

# Věk a spravedlivá alokace zdrojů

PhDr. David Černý, Ph.D.

Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha

Tento článek se zabývá problémem alokace zdrojů v kontextu stárnutí lidské populace. Nejdříve se zaměřuje na konkrétní příklad alokace vzácných zdrojů během pandemie covid-19 a ukazuje, jakou roli během ní hraje věk pacientů. Posléze přechází k obecné teorii alokace zdrojů, která se opírá o práci amerického etika Normana Danielsa. V rámci této teorie hraje věk důležitou roli, nelze to však chápat jako případ ageismu či negativní diskriminace.

**Klíčová slova:** věk, alokace zdrojů, ageismus, diskriminace.

## Age and just allocation of resources

This article deals with the problem of resource allocation in the context of the aging of the human population. First, it focuses on a specific example of the allocation of scarce resources during the covid-19 pandemic and describes the role of patient age during it. Then it moves on to the general theory of resource allocation, which draws on the work of the American ethicist Norman Daniels. Within this theory, age plays an important role, but it cannot be understood as a case of ageism or negative discrimination.

**Key words:** age, allocation of resources, ageism, discrimination.

## Stárnutí a epidemie chronických onemocnění

Lidská populace po celém světě stárne (Haškovcová, 2010). Jedná se o fakt, který má celou řadu příčin. Jednou z nich jsou mimořádné úspěchy lékařské vědy, která si dokáže poradit s nemocemi, jež by v době relativně nedávno byly zcela fatální. Procentuální zastoupení populace ve věku 65 let a více se v některých státech Evropy blíží 25 %, u jiných překročilo hranici 20 %. V České republice se počet obyvatel ve věkové skupině 15–64 let snížil v roce 2018 na 64,5 %, zatímco počet seniorů ve věku 65 a více vzrostl na 2 086 600; index stárání neustále roste a v témže roce činil 123 seniorů na 100 dětí<sup>1</sup>. Globální stárnutí považují mnozí autoři za významný problém, někteří dokonce hovoří o věkovém otřesu (*agequake*, Wallace, 2001) či generační bouři (*generational storm*, Kotlikoff et Burns, 2004).

1. Srov. Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Citováno z <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>.

Tito autoři se zaměřují převážně na ekonomické dopady stárnutí, nicméně důsledky tohoto jevu nelze redukovat pouze na ně. Stárnoucí populace je také úzce spojena s celosvětovým nárůstem počtu chronických onemocnění, o němž se někdy hovoří jako o epidemii chronických chorob.

Například v USA ukazují data z roku 1998, že čtyři z pěti dolarů vydaných na lékařskou péči se vydává na léčbu lidí s chronickými chorobami: 96 % návštěv u pacientů doma, 88 % všech předepsaných léků, 72 % návštěv u lékaře a 76 % všech hospitalizací se týká chronických onemocnění. Další data ukazují, že chronické stavy převažují u seniorů; jednou či dvěma chronickými chorobami trpí 85 % pacientů ve věku 65 let a více. U seniorů také s věkem narůstá komorbidita, zvláště hypertenze, onemocnění pohybového aparátu, kardiovaskulární onemocnění a diabetes. V roce 2000 trpělo zhruba 125 milionů Američanů (45 % populace) jednou či více chronickými chorobami a odhady předpo-

kládaly, že v průběhu dvaceti let se jejich počet zvýší na zhruba 50 % celé populace (Anderson et Horvath, 2004). Seniori však netrpí pouze chronickými chorobami; mají vyšší riziko úrazů a akutních onemocnění, jakým je například pneumonie. Všechny tyto faktory způsobují, že seniori využívají služeb zdravotnických zařízení častěji než ostatní a tento trend bude v budoucnosti pokračovat (Institute of Medicine of the National Academies 2008).

