

Čtvero základních principů lékařské etiky

Základní principy lékařské etiky jsou zpravidla uváděny podle jejich závažnosti, resp. podle závažnosti škod, které působí jejich ignorování. Tento důvod jejich řazení však působí spíše učebnicovým dojmem. Ve skutečnosti jsou důležité **všechny**.

A. Princip nonmaleficence

Jde o známou zásadu *neškodit* (*noli nocere, primum non nocere* apod.). Termín je odvozen z lat. *male* (špatně) a *facere* (dělat, činit). Je to vpravdě nuzné etické minimum: není-li lékař schopen kvalitně léčit, ať tedy aspoň neubližuje! – Pojetí tohoto principu ze strany lékaře i pacienta je *konsensuální* (souhlasné), oba totiž rozumějí poškození *stejně* (lékař pouze rozumí *lépe*). **Poškození pacienta**, k němuž dochází v souvislosti s léčbou, se nazývá **iatro(pato)genní**. Není záměrem tohoto textu uvádět výčet způsobů, jimiž může být pacient iatrogeně poškozen. **Příčinou** může být jakákoli chybná diagnóza, nevhodně zvolená terapie, správně zvolený, ale nesprávně (*non lege artis*) provedený diagnostický či terapeutický zákrok, nadměrné nebo zbytečné utrpení, nevhodné prostředí zdravotnického zařízení (od nosokomiální infekce až po psychotraumatizující ovzduší) atd. Některé možnosti poškození pacienta unikají pozornosti, a proto budtež výslovně zmíněny. Je to např. *nepostižitelné systematické poškozování* některým ze standardních způsobů léčby při současném ignorování jejich nepříznivých vedlejších účinků, zejména pozdních (např. dlouhodobá medikace se vznikem lékové závislosti, bakteriální rezistence atd.); lze je alibisticky zapřít.

V našem zdravotnictví, v němž nadlouho zdomácněl *deficientní byrokratický model* (viz 7. kapitolu), je nejčastějším iatrogením poškozením **depersonalizace pacienta**, jeho degradace na objekt, věc. Pacient je někým, kdo zatěžuje lékaře nejen svými stesky, ale i svou jedinečnou životní situací, do níž byl nemocí uvržen. Porozumět jí je náročné, protože si žádá od lékaře individualizující vnímavost a porozumění. Mnohdy jde o situaci *mezní*, s vyhlídkou trvalého poškození, ba i smrti. Přijmout ji nikoli rutinně, ale s plným nasazením, je pro lékaře nesnadné i za příznivějších okolností, natož tam, kde vztah mezi oběma nabyl podoby vztahu mezi obtěžující stranou a obtěžovaným úředníkem. Neúčastnost lékaře i odosobňující zdravotnické prostředí snáší *všichni pacienti bez výjimky* těžce a vytvářejí si pak k medicíně i k lékařskému stavu vztah *vyhrocené ambivalence*, směs závislosti a nespokojenosti, která bývá zdrojem konfliktů a může vést i k vyhýbání se ošetření, hledání nestandardní alternativy aj.

Nejčastějším **důvodem** iatrogeních poškození je *zanedbání* důležitých informací (dat, pravidel, souvislostí, okolností atd.) lékařem. Nepodceňujeme, ale ani nepřeceňujeme význam jeho přetíženosti, únavy a jiných nezaviněných indispozic. „*Selhání lidského faktoru*“ je sice statisticky „normálním“ jevem; jeho minimalizaci ale prospívá už to, že o jeho možnosti víme. *Autokritičnost* lékaře je proto nejučinnější prevencí. Rubem jejího nedostatku je zanedbávání jako trvalá charakteristika jednání, totiž **nedbalost**. Ta je výslednicí různých okolností víceméně konstantního rázu: nedostatek schopností, absolutního nebo i jen relativního vzhledem k aspiracím lékaře, převahy jeho mimoprofesionálních zájmů, neuspořádaného soukromého života, konfliktních poměrů na pracovišti a čehokoli dalšího, co brání plnému soustředění včetně osobnostní patologie samotného lékaře a také ovšem pacienta.

