorený a aplikovaný systém na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Problematiku etiky v zdravotníctve zvyčajne vzťahujeme na fungovanie celého systému, avšak filozofia sa väčšinou nezaoberá tvorbou normatívnych kritérií vo vzťahu k pacientovi v systéme zdravotnej starostlivosti, ale konkrétnymi problémami jednotlivých profesií, najmä lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti¹ (Held 2015, 87 – 88).

¹ Jestvujú tri základné názorové prúdy, ktoré sa v danej oblasti profilovali a fungujú. V rámci prvého je etika v zdravotníctve systémom profesijných prístupov tých profesií, ktoré v zdravotníctve pôsobia, a teda netreba robiť nijakú konkrétnu analýzu pojmov, keďže nám odpovede na morálne problémy v oblasti zdravotníctva môžu poskytnúť jednotlivé profesijné etiky, akými sú: medicínska etika, etika v ošetrovateľstve, podnikateľská etika a ďalšie, ktoré vstupujú do procesov morálneho rozhodovania v danej oblasti. Druhý profiluje medicínsku etiku ako zdravotnícku etiku. V jeho rámci sa presadzuje názor, že hodnoty a normatívne kritériá obsiahnuté v medicínskej etike plne pokrývajú potreby etiky v zdravotníctve, a preto nie je potrebné a ani vhodné implementovať ďalšie prístupy a normatívne kritériá. Tretí prístup začleňuje etiku v zdravotníctve do systému bioetiky a vníma ju ako jednu z oblastí, v rámci ktorých sa vytvárajú morálne vzťahy k životu a špecifikujú sa tie postoj, ktoré platia pri posudzovaní humánnych problémov. V jej rámci sa často argumentuje, že v práve

Existuje nespočetné množstvo publikácií o medicínskej etike a problémoch, ktoré sa v jej rámci riešia, čo je pochopiteľné, lebo zodpovednosť za liečbu vždy nesie lekár. Zodpovednosť v systéme zdravotnej starostlivosti sa však prenáša aj na iné, najmä ziskové subjekty, ktoré pôsobia v zdravotníctve, pričom ich ciele a nástroje v procese zdravotnej starostlivosti sú diametrálne odlišné od tých, ktoré profilujú medicínsku etiku. Kľúčové je teda to, aké hodnoty sú v systéme zdravotnej starostlivosti nastavené, aké reálne fungujú a ktoré sú z legislatívneho a morálneho hľadiska záväzné.

Systematické skúmanie systému a morálnych princípov platných pre celý systém zdravotnej starostlivosti veľmi často absentuje napriek tomu, že ak aj dôjde k zlyhaniu v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti, hovorí sa o etike v zdravotníctve a o problémoch súvisiacich s implementáciou morálnych kritérií v jeho rámci. Problém sa umocňuje tým, že vo svete fungujú dva základné typy systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti a je dôležité uchopiť rozdiely medzi nimi, pretože sú významné nielen pre fungovanie zdravotníctva, ale aj pre morálnu filozofiu. Systémy zdravotnej starostlivosti možno kategorizovať ako sociálno-liberálny vytvorený na princípe solidarity, a libertariánsky, opierajúci sa o radikálny individualizmus.² Ich morálne charakteristiky a implementačné kritériá boli nakoncipované pri ich tvorbe a uplatňujú sa v praxi, hoci problém je zložitejší, pretože systémy zdravotnej starostlivosti vo svojej „čistej“ podobe prakticky nefungujú. Jednotlivé prístupy sa navzájom kombinujú často až do takej miery, že nemožno identifikovať, či fungovanie systému determinujú sociálne alebo liberálne prístupy, a zároveň je problém pomenovať, ktoré hodnoty v nich platia. Cieľom analýzy bude identifikácia hodnotových rozdielov a medzi sociálno-liberálnym a libertariánskym systémom zdravotnej starostlivosti.

bioetika umožňuje uchopiť problémy širšie a systematickejšie, vnímať celý kontext problematiky nielen smerom k výkonu lekárskej praxe, ale aj k výskumu a implementácii nových techník, technológií, liečiv a postupov v zdravotníctve ako celku. Bioetika podľa toho umožňuje zaoberať sa morálnymi aspektmi takých vied, akými sú biológia, farmakológia, biofyzika, chémia a iné. K problematike pozri aj Smolková, E.: *Etika v zdravotníctve*. Filozofický ústav SAV, Bratislava 2014, 15 – 26.

² Súčasnú diskusiu o najvhodnejšej interpretácii spravodlivosti výrazne ovplyvnili najmä dve práce: Rawlsova *Teória spravodlivosti* (1971) a Nozickova *Anarchia, štát a utópia* (1974). Rawlsovo dielo možno označiť za základ súčasného *sociálneho liberalizmu*, resp. *egalitarizmu*, ktorý sa opiera o kantovský predpoklad rovnosti a slobody jednotlivcov. Týka sa pravidiel distribúcie a redistribúcie tak základných foriem dobra, ako aj slobôd. Róbert Nozick je považovaný za najvýznamnejšieho predstaviteľa *libertarianizmu*. Rozdiel medzi Rawlsovými a Nozickovými názormi tkvie najmä v tom, že zatiaľ čo Rawls stavia svoju teóriu na sociálnej kooperácii jednotlivcov v základnej štruktúre spoločnosti, kde sa distribúcia sociálnych statkov zabezpečuje prostredníctvom inštitúcií, Nozick uprednostňuje kritérium radikálneho individualizmu, kde sa v konečnom dôsledku každý musí spoliehať len sám na seba a svoje schopnosti. Z tohto hľadiska je Rawlsova teória sociálneho liberalizmu protipólom individualistickej verzie liberalizmu R. Nozicka.

Právo na zdravotnú starostlivosť?