Například globální prevalence demence různých příčin byla v roce 2000 kolem 25 milionů s roční incidencí pět milionů případů, což odpovídá novému případu každých sedm vteřin. Prognózy odhadují, že počet pacientů s demencí se v roce 2030 zvýší na 65 milionů (Wimo et Winblad, 2008). Alzheimerova nemoc tvoří asi 55–70 % všech případů demence v dospělosti v průmyslovém světě a je pátou nejčastější příčinou smrti v populaci USA. Incidence Alzheimerovy nemoci je spojená s věkem a zdvojnásobuje se každých pět let od



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

PhDr. David Černý, Ph.D., david.cerny@ilaw.cas.cz

Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Národní 18, 116 00 Praha 1

Cit. zkr: Neurol. praxi 2021; 22(1): 34–39

Článek přijat redakcí: 6. 10. 2020

Článek přijat k publikaci: 3. 2. 2021

**Tab. 1.** Náklady na jednoho pacienta a rok ve vybraných státech (Wimo et Winblad, 2008)

Stát	Náklady pacient/rok (americké dolary)
USA	57 000
Kanada	14 300
Dánsko	10 400
UK	19 900–39 600

65 let výše. Někdy se jí proto říká přicházející morová rána 21. století; veřejné zdravotnictví stojí nemalé prostředky, které se stárnutím populace porostou. Přímé a nepřímé náklady spojené s tímto onemocněním byly v roce 2003 odhadovány na 100 miliard dolarů ročně v USA a asi 300 miliard po celém světě (Mandell et Green, 2011). Náklady na jednoho pacienta a rok ve vybraných státech shrnuje tabulka 1 (Wimo et Winblad, 2008).

## Ageismus

Stárnutí populace však nepřináší pouze ekonomické, zdravotní a jiné problémy. Z celé řady studií vyplývá, že mladá část populace zaujímá, ať už implicitně či explicitně, k seniorům negativní a diskriminační postoje. Tento fenomén se nevyhýbá ani zdravotnickému prostředí a může v něm dokonce nabývat výraznější a institucionalizované podoby (Courtney et al., 2000; Robb et al., 2002). Pro tyto negativní postoje vůči seniorům se ujal termín „ageismus“, jenž je modelován podle vzorů, jakým je rasismus či sexismus<sup>2</sup>.

Ageismus lze nejjednodušším způsobem charakterizovat jako zaujímání negativních postojů odrážejících se v praxi, vůči určitým jedincům či jejich skupinám, pouze na základě jejich věku (Greenberg et al., 2002). Autor tohoto termínu, americký psychiatr a geriatr Robert Butler, popisuje ageismus následujícími slovy (Butler, 1975): „Seniori jsou kategorizováni jako senilní, zkontatnělí a staromódní ve své morálce a dovednostech. Ageismus umožňuje nám, kteří jsme mladší, pohlížet na starší lidi jako na „odlišné“. Pomalu je přestáváme chápat jako lidské bytosti, takže se můžeme cítit lépe, když je zanedbáváme a nemáme rádi.“

Přesnější definiční vymezení ageismu předkládají Thomas Iversen a kolegové, kteří v něm

rozpoznávají čtyři definiční dimenze. Ageismus v první řadě zahrnuje tři sociálně-psychologické prvky, jimiž je prvek Kognitivní (stereotypy), Afektivní (předsudky) a Behaviorální (diskriminace). Tyto tři elementy, K + A + B, vymezují ageismus jako diskriminační jednání založené na věku, které vychází z našich stereotypů o seniorrech, a předsudků, jenž vůči nim chováme. Další definiční dimenze potom určují způsoby realizace ageismu. Ten může být pozitivní či negativní, vědomý či pouze podvědomý, konečně se může pohybovat v individuální (mikroúroveň), společenské (mesoúroveň) a institucionální a kulturní rovině (makroúroveň) (Iversen et al., 2009).