Má lékař právo na profesionální chybu? Je to nepřesná otázka, protože neexistuje princip, který by zakládal oprávnění jednat nesprávně, ale sotva ji lze položit lépe. Naproti tomu nás vědomí obecné lidské nedokonalosti *zavazuje tolerovat chybu učiněnou bona fide*, tedy „v dobré víře“, resp. při základní dobré snaze (*errare humanum est*, chybovat je lidské). Tento imperativ tolerance však neruší *odpovědnost* za chybu. Tolerovat chybu učiněnou bona fide by měli ti druzí, nikoli ten, kdo se jí dopustil. Ona tolerance je svobodným aktem. Je potěšitelná, ale vyžadovat ji nelze. Rozhodně však neplatí povšechná norma *nesdělovat!* Kdo si ji zvolí jako strategickou zásadu, dříve či později riskuje vztah i více. – Nebývá výjimkou, že lékař nad vlastním chybováním zavírá oči a vědomí učiněné chyby bezděčně vytěšňuje nebo záměrně potlačuje. Tím se vzdává prevence opakování stejné chyby.

Má lékař sdělit pacientovi, že se dopustil chyby? Ideální partnerský vztah si žádá sdělení. Vztah lékař-pacient je však zřídka ideální už proto, že je asymetrický. U nezávažného a vratného poškození lze tolerovat jeho nesdělení, *je-li to v zájmu zachování funkčnosti vztahu*, která může být vyšší hodnotou. Rozhodování je individuální a řešení též. Rozhodně však neplatí povšechná norma *nesdělovat!* Kdo si ji zvolí jako strategickou zásadu, dříve či později riskuje vztah i více. – Nebývá výjimkou, že lékař nad vlastním chybováním zavírá oči a vědomí učiněné chyby bezděčně vytěšňuje nebo záměrně potlačuje. Tím se vzdává prevence opakování stejné chyby.

K iatrogením poškozením dochází zpravidla *neúmyslnou nedbalostí*. Pro úplnost pamatujeme i na možnost **úmyslného poškození**, třebaš nepředstavuje etický *problém* (naopak jde o záležitost nad slunce jasnou). V situaci úpadku stavovské morálky a celospolečenské morální desorientace přestává být tato zdánlivá absurdita výjimkou, tak jako jí přestává být hrubé zneužití profesionálního postavení a kvalifikace ve službách ideologických nebo komerčních zájmů. Lékař podplacený farmaceutickou firmou a lékař jako člen zločinecké skupiny, to jsou krajní póly onoho spektra možností, které se bohužel stávají skutkem. Osobnostní (tedy i mravní) integrita a morální odolnost lékaře je tu nejspolehlivější prevencí.

B. Princip beneficence

Tento imperativ velí činit (pacientovi) dobro (lat. *bene* = dobře). Shovívavý despekt, spojovaný s výrazem *dobročinnost* (= přesný překlad *beneficence*), svědčí nejen o posunu významů, ale i o jisté nevážnosti, jíž se téma etiky těší v naší současné kultuře. Pojem *dobra* je však i důvodně problematický, neboť: co je – v našem případě pacientovo – dobro? Odpověď je zdánlivě jednoduchá: co nejvyšší míra zdraví.

Nejčastější pojetí **zdraví** je naivně zúžené: je to stav *tělesného* optima. Prostomyslného, povrchního či jednostranně zaměřeného pacienta není vždy snadné přesvědčit, že je to i stav *duševního* (*psychického*) optima. Někdy i lékař nenahlíží, že se neobejde bez pojmu *sociálního* optima. A je třeba určité moudrosti, abychom v plném zdraví viděli také stav *duchovního* optima. Byl to zejména Viktor FRANKL, zakladatel tzv. *logoterapeutické* školy, kdo zdůrazňoval, že absence vědomí životního smyslu (= existenciální frustrace, zdroj tzv. noogenních poruch) se neslučuje s plným zdravím. O existenci duchovního rozměru zdraví vypovídají situace, kdy je jeho tělesný rozměr vyloučen: situace těžce handicapovaných a umírajících.