Z filozofického, etického, ale najmä axiologického hľadiska sú dôležité hodnoty, ktoré systém kreovali a ktoré v ňom dlhodobo fungujú, a zároveň, ako sme naznačili, legislatívne a morálne kritériá platné pre jednotlivé profesie. Rozsah štúdie neumožňuje zaoberať sa otázkami platnosti a fungovania morálnych noriem a princípov v zdravotníctve, ani vznikom morálnych noriem vo vzťahu k zdraviu. Preto sa sústredíme na morálnu teóriu v otázke prístupu k zdraviu, ktorá je podmienená najmä konceptom ľudských práv a slobôd. Napriek tomu, že právo na zdravotnú starostlivosť v ľudských právach nie je zakotvené a nepatrí medzi základné práva a slobody, koncept starostlivosti, ktorý je jeho súčasťou, sa stal determinujúcim činiteľom, ktorý podmienil proces vytvárania sociálnych práv, ktoré sú akoby rozšírením ľudských práv na úrovni jednotlivých štátov, presnejšie tých, ktoré takéto práva do svojich ústav zakotvili.³

Starostlivosť vo vzťahu k jednotlivcovi sa odvíja od toho, či je zdravotná starostlivosť z hľadiska človeka, občana štátu, nárokovateľná alebo nie a či občan má právo na zdravotnú starostlivosť a môže ho aj reálne uplatniť a využívať. Zaisťovanie starostlivosti, a to tak sociálnej, ako aj zdravotnej, sa v jednotlivých krajinách líši v závislosti od toho, či hovoríme o sociálnom štáte a o akom konkrétnom modeli sociálneho štátu.⁴ Pojem sociálny štát zahŕňa celý rad prvkov sociálnej politiky, ktorých cieľom je reagovať na sociálne riziká a eliminovať sociálne dôsledky trhového mechanizmu. K základným prvkom sociálnej politiky patria sociálna pomoc, sociálna podpora, dôchodkové a zdravotné poistenie, zdravotná politika, politika zamestnanosti, rodinná a bytová politika, ako aj systém vzdelávania (Palovičová 2013, 15). Zdravotné poistenie je jedným z nástrojov sociálnej politiky, a aj prostriedkom zmierňovania vplyvov trhu na sociálne slabších. Systém zdravotnej starostlivosti je postavený na princípoch sociálneho štátu a je dôsledkom kreovania sociálnych tradícií v európskom prostredí. Je determinovaný princípom solidarity, čo znamená, že na zdravotnú starostlivosť má nárok každý, bez ohľadu na to, do akej miery ju jeho zdravotný stav vyžaduje či akou sumou do systému prispieva, alebo či zaňho prispieva štát. Solidárny systém zdravotnej starostlivosti je preferovaným modelom v krajinách Európskej únie a má formu zdravotného poistenia.

Starostlivosť ako determinujúci princíp predpokladá akceptáciu individuálnych potrieb a rešpekt voči človeku. Princíp starostlivosti v zdravotníctve sa týka zdravia

³ K sociálnym právam patria právo na zdravotnú starostlivosť, právo na sociálne zabezpečenie a právo na zdravé životné prostredie.

⁴ V teórii sa zvyčajne pracuje so štyrmi základnými modelmi sociálneho štátu. Štáty môžeme v súlade s členením G. Esping-Andersena rozdeliť na tie s liberálnym (Británia, USA, Írsko), konzervatívnym (korporativistickým; Nemecko, Francúzsko, Rakúsko), sociálnodemokratickým (univerzalistickým; Švédsko, Dánsko, Nórsko) a rudimentárnym (južanským; Taliansko, Španielsko, Grécko) modelom. K rozdielom medzi nimi pozri Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

ako takého a potreby či povinnosti starať sa oň (Sedová, Palovičová 2018, 31),⁵ čím je zároveň povedané, že povinnosť starať sa o zdravie je neprenosná. Primárne sa týka človeka ako individua, a až následne, v prípade potreby, ochorenia, úrazu alebo inej udalosti, zdravotníctva ako systému, presnejšie povedané konkrétnych profesií v zdravotníctve.

Ako sme sa pokúsili naznačiť, systémy zdravotnej starostlivosti sa koncipujú na základe toho, či a do akej miery štát akceptuje ľudské práva, a na základe toho, či je alebo nie je právo na ochranu zdravia súčasťou ústavných práv. Právo na zdravotnú starostlivosť je zakotvené aj v Ústave Slovenskej republiky.⁶ Niektorí teoretici uvádzajú pojem „uznaných“ práv v štáte, to je však tematika rýdzo legislatívna. Napriek tomu, že základom sú morálne normy nonmaleficiencia, beneficencia, autonómia a justícia, až na základe legislatívnych princípov sa kreujú konkrétne možnosti a podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti v štáte. Kompetencie štátov sú pri vytváraní kritérií zdravotnej starostlivosti nezastupiteľné, ale krajiny, ktoré sú zoskupené v Európskej únii, sa pri jej vzniku dohodli, že budú preferovať taký systém zdravotnej starostlivosti, ktorý je postavený na princípe solidarity. Súčasťou európskych dohovorov je totiž voľný pohyb osôb a zjednotenie systémov sa odvodzuje práve od potreby poskytnúť zdravotnú starostlivosť občanom štátov Európskej únie v ktoromkoľvek členskom štáte.⁷

Zatiaľ čo v každej krajine Európskej únie je vytvorený systém zdravotnej starostlivosti – hoci sme si vedomí odlišností a rôznej kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v členských štátoch –, zdravotná starostlivosť nie je štandardom vo všetkých krajinách sveta. Všeobecne prijímaný systém zdravotnej starostlivosti teda nejestvuje. Sú krajiny, v ktorých žiadny systém nie je, a aj také, v ktorých sú zdravotnícke a sociálne služby úzko prepojené. Odlišné charakteristiky zdravotníckych služieb vychádzajú aj z toho, čo sa za zdravotnú starostlivosť pokladá a čo nie a či je starostlivosť o zdravie privátnou vecou, teda vecou osobnej zodpovednosti každého človeka za svoje zdravie, alebo nie. Doteraz sme v súvislosti s krajinami Európskej únie hovorili o tom, že zaistenie zdravotnej starostlivosti je verejný záujem, a teda aj zdravotníctvo má podobu verejnej služby (*public health*). Od toho sa totiž odvíja, ako budeme zdravotníctvo

⁵Autorky T. Sedová a Z. Palovičová hovoria o základnom katalógu ľudských práv, ku ktorým patria tzv. substitučné práva – život, výživa, bývanie, voda, primeraná životná úroveň.

⁶Ústava SR sa o tomto práve zmiňuje v piatom oddiele prvej hlavy. V článku 40 sa hovorí: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

⁷Tento systém sa nepretržite dotvára, ale vstup do Európskej únie bol a je podmienený vytvorením takého systému zdravotnej starostlivosti, ktorý akceptuje smernice EÚ v oblasti zdravotníctva. Krajiny, čo taký systém nemajú, ho musia vytvoriť a prispôbiť sa štandardom, ktoré zoskupenie preferuje.

posudzovať a kto a do akej miery sa bude podieľať na financovaní zdravotníctva ako systému a jeho výkonov v záujme zdravia občanov.