Stárnoucí populace může znamenat narůstající ageismus, který by také mohl přerůst v mezigenerační konflikt. Diskriminace seniorů je reálným a neblahým faktem, který se nevyhýbá ani zdravotnickým zařízením. A tento jev zřejmě bude s postupem času posilovat; přispívat může fakt, že lékaři jsou dnes často nuceni trávit s pacienty méně času, může tedy snadno dojít k nerovné alokaci jejich času založené na implicitním ageismu (Levy et Banaji, 2002). Čas lékařů a ošetrovatelského personálu není jediným zdrojem, jenž se může stát vzácným, při promyšlení alokace těchto zdrojů musíme proto postupovat v souladu s etickými zásadami lékařské profese a vyhnout se nebezpečí implicitní či explicitní diskriminace založené na věku pacientů. V praxi se však jedná o nelehký úkol; zdroje nejsou neomezené a v některých případech se zdá, že věk může hrát někdy i klíčovou roli v rozhodování a jejich spravedlivém rozdělování. Je proto nezbytné pečlivě rozlišit situace, kdy rozhodování na základě věku představuje nespravedlivou diskriminaci – ageismus – a kdy je naopak zcela legitimní.

V následujících řádcích je představen způsob, jímž se může věk promítnout do konkrétních rozhodovacích procesů lékařů, aniž by se jednalo o diskriminaci. Poté bude předložen obecný model spravedlivé alokace zdrojů, který nelze obviňovat z ageismu a splňuje základní podmínku distributivní spravedlnosti vyjádřenou již Aristotelem, tj. dává každému, co mu náleží.

## Alokace ventilátorů v době covid-19

Současná pandemie viru SARS-CoV-2 postavila lékaře v některých zemích před nesmír-

ně obtížnou volbu. Některé zdroje, které jsou za normálních podmínek přístupné všem, se staly vzácnými, od času lékařů a ošetrovatelského personálu až po mechanickou plicní ventilaci. Lékaři se tak museli v krátkém časovém období a často ve značném stresu rozhodovat o tom, jak tyto vzácné zdroje alokovat. Čtyři klasické principy lékařské etiky – princip beneficence, non-maleficence, férovosti a respektu k autonomii pacienta – musely být konkretizovány (tj. nikoli nahrazeny) specifitějšími principy, které by lékařům v jejich rozhodování poskytlly normativní vodítko a umožnily zachovat transparentnost rozhodovacích procesů a existenci pouta důvěry mezi lékaři a pacienty. Konkretizace principů lékařské etiky pro alokaci vzácných zdrojů může mít například následující podobu (Ezekiel et al., 2020; Savulescu et al., 2020):

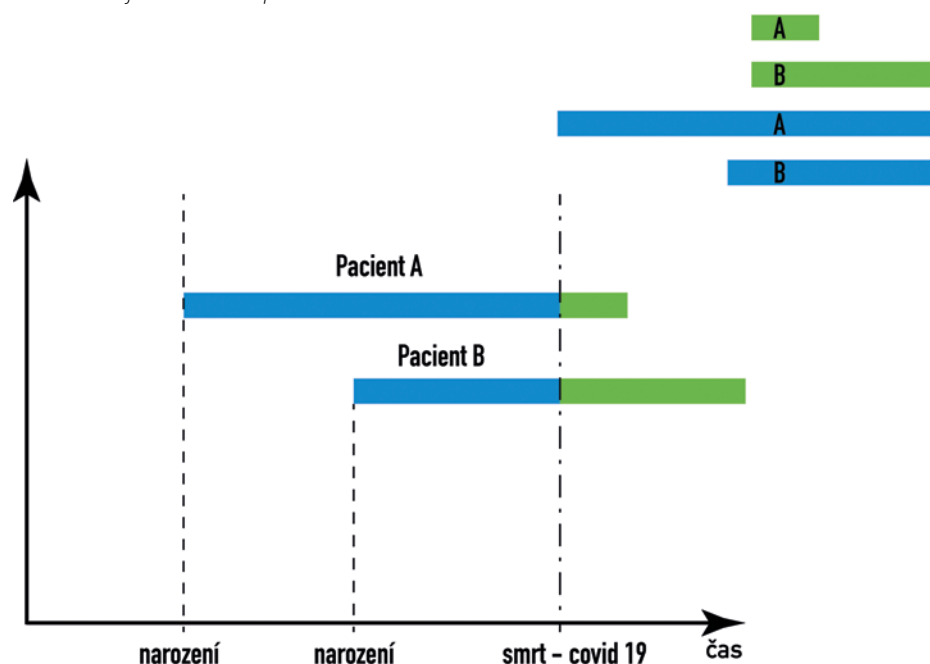
- princip maximalizace počtu zachráněných životů,
- princip férovosti distribuce zdrojů,
- princip preference těch, kteří jsou nezbytní pro funkční zdravotnictví či zásadní fungování státu.