Ztotožněním dobra a pacientova zdraví nechybujeme, ale v lékařské etice s ním nevystačíme. U pacientů, kteří jsou nebo mohou být zdrojem ohrožení okolí (agresivitou, nebezpečnou infekcí), přihlížíme i k **dobru těch druhých**. Tento dvojí zřetel – pacient versus jeho okolí – je ovšem kontroverzním tématem. Soudobá kultura zdůrazňuje hodnoty *individualismu* a naše postkomunistická společnost, horlivě se s ní ztotožňující, reaguje někdy až alergicky na to, co pokládá za *kolektivismus*. Omezování práv pacienta v zájmu dobra těch druhých je proto přijímáno dosti nevlídně. Ale např. v situaci osamělé schizofrenické matky, která se odmítá léčit, a přitom těžce psychotraumatizuje dvě malé děti, rozpoznáme snadno, že hodnota zachování zdraví (možná i života) dětí je víc než šetření občanských svobod psychotické matky – a co je důležité: nerespektování prvé hodnoty může mít nepoměrně zhoubnější následky než nerespektování té druhé (o dobru těch druhých pojednáme též ve čtvrtém oddíle této kapitoly).

Není každá situace takto jednoduchá, proto nezbyvá než individualizovaný postup *ad hoc*. Velmi často se stává, že pacient (i duševně zdravý) nenahlíží, co je jeho dobro. Že odmítne jediné spásné řešení (např. chirurgický zákrok při zhoubném nádoru), a tím dostává lékaře do situace **mravního dilematu** (řec. *dilemma* = rozcestí). Dilematem je i rozhodování mezi dobrem a zlem. To je ale dilema pouhé vůle, nikoli intelektu; může být nesnadné, ale není to *problém* k řešení. Takovým problémem je zato rozhodování *mezi dvěma dobry*, nejsme-li si jisti, které je větší. Co je lepší, zachovat proti pacientově vůli jeho život, anebo respektovat jeho autonomii? Neexistuje obecně platná norma, záleží na *situaci*. Mnohdy nesporné situační řešení nenalezneme a musíme se heroicky rozhodnout. Máme-li důvodné pochyby o rozhodovací kompetenci pacienta (zejm. o jeho psychické disponovanosti), máme důvod řídit se více *svým vlastním pojetím jeho dobra*. Proto se zpravidla nesolidarizujeme se sebevrahovým záměrem, protože důvodně počítáme s jeho psychotickou nebo reaktivní depresí (více o dilematu toho druhu v následujícím oddíle).

Na rozdíl od *poškození*, které chápou oba, lékař i pacient, většinou konsensuálně, je něčí *dobro* pojem problematický. Jen v jednoduchých situacích (např. zubní kaz) je oba chápou shodně (zda je takových většina, není jisto, protože oboustranná vůle ke shodě napomáhá i oboustranné konsensuální *autostylizaci*). Není výjimkou situace „moudřejší pacient contra omezený lékař“, kdy pacient chápe své dobro v širších souvislostech, tedy přiměřeněji. – Buď jak buď, údělem lékaře, který pojímá *zdraví* v jeho plném smyslu (viz výše), je pacientovo dobro spíše *hledat* než jednoduše *prima vista* konstatovat. A to lze jediné v rámci *dialogu s pacientem*.