Pojem zdravie však nie je jednoduché vymedziť. Zdravie je stav organizmu, ktorý určujú medicínske kritériá, a tie sú v zásade funkčnými kritériami. Medicína posudzuje fungovanie organizmu a funkčné hľadisko je pre medicínu najjednoduchšie uchopiteľné a pragmatické. Zdravie je podľa toho určované limitmi medzi hraničnými hodnotami, je optimálnym funkčným stavom živého systému v jeho aktívnych a reaktívnych životných prejavoch. Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie je „zdravie stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody,⁸ a nielen neprítomnosť choroby“.⁹ Táto definícia je jednou z najkritizovanejších, lebo podľa nej nemožno určiť, kto je zdravý človek. Na základe medicínskych kritérií však možno povedať, kedy je človek chorý, ako aj to, že zdravie je opakom choroby. Zdravie je podľa toho možné pokladať za formu existencie organizmu, ktorá sa vylučuje s chorobou, čo v praxi znamená, že zdravie je definované tým, čím nie je. Posudzovať zdravie z filozofického hľadiska však takýmto spôsobom nemožno, preto filozofická literatúra akceptuje medicínske vymedzenie pojmu a venuje sa najmä tej jeho časti, v ktorej sa hovorí o sociálnej pohode a sociálnych väzbách.

Pojem zdravotníctvo vnímame najmä cez jeho funkcie. Ak máme však uchopiť, čo je zdravotná starostlivosť, narazíme na argument, že nemožno jednoznačne vymedziť pojem starostlivosť. Starostlivosť sa dá uchopiť len vo vzťahu ku konkrétnym výkonom, teda v procese distribúcie zdravotnej starostlivosti. Požiadavka spravodlivosti v súvislosti s distribúciou zdravotnej starostlivosti podľa potrieb je však ideálom. Cieľom systému zdravotnej starostlivosti je poskytnúť kvalitnú službu v súlade s modernými poznatkami vo vedeckých a medicínskych odboroch. Zdravotníctvo má však aj ďalšie dve funkcie. Prvou je zabezpečenie prevencie pred určitými ochoreniami a druhou vytvorenie krízových opatrení v prípade hrozby epidémií. Ide o určenie princípov štátnej zdravotnej politiky.

Morálne kritériá hrajú významnú rolu v procese kreovania systému a podmieňujú aj to, ako má fungovať, ako sa budú riešiť otázky kvality života, ochrany života a zdravia obyvateľstva. Legislatívne kritériá a stratégia premietnutá do štátnej zdravotnej politiky podmieňujú, aké potreby a do akej miery systém má a môže uspokojovať. V epistemologickom zmysle slova je cieľom pochopiť, čo vyžaduje morálka starostlivosti, pretože „konceptia morálky vybudovanej na predobrazu nezávislého, autonómneho a racionálneho jedinca prehliada závislosť na druhých“ (Held 2015, 23).

⁸ Niektoré preklady používajú termín sociálne blaho.

⁹ Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Dostupné na: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Ochrana života a zdravia, kvality života a nastavenie toho, či a do akej miery sa to bude vzťahovať na všetkých občanov štátu, sa tvorí priebežne a závisí od morálnych východísk a navrhovaných metód a metodík riešenia konkrétnych situácií. Spôsoby riešenia i prístupy k otázke zdravia a následne zdravotnej starostlivosti¹⁰ sú v rôznych krajinách veľmi diferencované, aj keď určité systematické znaky sa dajú uchopiť a popísať. Podľa čoho sa teda možno orientovať? Ako sme už naznačili, v zásade je to možné na základe toho, či a aké typy sociálnych práv sú v právnom systéme danej krajiny ukotvené, konkrétne či krajina garantuje právo na zdravotnú starostlivosť.¹¹ Od tohto sa totiž odvíjajú základné prístupy a spôsoby riešenia otázok zdravia a zdravotnej starostlivosti v štáte.

Systémy zdravotnej starostlivosti

Zaoberať sa fungujúcimi systémami zdravotnej starostlivosti znamená pomenovať tie, ktoré je možné uchopiť zo systematického hľadiska, nevykazujú znaky chaotickosti a ich zásadné črty sa nemenia vždy so zmenou politiky alebo politickej orientácie.¹² Cieľom je predstaviť čitateľovi, aké systémy zdravotníckej starostlivosti vo svete existujú, na akých princípoch fungujú a aké morálne princípy v ich rámci platia. Problematika systémov zdravotnej starostlivosti je posudzovaná z hľadiska hodnoty, akú zdravie predstavuje. Zásadné rozlíšenie je totiž dané tým, či je zdravie chápané ako individuálna, alebo ako spoločenská hodnota (Palovičová 2012, 76). To je základný identifikačný činiteľ, od ktorého sa odvíja, či a aký systém zdravotnej starostlivosti v danej krajine funguje. Potrebu starať sa o zdravie si však nemusia osvojovať vždy len individuum alebo štát ako celok, týka sa aj iných subjektov, napríklad zamestnávateľov, mimovládnych organizácií, profesijných združení, štátnych inštitúcií či charitatívnych organizácií iných krajín a, samozrejme, inštitúcií s nadnárodnou pôsobnosťou, ktoré sa zaoberajú otázkami zdravia a zdravotníctva.

¹⁰ WHO chápe zdravotnú starostlivosť nielen ako starostlivosť o prinavrátene zdravie, ale aj ako starostlivosť o udržanie zdravia. WHO používa nasledujúcu kategorizáciu, podľa ktorej zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.

¹¹ Právo na ochranu zdravia bolo zakotvené v Ústave Československej republiky. Zákon o péči o zdraví ľudu (20/1966 Sb.) bol prijatý ako základný právny predpis zdravotníckeho práva v Československu. Vy-medzoval povinnosti štátu, zdravotníckych zariadení i užívateľov zdravotníckych služieb a zásady zdravotnej starostlivosti. Od roku 1966 až do roku 1990 nebol ani raz novelizovaný. Novelizácie boli v nástupníckych štátoch odlišné. V Slovenskej republike je toto právo zakotvené v piatom oddiele prvej hlavy Ústavy SR č. 40. V Slovenskej republike bol prijatý nový Zákon č. 277/1994 Zb. o zdravotnej starostlivosti a ďalší v roku 2004 – Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

¹² Podobne ako v iných oblastiach, aj v zdravotníctve existujú rôzne originálne experimenty. Tie však fungujú len na základe určitých politických atribútov viazaných na danú krajinu, v ktorej platia.