Princip maximalizace počtu zachráněných životů není nějakou formou utilitaristické etiky, která ukládá splnit tento úkol jakýmkoli prostředky. Tyto tři principy alokace zdrojů nenahrazují výše uvedené čtyři principy lékařské etiky, ale konkretizují jejich podobu pro situace krize. Zůstává tak zachován princip non-maleficence, který lékařům zapovídá působit úmyslně újmu svým pacientům.

Tři principy alokace vzácných zdrojů poskytují důležité normativní vodítko pro rozhodování lékařů, zdá se však, že neposkytují odpovědi na všechny možné situace, s nimiž se mohou setkat. Představme si modelovou situaci, kdy lékař má dva pacienty – A a B; oba mají zhruba stejnou prognózu přežití a lékař samozřejmě nemá čas, aby prognózu upřesnil, pacienti se liší pouze věkem. Jak se má rozhodnout? Má dát přednost mladšímu či staršímu? Někteří autoři, kteří se opírají o nějakou verzi Rawlsovy teorie spravedlnosti, navrhuje rozhodovat losem (Winslow, 1982). Mělo by to dle jejich soudu zajistit rovnost a zabránit (implicitní či explicitní) diskriminaci, například té založené na věku pacientů. Toto řešení však není optimální,

2. Přesněji řečeno, ageismus chápeme jako negativní postoje k jiným věkovým skupinám, takže může zahrnout i nepříznivý vztah starších k mladším. V tomto článku se však budu zabývat pouze nepříznivými postoji k seniorům.

Obr. 1. Věk jako indikátor špatnosti smrti a férovosti



neboť nebere v úvahu roli věku v determinaci špatnosti smrti.

Všichni se shodneme na tom, že umírání může být dobré i špatné, pokojné i naplněné bolestí, strachem, pocitem osamění a depresí. Během umírání jsme totiž naživu, takže se náš tento proces a vše, co ho doprovází, bezprostředně dotýká, zasahuje do kontur našeho dobrého života. Jak by však mohla být špatná či dobrá samotná smrt, tj. fakt, že se proces umírání završil, fungování organismu jako celku se nevratně zastavilo a naše existence skončila? Jestliže neexistujeme, nemůžeme nic zakoušet; a nemůžeme-li nic zakoušet, nemůže pro nás nic být ani dobré ani špatné. Tato úvaha však korektní není. Představme si, že nám bohatý strýc, o jehož existenci netušíme, pošle šek na několik milionů korun. Šek se ale cestou ztratí a vzhledem k tomu, že strýc mezitím zemřel, nikdy se o něm nedozvíme. Bylo pro nás špatné, že jsme ho nedostali? (Bradley, 2011).