C. Princip respektování autonomie

Albert SCHWEITZER (1875–1965), lékař a výjimečně košatá osobnost 20. století, spatřuje základní etickou hodnotu a současně imperativ v *úctě k světu a životu*. Úcta k životu je stěžejní moto i Erichu FROMMHOVI (1900–1980). Tento psycholog, filozof a psychoterapeut hovoří o základní potenci zdravého ducha jako o *biofilii*. Ta je přitakáním životu a každému tvorů na rozdíl od *nekrofilie*, duchovní impotence, jejímž výrazem je přání, aby kromě mne samého nic nebylo, a pokud ano, pak jediné k mé dispozici.

Jsmo-li s to jejich nabídku přijmout, nebude nám zatěžko zaujmout **pozitivní vztah k bytí a k bytostnému určení jednotlivých jsoucen**. Nebudou nám lhostejny neživé věci, protože jsou a bytí je víc než nebytí. Tím méně nám budou lhostejny živé bytosti, protože biosféra – na rozdíl od anorganického světa – imponuje svým antientropickým vzepětím. A zaujme nás lidský svět, který má další „plus bytí“, jímž je možná vědomí (není to jisté: vágní vědomí nelze upřít obratlovcům, zejm. savcům), ale jistě je jím *svoboda* jakožto *otevřenost existence*, jako zásadní možnost sebeurčení (na rozdíl od determinace instinkty u zvířat). Lidský svět má *dějiny*, příběh, k jehož porozumění potřebujeme kvalitativně vyšší pojmovou výbavu než k popisu přežívání živočišného druhu.

Přijetím oné nabídky (SCHWEITZER a FROMM zdaleka nebyli prvními, kdo ji připomněli) přijímáme nejen bytostné určení člověka, který má „více bytí“ než jiná jsoucná, ale i závazek solidarity s nimi, tedy i s druhými lidmi, především s tím, s kterým se reálně setkávám a mám s ním co činit (proto se mu říkáva postaru *bližní*). Proto mu neupírám jeho lidskou podstatu a samozřejmě **respektuji jeho bytostné určení, jeho autonomii, jeho možnost svobody**. Těmto atributům, které jsou současně hodnotou, se říká *dignita* (*důstojnost*) *lidské osoby*.

V tomto ohledu je vztah lékař-pacient *symetrický*: oba se setkávají jako rovnoprávní *partneři*, uzavírající *smlouvu* (juristický model jednostranně vyzdvihuje kontrolu jedné smluvní strany – lékaře). V jiném ohledu je ovšem *asymetrický*: pacient strádá, lékař zpravidla nikoli; lékař je informovaný, pacient zpravidla nikoli. Tato částečná asymetrie zakládá u lékaře pokušení učinit vztah asymetrickým zcela (jeho role je pak méně náročná). Pacient to cítí jako svou degradaci: „Jsem pro něho kus,“ resp. „případ“ (depersonalizace), nebo: „Jedná se mnou jako s malým dítětem“ (infantilizace).

Deficientní modely (viz 7. kapitola) vesměs nastolují nějakou formu totální asymetrie, neboť odosobňují (depersonalizují). Je tomu tak i v **modelu paternalistickém**, založeném na *infantilizaci pacienta lékařem*. Lékař tu jedná s pacientem jako rodič s nedospělým dítětem: rozhoduje, diriguje, chlácholí, plísni – a nepředpokládá u pacienta schopnost partnerského vztahu, tak jako u dítěte nepředpokládáme schopnost komunikovat dospěle. Je to

model rozšířený i mezi svědomitými lékaři. Napomáhá tomu okolnost, že strádající pacient snadno *regreduje* na ontogeneticky starší úroveň, neboť je ohrožený, tedy bezmocný, závislý, úzkostný – jako kdysi, když byl dítětem. Rád se tedy svěřá tomu, od koho očekává pomoc. Pacientově regresí máme rozumět, máme umět se do ní vcítit, ale nemáme ji pokládat za „normální“ či dokonce za žádoucí, jde koneckonců o psychopatologický jev. Naopak je třeba pomoci pacientovi jeho regresí překonávat, aby se dokázal vyrovnat s nemocí či zraněním a jejich následky na dospělé úrovni.