Hoci právo na zdravotnú starostlivosť nemá podobu kantovského kategorického imperatívu, je v súlade s deontologickými východiskami, ktoré v systéme dlhodobu fungujú. Znamená to, že systém má v štáte určené funkcie a plní roly, ktoré sa vzťahujú na všetkých občanov, určité sociálne skupiny i jednotlivcov. Jedným z jeho hlavných cieľov je zabezpečenie celoplošnej preventívnej starostlivosti a tvorba podmienok na ochranu zdravia ako spoločenskej hodnoty. V zásade je starostlivosť takmer vždy individuálna, aj napriek tomu, že jestvujú určité „univerzálne“ kritériá. Akceptácia individuálnych potrieb a požiadaviek sa buduje na základe rešpektu, teda uznania a akceptácie človeka a priznaním práva rozhodovať o sebe. V súvislosti s hodnotou, akou je spravodlivosť, sa vo filozofickej komunite diskutuje o koncepte spravodlivosti ako férovosti. Rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti bol koncipovaný na základe Rawlsovej teórie spravodlivosti, tá sa však v posledných rokoch stala predmetom kritiky najmä preto, že neponúka reálnu rovnosť príležitostí, a to najmä v prípade špeciálnych potrieb, akými sú rôzne druhy znevýhodnení (Palovičová 2012, 76). Autori, ktorí sa zaoberajú typológiou systémov zdravotnej starostlivosti (Gladkij 2003, 30 a n.) hovoria o dvoch až piatich modeloch. Nebudeme ich uvádzať, pretože niektoré z nich analyzujú len špecifiká konkrétnych modelov, iní ako modelový príklad vnímajú aj neexistenciu akéhokoľvek systému. Ak analyzujeme filozofické východiská, ktoré ideovo profilujú súčasné systémy poskytovania zdravotnej starostlivosti, tak môžeme hovoriť o dvoch modeloch fungovania a organizovania systému zdravotnej starostlivosti na úrovni štátu – libertariánskom a sociálno-liberálnom. Predstavíme obidva modely fungovania a organizovania systému zdravotnej starostlivosti na úrovni štátu

Ak sa zdravie pokladá za individuálnu hodnotu, starostlivosť o zdravie sa stáva privátnou záležitosťou. V takomto prípade vzniká libertariánsky model zdravotnej starostlivosti. V ňom je zdravotná starostlivosť tovarom, ktorý sa nakupuje a predáva na základe princípov ponuky a dopytu. Princípy liberálneho individualizmu, ako argumentuje R. Nozick (Nozick 1997, 122) sú vo svojej podstate spravodlivejšie, pretože tovary a služby sú majetkom tých, ktorí ich vyprodukovali. Princípy trhovej ekonomiky navyše fungujú selektívne a zo systému vyradia tých, ktorí poskytujú nekvalitné tovary služby. Posudzovať zdravie ako tovar však nie je zďaleka také jednoduché, ako by sa na prvý pohľad mohlo zdať. Na zdravie sa totiž vzťahuje princíp osobnej, teda individuálnej zodpovednosti. Podľa toho je každý človek zodpovedný za seba a svoje zdravie. Problém však nastáva vtedy, keď človek za svoj zdravotný stav zodpovedný nie je, sám si ho nespôsobil, alebo zdravotnú starostlivosť potrebuje už od narodenia. Zdravotná odkázanosť je problém, ktorý liberálny individualizmus ignoruje. Z hľadiska štátu sú potom otázky zdravotného stavu obyvateľstva nepodstatné, neriešia sa ako prioritné problémy. Zdravotná starostlivosť nemá povahu verejnej služby, ale služby individuálnej. Napriek tomu štát nemôže, vzhľadom na iné ľudské práva a slobody, ignorovať

potreby obyvateľstva ako celku a „stavať sa chrbtom“ k nemajetným a odkázaným – bez zreteľa na to, či ide o sociálnu alebo zdravotnú odkázanosť.

Libertariánsky systém zdravotnej starostlivosti je trhovo orientovaný, zdravotná starostlivosť je komoditou, ktorú možno nakupovať a predávať, ponúka sa na trhu na základe princípov ponuky a dopytu. Tovarom je zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje tým, čo si ju platia v hotovosti, alebo na ňu pravidelne prispievajú prostredníctvom poisťovacieho systému. Poistenie zdravia má znaky komerčného poistenia a vstupujú doň komerčné poisťovacie subjekty, ktoré uzatvárajú zmluvy na základe individuálnych podmienok a v prípade porušenia zmluvy majú právo od tejto zmluvy odstúpiť. Výšku poistného odvodzujú od individuálneho ocenenia zdravotného rizika. Štát do tohto typu systému buď nezasahuje vôbec, alebo len do istej miery. Môže napríklad umožňovať kumulovať zdroje od viacerých subjektov – zamestnancov i zamestnávateľov, ukladať poisťovacím subjektom špecifické podmienky podnikania, zakotviť v zákonných normách práva a povinnosti profesijných združení a podobne.

Výlučný dôraz na individuálnu autonómiu a osobnú zodpovednosť je však pomerne problematickým východiskom pre tvorbu princípov zdravotnej starostlivosti v štáte. Ich akceptácia totiž problematizuje ideu rovnosti príležitostí (Held 2015, 142 a n.), ale aj idey spravodlivosti. Rawls prijíma hodnotu individuálnej autonómie ako ideu, že spravodlivá spoločnosť zaobchádza s ľuďmi ako s rovnými (Nozick 1977, Rawls 1997) a každý má právo prežiť život podľa vlastných predstáv a zvoliť si konkrétnu podobu vlastného života. To vytvára definičný priestor, v ktorom sa musí pohybovať teória spravodlivosti. (Palovičová 2013, 105). Princíp individuálnej zodpovednosti vyžaduje od vlád, aby zabezpečili, že osudy občanov nebudú závislé od ekonomického základu, rodu, rasy či individuálneho súboru vlastností a znevýhodnení (Dworkin 1981, 286). Je teda nutné, aby boli odlišené dôsledky, za ktoré jednotlivec nesie či nenesie zodpovednosť. Takéto odlišenie by sa malo stať kritériom pri posudzovaní nároku na to, či občan môže alebo nemôže čerpať prostriedky z verejných zdrojov.