Intuitivně tušíme, že ano, i když je zřejmé, že ztráta šeku nijak nevstoupila do naší zkušenosti, aby ji a náš život mohla negativně ovlivnit. Představme si ale dva světy – S1 a S2; v prvním světě jsme šek dostali, ve druhém ne. A představme si, že v S1 fakt, že jsme dostali šek, zlepšil náš život o nějakou hodnotu X (její vyčíslení může být problematické, nějaké způsoby však existují). Světy S1 a S2 jsou jinak zcela identické, liší se tedy pouze tím, že v prv-

ním nám byl šek doručený a ve druhém nikoli, liší se tedy hodnotou X. A právě tato hodnota určuje, v jaké míře je pro nás špatné, že se šek ztratil. Kdybychom ho dostali, byl by náš život lepší o X; nedostali jsme ho a špatnost této události je vyjádřena hodnotou X.

O tento scénář se můžeme opřít v úvaze o tom, zda pro nás smrt může být špatná. Představme si, že nějaký pacient onemocní chorobou covid-19 a zemře. Kdyby neonemocněl, žil by dalších několik let. Smrt ho tedy připravila o určitý kus života (nevíme přesně, jak velký, ale to pro naši úvahu není podstatné, jak uvidíme) a v té míře, v níž ho o něj připravila (a život byl dobrý), je pro něj smrt špatná. Této koncepci špatnosti smrti se říká depriváční pojetí, protože v jednoduchosti říká, že smrt je pro nás špatná tehdy a v té míře, v níž nás připraví o dobrý život.

Vraťme se nyní k našim pacientům A a B. Řekněme, že A má dvacet let a B má sedmdesát. V jiných medicínsky relevantních aspektech se neliší, zvláště v prognóze přežití při poskytnutí vzácného zdroje, jímž je mechanický plicní ventilátor. V čem se ale A a B liší, je míra špatnosti smrti. Nevíme sice, do kdy by žil A a do kdy B, když však srovnáme jejich životy, můžeme celkem rozumně předpokládat, že smrt by pro B byla méně špatná, možná dokonce výrazně méně špatná. Když B zemře, neboť nedostane ventilátor, smrt ho zřejmě již o velký kus dobrého života nepřipra-

ví, u 20letého pacienta A však lze očekávat, že jeho život bude ještě dlouhý (minimálně můžeme počítat s průměrnou dobou dožití). Srovnáme-li tedy špatnost smrti A a B, vychází nám, že pro A by smrt byla výrazně horší než pro B. A tento fakt má normativní význam a umožňuje nám určit, že ventilátor by měl být alokovan mladšímu pacientovi.

Nejedná se zde o jasný případ diskriminace a ageismu? Připomeňme si, že ageismus představuje odlišný přístup k lidem na základě věku, přičemž se nejčastěji myslí, že tato odlišnost je v nějakém smyslu pro danou věkovou skupinu a její členy nevýhodná. V našem případě alokace ventilátoru pacientovi A se však o ageismus nejedná, protože lékař se ve skutečnosti nerozhoduje na základě věku. Věk není konečné kritérium rozhodování, ale proměnou, jež udává, jak špatná pro daného pacienta smrt bude. Rozhodování se opírá právě o míru špatnosti smrti, jejíž je věk indikátorem.

Druhý způsob morálního ospravedlnění alokace vzácných zdrojů na základě věku se opírá o princip spravedlnosti či férovosti (Savulescu et al., 2020). Pacient B se od A liší tím, že je výrazně starší; to ale také znamená, že už si „odžil“ velký úsek života a férovost požaduje, aby mladší pacient dostal šanci dožít se podobného věku. Věk zde tedy není kritériem rozhodování, ale opět proměnou umožňující komparativní srovnání toho, co jeden již „má“ a druhý by měl dostat šanci mít to také. Oba přístupy k alokaci zdrojů prostřednictvím (nikoli na základě) věku shrnuje obrázek 1. Modře je znázorněný úsek života pacientů A a B až do případné smrti na covid-19, zelené úsek života, který by mohli prožít, kdyby na tuto chorobu nezemřeli. V horním pravém rohu je srovnání obou segmentů (zelené – depriváční koncepce špatnosti smrti, modré – přístup založený na férovosti). Komparace zelených segmentů ukazuje, že smrt by pro pacienta A byla (komparativně) horší než pro pacienta B, zatímco srovnání modrých segmentů ukazuje, že pacient A prožil delší život než pacient B; férovost tedy požaduje, aby pacient B dostal naději prožít stejný úsek života.