Kdy lze paternalistický postoj lékaře tolerovat? Tam, kde sám pacient jinou možnost nepřipouští. Bývá tomu tak u psychicky nevyzrálých jedinců, pasivních a závislých, u nichž nejde o pouhou reaktivní regresí, ale o povahový habitus, a oni nemohou jinak. Pak svůj (umírněný) paternalismus *tolerujeme*, ale aktivně *nenastolujeme*. Paternalismus lékaře je *na místě u dětí* předškolního a raného školního věku, kdy odpovídá dosažené míře zralosti, ale ani pak nepřiměřeně neinfantilizujeme (desetiletého degradujeme, jednáme-li s ním jako s prvňáčkem). K pubescentům, pokud nejsou depresivní, se tak už nechováme: respektujeme jejich vůli být „jako dospělí“.

Lze zásadu respektu k pacientově autonomii suspendovat? Někdy pacient evidentně není autonomní: v kojeneckém a v batolecím věku, při kvantitativních i kvalitativních poruchách vědomí (včetně narkózy), v psychotických stavech, při hlubší demenci apod. Pak je záhodno konzultovat rodiče, příbuzného, opatrovníka. Někdy však není po ruce (a situace je naléhavá), případně nikdo takový neexistuje. Pak jednáme podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, ale vždy se zřetelem k tomu, jakým tento člověk bude, byl či mohl být; respektujeme dignitu jeho osoby (být by jeho osobnost byla nerozvinutá nebo zaniklá).

Existují pacienti, jejichž smýšlení je *v rozporu s obvyklou medicínskou racionalitou*, aniž bychom u nich zjišťovali závažnou psychopatologickou symptomatiku. I jinak vyznávají stupnici hodnot odlišnou od „standardních“ poměrů, která však v jejich případě vyplývá ze *svobodné volby*. Mohou být příslušníky jiných kultur, méně obvyklých náboženských společností apod. (např. svědkové Jehovovi, trvající na doslovném výkladu Písma a odmítající krevní transfuzi). Nevyhýbejme se otevřenému rozhovoru s nimi, abychom si ověřili povahu jejich pohnutek (nevzdělaný a nemyslivý lékař se tu může ocitnout v trapných rozpacích). Zpravidla zjistíme, že si počínají *autonomně*, a po splnění legislativních náležitostí (revers) to *respektujeme*. Jinak je tomu např. u dětí z jehovistických rodin, o jejichž autonomii důvodně pochybujeme; záchrana jejich holého života je pak vyšší hodnotou než zachování stávající podoby vztahu rodič-dítě.

Respektování pacientovy autonomie je nezbytnou podmínkou partnerského vztahu lékař-pacient. O tom, že tento vztah má přednost před jakýmkoli jiným, včetně paternalistického, se přesvědčujeme v *mezích situací*, k nimž v důsledku nemoci občas dochází a kdy má pacient učinit *závažné životní* (tedy nejen medicínské) *rozhodnutí*. Např. změnit zaměstnání, uzavřít manželství při handicapující chorobě (za obdobných okolností může manželský partner uvažovat o rozvodu), rozhodnout se pro rodičovství při prokázané hereditární zátěži, pro asistované početí, volit mezi těžce invalidizujícím chirurgickým zákrokem a pokračujícím infaustním onemocněním, zvolit si prostředí svého skonu atd. Tu by mělo jít vždycky o *autentickou volbu pacienta samotného*. Je předem jasné, že lékař za takovou volbu neponese odpovědnost, a bylo by od něho trestuhodně lehkomyšlné rozhodovat za pacienta. Je velmi riskantní při zásadním životním rozhodování být jen *radit*. Pacient často snáší břímě své odpovědnosti nerad a ochotně si radu lékaře přetlumočí jako *pokyn*. Ze samotné podstaty své úlohy tu však lékař nemá být neúčastným divákem (v duchu cynického rčení „to je váš problém“), ale *asistentem pacientova Já*: upozorňuje na okolnosti, které pacient přehlédl či podcenil, pomáhá mu prověřovat kvalitu rozhodnutí, reprezentuje mu *common sense* („zdravý rozum“), dbá o to, aby se pacient rozhodoval co nejkompetentněji, ale sám za sebe. Jakmile se pacient definitivně rozhodl – třeba i jinak, než by se na jeho místě rozhodl lékař – je s ním (nikoli s aktem rozhodnutí, ten už byl proveden, ale s pacientem) nadále solidární, je *při něm*. – Toto platí o *zásadních životních rozhodnutích* pacienta, nikoli o rozhodnutích medicínských. Tam lékař radí, doporučuje, nedoporučuje, spolurozhoduje a ovšem i – se souhlasem pacienta – rozhoduje (o informovaném souhlasu viz následující kapitolu).