Štát, ktorý preferuje libertariánsky systém zdravotnej starostlivosti nemusí formulovať zásady zdravotnej politiky štátu, čo neznamená, že to nerobí. Nič ho nenúti definovať primárne funkcie zdravotnej starostlivosti, monitorovať zdravotný stav populácie či investovať do budovania zdravotníckych zariadení v záujme zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Nemusí sa zaoberať určením štandardných metód a postupov.¹³ Zdravotnícke zariadenia sú totiž väčšinou ziskovými subjektmi, rovnako ako farmaceutické firmy a komerčné poisťovne. Občan, pacient je klient a zákazník

¹³ To sa samozrejme netýka prostriedkov a postupov, pri ktorých sa vyžaduje certifikácia – lieky, zdravotnícka technika či pomôcky –, dodržiavanie určitých normatívnych kritérií, napríklad bezpečnostných i environmentálnych, alebo akreditácia, ako v prípade študijných odborov či práva byť školiacim zariadením.

a podľa toho sa s ním zaobchádza. Má právo regulovať svoje nákupné správanie a vyberať si, za akých okolností a akú zdravotnú starostlivosť bude preferovať. Má možnosť voľby a nemusí o potrebe zdravotnej starostlivosti do budúcnosti uvažovať vôbec. Občan sa orientuje na základe ponuky a dopytu a zdravotnú starostlivosť môže uhrádzať podľa aktuálnych potrieb.

Keďže zdravotníctvo je ziskový sektor a tvorba zisku – akokoľvek amorálne to môže v kontexte problematiky poskytovania zdravotnej starostlivosti znieť – je základným predpokladom ďalšieho skvalitňovania zdravotníckych služieb, ale len ak ho podniky investujú so výskumu a vývoja nových technológií, metodík, liekov a postupov. V libertariánskom modeli sa dôraz kladie na individuálnu zodpovednosť jednotlivca a rodiny za zabezpečenie zdravotnej starostlivosti.¹⁴ Ak máme pomenovať nevýhody libertariánskeho systému zdravotnej starostlivosti, tými najvýznamnejšími sú nedostupnosť zdravotnej starostlivosti pre isté skupiny obyvateľstva v zmysle geografickom alebo sociálnom. Nedostupnosť zdravotnej starostlivosti však možno posudzovať ako nerovnosť. Keby sme uvažovali podobne ako Rawls (Rawls 1995, 27 – 28), že všetci členovia spoločnosti by mali mať k dispozícii rovnaké množstvo zdrojov – v Rawlsovom chápaní foriem dobra – potom by v liberálnom systéme zdravotnej starostlivosti nesporne jestvovali nerovnosti a boli by obsiahnuté aj v podstate systému.¹⁵

Sociálno-liberálny systém zdravotnej starostlivosti funguje v krajinách Európskej únie¹⁶ a všetci s ním máme nejakú osobnú skúsenosť. Právo na zdravotnú starostlivosť ukotvené v ústavách je zároveň garantovaným právom. Zdravie obyvateľov štátu sa pokladá za hodnotu – tak spoločenskú, ako aj individuálnu. Rozsah tohto práva je však

¹⁴ Liberálny systém zdravotnej starostlivosti je charakteristický najmä pre USA a rozvojové krajiny. Žiaľ, vo svojej čistej podobe sa objavuje v najchudobnejších krajinách sveta. Z hľadiska rozvoja ekonomiky sa za výhodu pokladá to, že systém nezaťažuje zamestnávateľov ani občanov, zamestnancov, povinnými platbami, a ponecháva na ich vôľu, ochote či solventnosti, či budú zdravotne poistení alebo nie. Systém je flexibilný a vyznačuje sa vysokou efektivitou práce, prehľadným systémom financovania, analytickým systémom s následnou tvorbou stratégií zdravotníckych zariadení, funkčným inovačným cyklom, flexibilným zavádzaním nových technológií a vysokou kvalitou poskytovania zdravotníckych služieb. V systéme fungujú motivátory podporujúce osobnú zodpovednosť za zdravie.

¹⁵ V intenciách libertariánskeho chápania spravodlivosti sa takýto systém zdravotnej starostlivosti napriek všetkému doteraz uvedenému, pokladá za spravodlivejší, lebo nik nie je nútený platiť za to, pre čo sa sám nerozhodne, pričom to platí pre občanov, ale aj pre zamestnávateľov.

¹⁶ V Európskej únii fungujú dva základné modely sociálneho systému zdravotného poistenia: 1) systém jedinej zdravotnej poisťovne, ktorej aktivity zastrešuje i riadi štát. Tento model je známy napríklad z Veľkej Británie, Francúzska či Belgicka. Jeho výhodou je možnosť priamej kontroly štátu nad tokmi financií, ktoré plynú do verejného zdravotníctva. Zvyčajne sa označuje aj ako národná poisťovacia služba; 2) systém viacerých poisťovní – zvyčajne v kombinácii štátnych i súkromných zdravotných poisťovní –, ktoré majú rovnaké podmienky podnikania. Na trhu si navzájom konkurujú a ovplyvňujú systém zdravotnej starostlivosti v krajine. Tento model preferuje väčšina krajín EÚ, funguje v Nemecku, Dánsku, Česku i na Slovensku.

v rozličných krajinách rôzny, a to v závislosti od ekonomických možností daného štátu. Zvyčajne sa vníma ako právo na dostupnosť zdravotnej starostlivosti, v niektorých krajinách sveta aj ako právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Väčšinou sa otázka dostupnosti zdravotnej starostlivosti interpretuje ako právo pre nemajetných – za nich preberá náklady na zdravotnú starostlivosť štát. V zásade je tento typ systému postavený na akceptácii zdravia ako spoločenskej hodnoty. Vzájomná solidarita je princípom spolupatričnosti a podpory bez ohľadu na individuálne nároky na zdravotnú starostlivosť. Na označenie uvedeného *systemu zdravotnej starostlivosti* sa najčastejšie používajú termíny *solidárny alebo sociálno-liberálny*.¹⁷ Hoci sme si vedomí, že nejde o synonymá, obidva termíny slúžia na označenie toho istého. Ak poznáme odpoveď na otázku, aké hodnoty kreovali systém, musíme sa ďalej pýtať, či tie isté hodnoty vstupujú do procesov zdravotnej starostlivosti a či sú aj reálnymi, nie iba formálne deklarovanými hodnotami. Ide o morálne princípy identifikované autormi ako T. L. Beauchamp a J. F. Childress, ktoré sa pokladajú za paradigmatické vyjadrenie podstaty starostlivosti v modernej medicíne. Ide o princípy nonmaleficencie, beneficie, autonómie a spravodlivosti.¹⁸