Z těchto úvah plyne, že věk není v případě alokace vzácných zdrojů kritériem volby, ale podobně jako v jiných situacích v medicíně, kdy zastupuje jiné medicínsky relevantní

**INZERCE**

faktory, proměnou umožňující komparativní určení míry špatnosti smrti pacientů, u nichž se vzhledem k okolnostem musíme rozhodovat, komu přidělíme nějaký vzácný zdroj. Tento příklad by mělo sloužit jako varování, že ze skutečnosti, že věk hraje nějakou roli v procesu rozhodování, nemůžeme automaticky odvozovat, že se jedná o nepřipustnou diskriminaci či ageismus (Černý, 2020).

## Mezigenerační alokace zdrojů na základě věku

Předchozí úvahy o roli věku se odehrávaly v poměrně specifickém kontextu alokace vzácných zdrojů v době pandemie. Nutně však potřebujeme nějakou obecnější teorii, která by poskytovala základní rámec všech úvah o alokaci zdrojů systémy zdravotnické péče. Neměla by se tedy omezovat na konkrétní procesy rozhodování, ale měla by se situovat do vyšší roviny rozhodování institucemi poskytujícími zdravotní péči. Naše populace stárne a zdroje nejsou neomezené; jejich rozdělování by mělo sledovat principy racionality a vyhýbat se všem formám diskriminace, včetně té založené na věku.

V následujících řádcích představím vlivnou teorii amerického etika Normana Danielsa, rozpracovanou v celé řadě článků a třech knižních publikacích (Daniels, 1985; Daniels, 1988; Daniels, 2008). Je nepopíratelným faktem, že zdroje, včetně financí, jsou nedostatečné, a je třeba je rozumným způsobem distribuovat. Představme si, že bychom finančně náročně či život zachraňující zdroje primárně přidělovali mladším pacientům. Zdá se, že by se jednalo o jasný příklad diskriminace založené na věku (ageismus), navíc idea preference mladších před staršími evokuje představu mezigenerační války o čas lékařů a ošetrovatelského personálu, intervencí, léků a nemocničních lůžek.

Představme si ale, že každý z nás zaujme pouze individuální, osobní perspektivu. Víme, že zdroje, které nám systémy veřejného zdraví mohou poskytnout, nejsou neomezené. Představme si také, že bychom se měli co nejlépe rozhodnout, jak by tyto zdroje měly být v průběhu našeho vlastního života distribuovány, aby nám přinášely co největší prospěch. V první řadě si asi uvědomíme, že naše možnosti a potřeby jsou závislé na věku

a dobrý zdravotní stav představuje v různých fázích našeho života podmínku možnosti realizace něčeho jiného. Když jsme mladí, poskytuje nám dobré zdraví široký okruh možných realizací, od sportování, cestování, možnosti pracovat či získávat co nejširší spektrum nových zkušeností. Čím více stárneme, tím více se tento okruh zužuje; v pokročilém věku se může omezit až na bezbolestné prožívání každého nového dne.

Zdá se tedy, že pokud bychom měli rozhodovat o alokaci těchto zdrojů, které máme k dispozici, vymezili bychom jejich větší část pro dobu, kdy jsme ještě mladí, příliš jsme toho neprožili, zdraví nám otevírá obrovskou šíři příležitostí. Jinými slovy, finančně náročné lékařské a život zachraňující zákroky bychom chtěli posouvat co nejvíce k začátku našeho života, zatímco pro stáří bychom si chtěli vyhradit zdrojů méně. Není-li možné mít v každé fázi života přístup ke všem zdrojům (péče, intervence, léky...), je pro nás rozumné alokovat většinu těchto zdrojů tak, abychom se dožili v dobrém zdravotním stavu co nejdelšího věku.