Respekt k pacientově autonomii nás činí vnímavými i k jeho **intimitě** (psychologickým předpokladem je tu ovšem naše zachovalá vnímavost k vlastní intimitě). Ze sebezáchovných důvodů odpovídá míra *otevřenosti* naší komunikace míře *důvěry*. Strážcem našeho bezpečí je tu především *stud*. Jeho absence, *nestoudnost*, je zpravidla i psychickým defektem (viz 4. kapitolu, Eriksonův „šestý věk“). Je rizikem nejen psychické traumatizace, ale i znehodnocení toho, co si může podržet svou hodnotu pouze v důvěrném vztahu, ať už je obětí naší nestoudnosti ten druhý, nebo my sami. – Protože vztah lékař-pacient má být *důvěrný*, respektujeme pacientovu potřebu intimity. Jedním z aspektů tohoto respektu je i *diskrétnost*, k níž nás zavazuje legislativa svým principem *povinné mlčenlivosti*.

D. Princip spravedlnosti

Zatím jsme se pohybovali v prostoru dyadického vztahu *lékař-pacient*. Existuje však i vztahové pole *lékař a jeho pacienti*, ba dokonce pole ještě širší: většina pacientů má své blízké (ty má ostatně i lékař), existují jiní lékaři se svými pacienty, tedy systém *zdravotnictví* s jeho silami a prostředky, posléze společnost organizovaná ve stát, vynakládající na zdravotnictví část svého bohatství, jejíž každý příslušník se může stát pacientem, zkrátka celé předivo významů, zájmů, potencialit (a jejich omezení). To může ovlivňovat i jedinečný vztah lékař-pacient. V zájmu zachování a fungování této struktury má být respektováno bytostné určení každého z participantů, a nejen pouze některých. *Každému, co jeho jest* (= co mu patří), *rovným rovně, nerovným nerovně, nic na ničí úkor* – souhrn těchto zřetelů tvoří to, čemu říkáme **spravedlnost**. (...)

Ontogenezi lidské bytosti (viz kapitolu 4) můžeme chápat jako *procitání do větší plnosti bytí*, jehož součástí je i *překonávání prvotního narcismu* (= sebelásky). Pomocníkem je tu příležitost nacházet v nejbližších lidech své Ty, která má své pokračování v objevu *potenciálního Ty* v komkoli. Toto vědomí, potencované schopností *empatie* (= vcítění), je základem **altruismu**. Jeho nedostatek nás vystavuje pokušení toho, čemu současný filosof Emmanuel LÉVINAS (*1905) říká **zbavit toho druhého jeho lidské podstaty**. Depersonalizace (odosobnění) pacienta lékařem, kterou nacházíme v nedostatkových modelech vztahu lékař-pacient, je jen jiným názvem tohoto aktu

(jeho nepřijatelnost nahlédneme nejnázne tehdy, když se sami stáváme jeho obětí). Varuje nás před ním princip respektu k pacientově autonomii. Princip spravedlnosti rozšiřuje toto varování i na situace všech potenciálně zúčastněných.