Systemy zdravotnej starostlivosti sú previazané s konkrétnymi modelmi sociálneho štátu a historicky s reakciami na rôzne podnety a metodiky riešenia otázok súvisiacich s konkrétnymi výkonmi v rámci zdravotnej starostlivosti, s otvorenosťou systému voči novým metódam a metodikám, ako aj možnostiam ich využívania v rámci systému zdravotnej starostlivosti. Sociálny systém zdravotnej starostlivosti vychádza z univerzalistického modelu, kde je poskytovanie starostlivosti vnímané ako sociálne právo, čo sa prejavuje (alebo má prejavovať) vo verejných výdavkoch na zdravotnú starostlivosť (Palovičová 2013, 15). Úlohou systému je, v zásade, zabezpečiť zdravotnú starostlivosť ako verejnú službu každému, kto ju potrebuje. Od výkladu princípu solidarity sa odvíja tvorba legislatívnych noriem v štáte. Štát potom formuluje princípy štátnej zdravotnej politiky, zákonné normy a princípy alokácie verejných zdrojov určených na zdravotnú starostlivosť, ako aj kritériá, na základe ktorých je zdravotnú starostlivosť občanom poskytovaná.

Špecifikácia fungovania sociálno-liberálneho systému zdravotnej starostlivosti je daná legislatívnymi normami, tie sú však determinované právom na zdravotnú starostlivosť. Štát zdroje určené na zdravotnú starostlivosť pokladá za verejné a prostredníctvom zákonných noriem upravuje, ako s nimi možno nakladať.¹⁹ Sociálno-liberálny

¹⁷ Používajú sa obidva názvy, častejšie sa systém označuje ako sociálny, keďže solidarita sa pokladá za hodnotu, a nie za pojem, ktorým sa má označovať systém.

¹⁸ Bližšie k jednotlivým zásadám pozri Beauchamp, T. L., Childress, J. F.: *Principles of Biomedical Ethics*. New York – Oxford: Oxford University Press 2009.

¹⁹ Zdroje sa získavajú od občanov prostredníctvom odvodov z určitého vymeriavacieho základu. Každý pracujúci občan štátu je povinný do systému zdravotného poistenia prispievať, a týka sa to aj

system zdravotného poistenia nemá znaky komerčného poisťovacieho systému a podmienky výkonu zdravotného poistenia sú zvyčajne špecifické. V zásade zdravotné poisťovníctvo funguje na báze prerozdelenia finančných prostriedkov podľa istého kľúča.²⁰ Dostupnosť zdravotnej starostlivosti, monitorovanie a ovplyvňovanie zdravotného stavu populácie sú základnými výhodami tohto systému.

Pri posudzovaní modelu sociálno-liberálneho systému zdravotnej starostlivosti je na prvý pohľad zrejmé, že ide o systém v záujme zabezpečenia dobra pre čo najväčší počet ľudí. V zásade to predstavuje spravodlivý, a teda aj rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti. Systém je postavený na utilitaristických kritériách a je v ňom obsiahnutá rovnosť všetkých občanov štátu – každý má mať z fungovania systému rovnaký úžitok, a aj reálne možnosti využívať všetky formy zdravotnej starostlivosti, dokonca aj tie, ktoré v štáte neposkytuje žiadne zdravotnícke zariadenie. Zdravotná starostlivosť nemôže byť komoditou.²¹ V systéme rezonujú idey rovnosti a spravodlivosti a systém má a musí poskytnúť rovnaké šance všetkým, a to bez ohľadu na vek, postavenie, sociálny status, či zdravotné znevýhodnenie. Fungovanie sociálno-liberálneho systému zdravotnej starostlivosti však nevyžaduje motivátory na podporu osobnej zodpovednosti za zdravie. Nezodpovední, ľahostajní, leniví či takí, ktorí zámerne vyhľadávajú zdravotné riziká, zo systému profitujú. Zdravotnú starostlivosť môže, a dokonca musí mať možnosť využívať aj ten, kto sa systematicky sebapoškodzuje,²² o svoje zdravie sa nestará, úmyselne odmieta zdravotnú starostlivosť, alebo dokonca ignoruje isté konkrétne úkony, ktoré sú štandardné a dôležité pre vývin alebo zdravie jednotlivca. Podľa Rawlsa má síce každý jednotlivec právo žiť život podľa vlastných predstáv (Rawls, 27), ale princíp maximalizácie celkového úžitku pre spoločnosť nemôže byť pre žiadnu spoločnosť štandardom spravodlivosti. To však vyplýva z nastavenia systému, ktorý vzhľadom na povinný charakter poistenia – zmluvu o zdravotnom poistení občan musí uzavrieť, nemôže ju zrušiť a nevstupuje do procesu tvorby poisťných sadzieb – zvyhodňuje tých, ktorí princíp povinnosti, v tomto prípade starostlivosti o vlastné zdravie, ignorujú. Problém sa systematicky

ich zamestnávateľov. Štát prispieva zo štátneho rozpočtu na nemajetných, deti, študentov, dôchodcov, nezamestnaných a sociálne odkázané osoby.

²⁰ Z morálneho hľadiska je systém odvodov na zdravotnú starostlivosť veľmi ťažké posudzovať. Solidarita je jedna z ústredných hodnôt systému a vyplýva z nej prerozdelenie zdrojov podľa potrieb, nie podľa toho, kto a akou sumou do systému prispieva. Ako etické východisko je systém prerozdelenia budúcich zdrojov na báze rovnosti všetkých ľudí vysoko humánny, služby, zdravotná starostlivosť sú nasmerované k tým, ktorí ich potrebujú.

²¹ Morálne normatívne kritériá neumožňujú určovať limity na nákup zdravotnej starostlivosti, ani medicínske ani geografické. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti je zabezpečená sieťou zdravotníckych zariadení, ktorú stanovuje štát v rámci štátnej zdravotníckej politiky.