Tato individuální perspektiva je nesmírně důležitá, není však sama o sobě dostačující. Jde nám totiž primárně o to, jakým způsobem by měly zdroje alokovat instituce poskytující zdravotní péči, u nichž oprávněně očekáváme, že se nebudou dopouštět různých forem diskriminace, včetně ageismu na makroúrovni. Představme si, že tyto instituce přijímají praxi, podle níž se snaží alokaci finančně náročných a život zachraňujících intervencí, přístrojů či léků vykonávat tak, že upřednostňují mladší pacienty. Například drahá intervence je přednostně poskytnuta 40letému muži před 80letým pacientem. Zaměříme-li se na životy těchto pacientů přesně v daný okamžik, kdy jednomu je 40 a druhému 80, jen těžko se vyhneme závěru, že se jedná o jasnou instanci diskriminace. Daniels však, dle mého soudu správně, upozorňuje na to, že se jedná o chybnou perspektivu (Daniels, 2008).

Správná perspektiva není synchronní, ale diachronní. Máme před sebou dva pacienty lišící se věkem, když však rozmyšlíme, jak distribuovat zdroje, nesmíme se zaměřovat na to, že jednomu je právě teď 40, druhému právě teď 80 a příslušný zdroj dostane jen jeden z nich. Musíme se podívat na celé jejich životy. Osmdesátiletý muž prožil život, během

kterého měl přednostní přístup ke zdrojům (když byl mladý); poté ale zestárl, změnily se jeho potřeby a možnosti, jež mu dobré zdraví poskytuje, a získal také nižší prioritu ve schématech alokace zdrojů. A 40letý muž je zrovna ve věku, kdy je pro něj racionální alokovat si více zdrojů ze svého omezeného „balíčku“, než by to udělal v budoucnosti, a kdy získává určitou (jistě ne absolutní) prioritu před staršími pacienty.

I když tedy v daném okamžiku, v určité fázi jejich věku, přistupujeme k oběma pacientům různě, tato různost je pouze zdánlivá a zakládá se na tom, že nebereme jejich život v celé délce. Snad tuto myšlenku pomůže vyjasnit srovnání s rasismem. Rasismus můžeme definovat víceméně jako ageismus, jen s tím rozdílem, že kritériem našich postojů a chování je lidská rasa (a současně platí, že rasa je morálně irelevantní biologický znak). Představme si, že pacient A má bílou a B černou barvu kůže a lékař upřednostní právě a jen proto pacienta A. Nepochybně se jedná o nepřipustnou diskriminaci, všimněme si ale, že tato volba zahrnuje srovnání dvou životů: života A a života B, a hodnocení B jako v nějakém aspektu méněcenného.

Danielsova koncepce spravedlivé distribuce zdrojů však podobné srovnávání nezahrnuje. Životy A a B jsou zcela rovnocenné a oba mají ve všech svých fázích stejné nároky na lékařské zdroje, jinými slovy, B měl ve čtyřiceti stejný nárok, jako má ve svých čtyřiceti pacient A, a pacient A bude mít ve svých osmdesáti stejný nárok na zdroje, jaký má ve svých osmdesáti pacient B.

Věk můžeme tedy chápat jako indikátor, který určuje rozumnost alokace omezených zdrojů v rámci individuálního lidského života, a současně jako parametr, jímž se mohou řídit instituce poskytující zdravotní péči při rozhodování o alokaci zdrojů. Jejich rozhodování založené na věku nelze chápat jako nějakou formu diskriminace či ageismu, neboť nesrovnáváme mezi sebou věkové skupiny, ale jednotlivé fáze lidského života. Jádro řešení problému alokace zdrojů mezi různými věkovými skupinami se tedy zakládá na triviálním faktu, že všichni stárneme a nemůžeme očekávat, že ve všech fázích našeho života nám budou dostupné všechny potřebné zdroje.