Trpím-li infekční chorobou, mám starost o své uzdravení a můj lékař ji sdílí se mnou. Současně jsem i zdrojem nákazy těch ostatních a záleží na mém chování, zdali dojde k jejich onemocnění či ne. Má situace mi proto ukládá další starost, tentokrát o ty druhé. Vnímám-li je jako své blízké, nečiní mi to potíže. Jinak je tomu, jsou-li mi lhostejní. Protože reagujeme na ohrožení svého zdraví mj. regresí včetně „návratu“ k primitivnímu narcismu, máme sklon zájmu těch ostatních nedbat. Je na lékaři, aby nás na to upozornil a potřebný ohled od nás *vyžadoval*. Příslušná legislativa, pokud existuje, nás k tomu může ostatně donutit.

Možností nerespektovat princip spravedlnosti v rámci vztahu lékař-pacient je nepočítaně (a není v moci legislativy brát je všechny v úvahu). Spočívají zpravidla ve *vyločení třetího* (čtvrtého, pátého...), o jehož oprávněný zájem se také jedná. Ten kdosi může být ohrožen infekcí, psychotickou agresí, důsledky nějaké indispozice (pro niž by pacient neměl mít řidičský či zbrojní průkaz nebo by neměl mít přístup k určité profesi), může být popřena jeho životní role (radí-li např. gynekolog neplodné manželce, aby zkusila potají souložit s jiným mužem) atd. Naši současnou kulturu charakterizuje mj. spor o to, zda tímto „vyločeným třetím“ může být jedinec v prenatálním období života. V situaci nedostatku se může pacient dožadovat péče, kterou by naléhavěji potřeboval někdo jiný a komu se jí proto nedostane (o tom viz 10. kapitolu o *alokaci*).

Spravedlnost pro další osoby znamená pro pacienta zpravidla nějakou **újmu**, k níž nemusí být ochoten. Zřetel k principu spravedlnosti se proto může ocitnout v rozporu s uplatňováním principu autonomie i beneficence. Je pak na lékaři, aby zvážil obě alternativy, preferovanou i obětovanou, a aby byl v případě potřeby strážcem spravedlnosti a o jejím smyslu přesvědčil pacienta. Sám se může ocitnout v situaci *mravního dilematu* (nevyhnutelné volby mezi dvěma ekvivalentními dobry) i *nezbytí jednat proti pacientově vůli* (např. povinná evidence, nucená hospitalizace). Posléze uvedenou situaci se snaží upravit zdravotnická legislativa.

Je součástí spravedlnosti **právo na zdraví**, deklarované v řadě soudobých dokumentů? Není. Každý máme právo na to, aby bylo šetřeno našeho života, zdraví atd., nikdo tedy nemá právo nás na nich zkracovat, a pokud žijeme v právním státě, máme nárok na jejich ochranu, ale jinak nemůže být zdraví jako takové (stejně jako např. štěstí) předmětem nároku, jemuž by odpovídala něčí povinnost. Něco jiného je **právo na péči o zdraví**, pokud se společnost (stát), resp. její zákonodárný orgán rozhodne, že ji bude v nějaké míře ze státních prostředků zajišťovat.

Odkazy

Související články

*Další kapitoly z článku **PŘÍHODA, Petr.: Etika**:*

1. Místo úvodu aneb co je etika
2. Slova a jejich významy
3. Etika – morálka – právo
4. Psychologické předpoklady etického chování
5. Etika a (psycho)patologie
6. Etika a kultura
7. Zrod lékařské etiky
8. Čtvero základních principů lékařské etiky
9. Informovaný souhlas
10. Alokace

Zdroj

- PŘÍHODA, Petr. *Etika : Čtvero základních principů lékařské etiky* [online]. [cit. 2011-12-23]. <<http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>>.