²² Sebapoškodzovanie má rôznu podobu a formy, najznámejšími sú požívanie alkoholu a drog, fajčenie a iné druhy závislostí atď.

riešiť nedá, jedine systémom bonusov a benefitov pre tých, ktorí sa o svoje zdravie starajú, to je však klasický trhový nástroj. Natíska sa otázka, či je štát orgánom kolektívnej zodpovednosti. Nik ho však takto nedefinoval. Zodpovednosť sa vzťahuje vždy len na individuum alebo konkrétnu právnickú osobu. Preto zodpovednosť za liečbu vždy nesie konkrétna osoba, lekár, ale za manažment pacienta – teda za nadväznosť jednotlivých úkonov a ich kvalitu – je zodpovedné zdravotnícke zariadenie. Zodpovednosť za vlastné zdravie a s tým spojená možnosť prežiť plnohodnotný zdravý život v systéme nefungujú ako determinanty, ale žiadalo by sa, aby nimi boli, inak dochádza k plytvaniu verejnými zdrojmi. Štát je zodpovedný za to, akú kvalitu zdravotnej starostlivosti systém poskytuje, ako systém funguje, koľko zdrojov je v ňom a aká je efektívnosť ich využívania. Problematika kvality zdravotnej starostlivosti zvyčajne priamo závisí od štandardov zdravotnej starostlivosti, stratégie štátnej zdravotnej politiky a financovania systému. Nároky na zdravotnú starostlivosť stále rastú, čo je spôsobené nielen starnutím populácie a chorobnosťou mladej generácie, ale aj náročnosťou modernej medicíny na technológie – diagnostiku a liečbu –, a teda na kvalifikovaných ľuďoch a zdroje. Problematika kvality zdravotnej starostlivosti nie je zanedbateľná, lebo úzko súvisí s otázkou ovplyvňovania kvality života ako podmienky lepšieho uplatnenia, možnosti prežiť plnohodnotný život, a teda mať rovnaké šance. Ovplyvňovanie kvality života sa v súčasnosti pokladá za potrebné a nevyhnutné, ale nie štandardné. Ak totiž jestvujú metódy a postupy na ovplyvnenie kvality života alebo dĺžky života, je z morálneho hľadiska nevyhnutné využiť ich, a zároveň ich zaradiť do systému bez ohľadu na cenu zákrokov a výkonov. Fungovanie systému však priamo závisí od flexibility štátnych orgánov a administratívnej náročnosti jednotlivých procesov. To, čo na prvý pohľad nesúvisí s morálnymi otázkami, má však morálne dôsledky, pretože ovplyvňuje fungovanie systému – dostupnosť modernej liečby a spravodlivé prerozdelenie zdrojov v systéme – teda tie faktory, ktoré sťažujú prístup k zdravotnej starostlivosti.

K otázke hodnôt v systémoch zdravotnej starostlivosti

Ako sme sa pokúsili naznačiť, pre každý systém sú kľúčové hodnoty. Treba rozlišovať tie, ktoré systém kreovali, a tie, ktoré doň boli postupne so zmenami systému implementované. Pripomeňme si, že kľúčovými hodnotami libertariánskeho systému sú individuálna autonómia a osobná zodpovednosť. V systéme platí princíp zodpovednosti, v kontexte zodpovednosti za vlastné zdravie a aj princíp rovnosti, lebo princípy sa vzťahujú rovnakou mierou na všetkých jednotlivcov a netýkajú sa tých, ktorí zdravotnú starostlivosť nemôžu alebo nechcú využívať. Ako hodnota je často prezentovaný aj princíp liberálneho individualizmu. Princípy trhového mechanizmu sú často prezentované ako hodnota či výhoda systému, je však sporné, či je vôbec takýto argument vo filozofickej rovine prípustný. V libertariánskom systéme absentuje vzájomná solidarita a zodpovednosť

v zmysle kolektívnej zodpovednosti. Nedostupnosť zdravotnej starostlivosti pre tých, ktorí ju potrebujú, ale nemôžu si ju dovoliť, je nezaujímavá (Nussbaumová, 112), preto je problémom, ktorý je vzhľadom na platné spoločenské hodnoty a ľudské práva neriešiteľný.²³

Vznik sociálno-liberálneho systému podmienili hodnoty ako spravodlivosť, solidarita, zodpovednosť, rovnosť a autonómia. Pripomeňme si, že v tomto systéme sa zdravie pokladá za spoločenskú i individuálnu hodnotu, ktorú treba chrániť. Zodpovednosť za vlastné zdravie nesie jednotlivec. Štát deklaruje dostupnosť zdravotnej starostlivosti a zodpovednosť za zdravie občanov. Solidarita je hodnota, ktorá by mala zabezpečiť dostupnosť, a princíp rovnosti ako rovnosti príležitostí by mal byť organickou súčasťou systému. Solidarita ako hodnota systému sa však javí ako nepostačujúca. Aj vtedy, keď sú pravidlá nastavené pre všetkých rovnako, je dôležité, či vôbec a v akej kvalite je zdravotná starostlivosť dostupná aj pre nemajetných a znevýhodnených. Ak sa pravidlá poskytovania zdravotnej starostlivosti menia a niektoré úkony sú zo systému vyňaté, iné sú spoplatnené, ekonomicky produktívni a majetní sú vo výhode, pretože môžu vynakladať dodatočné zdroje na potrebnú liečbu. Systém však diskriminuje tých, ktorí nie sú ekonomicky aktívni, lebo ich prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti je obmedzený. Znamená to, že libertariánske prvky sa implementujú do sociálno-liberálneho systému zdravotnej starostlivosti. Identifikátorom je, že medicínske ciele, ktoré boli pri kreovaní systému prioritné, sa dostávajú do úzadia, zatiaľ čo ekonomické ciele nadobúdajú čoraz väčší význam. Problémy sa vynárajú, keď v systéme chýbajú kvalifikovaní pracovníci a zdroje na pokrytie zdravotnej starostlivosti nie sú dostatočné. Následne sa hľadajú východiská z aktuálnej situácie. Nástroje sú dva. Prvým je obmedzenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti, väčšinou zoštíhľovanie siete zdravotníckych zariadení. Dôsledkom je umelé znižovanie nárokov systému bez ohľadu na potreby obyvateľov a postupné eliminovanie ideálu rovnosti všetkých občanov vzhľadom na dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Dôsledkom je, že zo systému sa vytrácajú princípy spravodlivosti a rovnosti. Druhým nástrojom je spomínaná preferencia ekonomických cieľov pred medicínskymi. Deklaruje sa, že systém môže efektívne fungovať, len ak ďalšie zdroje budú vynakladať občania. Deformácia systému sa prejavuje aj tým, že zdravotná starostlivosť sa stáva tovarom a zdravotné poisťovne ju nakupujú ako komoditu od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, presne ako v libertariánskom systéme, a následne sa určovanie limitov a objemov kontraktov premieta do dostupnosti služieb.²⁴ Pomenávajú sa tie tovary a služby, ktoré sú dostupné z verejných

²³ V štátoch, ktoré preferujú takýto systém, však dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre vybrané skupiny obyvateľstva zvyčajne supľujú mimovládne organizácie.