## LITERATURA

1. Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America. *Public Health Reports* 2004; 119: 263–270.
2. Bradley B. *Well-Being & Death*. New York: Oxford University Press 2011: 198.
3. Budson AE, Kowall NW. (eds.). *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Malden: Blackwell 2011: 664.
4. Butler RN. Psychiatry and the Elderly: An Overview. *The American Journal of Psychiatry* 1975; 9: 893–900.
5. Butler RN. Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist* 1969; 9: 243–246.
6. Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review. *Int J Nurs Pract* 2000; 2: 62–69.
7. Černý D. Alokace na základě věku a diskriminace. In Šejvl M, et al. *Vítězové a poražení: Právní a etické problémy současné koronakrizy* [on line]. Praha: Ústav státu a práva 2020 [cit. 2020–6–10]. Dostupné z WWW [http://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE\\_PORAZENI\\_final.pdf](http://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE_PORAZENI_final.pdf).
8. Daniels N. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press 1985: 245.
9. Daniels N. *Am I My Parent's Keeper? An Essay on Justice between the Young and the Old*. New York: Oxford University Press 1988: 205.
10. Daniels N. *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press 2008: 397.
11. Duyckaerts Ch, Litvan I. (eds.). *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 89. Dementias. Elsevier 2008: 913.
12. Ezekiel JE, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips JP. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine* 2020; 3: 1–7.
13. Greenberg J, Schimel J, Martens A. Ageism: Denying the Face of the Future. In Nelson TD, (ed.). *Ageism. Stereotyping and Prejudice Against Older Person*. Cambridge, Mass: The MIT Press 2002: 373.
14. Haškovcová H. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team 2010: 369.
15. Institute of Medicine of the National Academies. *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*. Washington, DC: The National Academies Press 2008: 243.
16. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology* 2009; 3: 4–22.
17. Kotlikoff LJ, Burns S. *The Coming Generational Storm*. Cambridge, MA: The MIT Press, 2004: 274.
18. Levy BR, Banaji MR. Implicit Ageism. In Nelson TD, (ed.). *Ageism. Stereotyping and Prejudice Against Older Person*. Cambridge, Mass: The MIT Press 2002: 372.
19. Mandell AM, Green RC. Alzheimer's Disease. In Budson AE, Kowall NW. (eds.). *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Malden: Blackwell 2011: 664.
20. Nelson TD, (ed.). *Ageism. Stereotyping and Prejudice Against Older Person*. Cambridge, Mass: The MIT Press 2002: 372.
21. Robb C, Chen H, Haley WE. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *Journal of Clinical Gerontopsychology* 2002; 8: 1–12.
22. Savulescu J, Vergano M, Craxi L, Wilkinson D. An ethical algorithm for rationing life-sustaining treatment during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Anaesthesia* 2020; 6: 1–6.
23. Šejvl M, Agha P, Sobek T, Kokešová J, Černý D. Vítězové a poražení: Právní a etické problémy současné koronakrizy. [on line]. Praha: Ústav státu a práva 2020 [cit. 2020–6–10]. Dostupné z WWW [http://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE\\_PORAZENI\\_final.pdf](http://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE_PORAZENI_final.pdf).
24. Wallace P. *Agequake: Riding the Demographic Rollercoaster Shaking Business, Finance and Our World*. London: Nicolas Brealey 2001: 266 s.
25. Wimo A, Winblad B. Economical Aspects of Dementia. In Duyckaerts Ch, Litvan I. (eds.). *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 89. Dementias. Elsevier 2008: 913.
26. Winslow G. *Triage and Justice*. Berkeley: University of California Press 1982: 228 s.