²⁴ Denne je možné vykonať len toľko úkonov, napríklad operácií, koľko ich zdravotné poisťovne uhradia, hoci by ich zdravotnícke zariadenie a jeho personál dokázali urobiť viac. Nedostatok zdrojov v systéme sa tak prejavuje aj na ohodnotení zamestnancov, ktorí sú limitovaní výkonomi, na ktoré nemajú vplyv.

zdrojov, a za všetky ostatné si pacient pripláca, lebo systém ich kategorizuje ako nadštandardné.²⁵ Takýto systém postupne stráca znaky spravodlivosti, a aj solidarity, mení sa jeho základný koncept, upúšťa sa od základných hodnôt. Solidarita sa stáva deklaratívnou hodnotou. Podnikateľské subjekty v systéme sa správajú trhovo a sú nástrojom na usmerňovanie a využívanie finančných tokov. Štát síce rozhoduje o prioritách štátnej zdravotnej politiky, nevytvára však podmienky na to, aby systém efektívne fungoval, a prioritizuje ekonomické faktory. Základné argumenty sú prevzaté od M. Nussbaumovej (Nussbaumová, 2007, 89), podľa ktorej sa prestáva hovoriť o potrebách občanov, zato sa hovorí o reálnych možnostiach (*capabilities*) systému a prístupoch k rovnosti. V súvislosti s hodnotami treba zdôrazniť, že obidva spomínané systémy zdravotnej starostlivosti sú hodnotovo nekompatibilné. Preto tie kroky, ktoré sme spomínali, sociálno-liberálny systém ovplyvňujú hodnotovo, mení sa orientácia systému, ktorý sa začína spreneverovať vízií, ktorá bola nakoncipovaná pri jeho vzniku. Princípy spravodlivosti by podľa Rawlsovej teórie sociálneho liberalizmu mali špecifikovať „férové“ podmienky racionálnej kooperácie slobodných a rovných bytostí. Ak je systém nastavený tak, aby zaručoval maximalizáciu kolektívnych úžitkov (*welfare*), nesmie sa opierať o utilitarizmus, ale o kantovský predpoklad rovnosti a slobody jednotlivcov (Rawls 1995, 128). Princíp rovnosti je fundamentálnym základom uvažovania o spravodlivosti, a to najmä v kontexte tvorby princípov fungovania zdravotníckeho systému. Je však potrebné upozorniť, že „obvykle sa rozlišujú tri významy rovnosti. Formálna, čiže rovnosť pred zákonom, rovnosť príležitosti v zmysle rovnakých šancí na získanie relevantných schopností alebo zdrojov dôležitých na sledovanie individuálnych cieľov a rovnosť výsledkov, ktorá sa týka hodnotenia, distribúcie verejných statkov a bremien v nejakom časovom okamihu“ (Palovičová 2013, 10). A sociálno-liberálny systém zdravotnej starostlivosti by mal zaručovať rovnosť vo všetkých troch významoch, a nielen to, mal by garantovať aj maximalizáciu kolektívnych úžitkov.

Literatúra

- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. (2009): *Principles of Biomedical Ethics*. New York – Oxford: Oxford University Press.
- DROZENOVA, W. (2011): *Etika vedy v Českej republike. Od historických kořenů k současné bioetice*. Praha: Filosofie.
- DWORKIN, R. (2002): *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Cambridge – London: Harvard University Press.
- DWORKIN, R. (1997): Svoboda, rovnost a společenství. In: KIS, J. (ed.): *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh, 273 – 299.

²⁵ Za nadštandard sa zvyčajne pokladá komfortnejšie ubytovanie, stravovanie, možnosť ovplyvniť poradovník na určité zákroky, úkony v rámci kozmetických či doliečovacích procedúr, ale aj moderné liečivá na život ohrozujúce ochorenia.

- DWORKIN, R. (1981): What is Equality? Part 2, Equality of Resources. In: *Philosophy and Public Affairs*. 10 (4).
- ESPRING-ANDERSEN, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- GALDKIJ, I. a kol. (2003): *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 30 – 45.
- HELD, V. (2015): *Etika péče. Osobní, politická, globální*. Praha: Filosofia.
- KANT, I. (2004): *Základy metafyziky mravů*. Praha: Kaligram.
- NOZICK, R. (1997): Distribuční spravedlnost. In: Kiss, J. (ed.): *Současná politická filosofie*. Praha: Oikoymenh, 205 – 238.
- NUSSBAUM, M. (2007): *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge – Massachusetts – London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- PALOVIČOVÁ, Z. (2013): *Morálne dilemy v sociálnych službách*. Bratislava: Infopress.
- PALOVIČOVÁ, Z. (2012): K Senovej interpretácii ľudského blaha. *Filozofia*, 67 (7), 576 – 587.
- RAWLS, J. (1997): *Politický liberalizmus*. Prešov: Slovacontract.
- RAWLS, J. (1995): *Teorie spravedlnosti*. Victoria Publishing: Praha.
- SEDOVÁ, T., PALOVIČOVÁ, Z. (2018): *Zdravotné postihnutie v kontexte ľudských práv. Filozofická reflexia*. Bratislava: Veda.
- SMOLKOVÁ, E.: (2014) *Etika v zdravotníctve*. Filozofický ústav SAV, Bratislava 2014, 15 – 26.
- SZAPUOVÁ, M. (2018): Fakty a hodnoty: K otázke hodnotovej neutrality vedy. *Filozofia*, 73 (2), 693 – 706.

Príspevok vznikol ako súčasť grantového projektu VEGA 1/0132/17 *Právo na nezávislý život a začlenenie do spoločnosti osôb s postihnutím z pohľadu sociálnej a politickej filozofie*.

Eva Smolková
Filozofický ústav SAV
Klemensova 19
813 64 Bratislava 1,
Slovenská republika
e-mail: smolkovaeva@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1450-8692>