

درس نوشتار

مبانی فلسفی سلامت عادلانه



مدرس:

دکتر اکبر شهریوری

مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران
در امور اخلاق حرفه‌ای

جلسه ۱۰



انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

سلامت عادلانه از دیدگاه دانیلز (۳)

جلسه‌ی قبل بحث ما به اینجا رسید که حتی با اعمال اصل تفاوت راولز هنوز نابرابری‌های در سلامت تا حدی پابرجا خواهد بود و باید برای توزیع عادلانه‌ی منابع کمیاب سلامتی چاره‌ای اندیشید. دانیلز در این مرحله جهت حل مشکلات مشروعیت و انصاف به همان روش راولز متوسل می‌شود. بدین معنا که رویه‌های منصفانه‌ای طراحی شوند که پاسخ‌گوی توزیع عادلانه‌ی منابع کمیاب باشند. وی چهار شرط انتشار، ربط، بازنگری و تنفیذ را شروط صحت این رویه‌ها می‌داند. ایده‌ای که پشت این چهار شرط وجود دارد، درگیر کردن بخش بزرگ‌تری از جامعه علاوه بر کارگزاران خصوصی و دولتی سلامت است. زمانی که قرار است برای نحوه‌ی دسترسی به منابع محدود مراقبت سلامتی تصمیم‌گیری کنیم، بهترین روش درگیر کردن افراد بیشتری در پروسه‌ی تصمیم‌گیری است. می‌دانیم که این نوع مشورت عمومی گسترده که قرار است زیربنای مقررات عمومی نظام مراقبت سلامتی باشد، لزوماً یک رویه‌ی دموکراتیک سازمان‌یافته نیست ولی در عوض این روش می‌تواند در اشکال گوناگون خود در فرایندهای سازمانی جای گیرد و تحت برخی شرایط منجر به سیاست‌گذاری‌های مشروع شود. به نظر دانیلز چنین فرایندهایی می‌تواند عملکردهای آموزشی نیز داشته باشد چرا که با این روش می‌توان جامعه را با شیوه‌های مناسب تعقل و استدلال آشنا نمود.

انجمن علمی دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

باید توضیح مختصری درباره‌ی این شروط خدمت دوستان عرض کنم. شرط اول از چهار شرط یاد شده به دنبال آن است که دلایل منطقی تصمیمات، به صورت عمومی قابل‌دسترس تمامی کسانی باشد که تحت‌تاثیر آن تصمیمات قرار می‌گیرند. برای مثال مدتی پیش در یکی از برنامه‌های سلامت آمریکا تصمیم گرفته شد که درمان هورمون رشد فقط برای کودکانی که نقص هورمون رشد یا سندروم ترنر دارند، پوشش داده شود. این تصمیم به‌دقت مورد تأمل و مشورت قرار گرفت و دلایل تصمیمات اتخاذ شده دقیقاً بررسی شد. این دلایل شامل فقدان مدرکی در خصوص اثربخشی با نرخ منفعت-خطر مثبت برای دیگر گروه‌های جمعیت درگیر بود و به عبارت ساده‌تر، شواهد علمی نفع تجویز این هورمون را برای کسانی که نقص در ترشح هورمون رشد نداشتند بیشتر از خطر احتمالی برای آنان نشان نمی‌داد. علاوه‌بر آن پوشش همگانی سبب می‌شد پوشش درمانی برای سایر بیماری‌ها و ناتوانی‌ها کاهش یابد. با این حال، در زمان مناسب دلایل این موضوع از طرف مدیران سیستم سلامت به اطلاع پزشکان

نرسید، همچنین در خصوص تصمیم اتخاذ شده، حمایت بیماران و خانواده‌ی آنان درباره‌ی این رویه، جهت تصمیم‌سازی مشترک، اخذ نشد. در حالی که به نظر می‌رسید این دلایل کاملاً قابل‌دفاع و با مصلحت عمومی کاملاً منطبق بودند و با این که این هدف‌گذاری اجتماعی برای همه قابل‌فهم بود و همه‌ی مردم می‌توانستند درک کنند که تحت محدودیت‌های منابع، دلایل ارائه شده مبنی‌بر اثربخشی و درمان ایمن برای یک جمعیت از قبل تعریف شده، کاملاً مرتبط با هدف یاد شده است، به دلیل عدم انتشار صحیح و به‌موقع اطلاعات، اجرای این طرح با مشکلات فراوانی مواجه شد. دلیل مهم دیگری که این طرح را توجیه می‌کرد این بود که به نظر افراد منطقی محدود نمودن درمان‌های روتین برخلاف محدود نمودن اقدامات پزشکی جهت تقویت انسان (enhancement)، مستلزم دلایل اخلاقی است و مادامی که این دلایل موجود نباشند نمی‌توان منابع عمومی را به سمت چنین اقداماتی سوق داد. با این حال در این گونه تصمیم‌گیری‌ها می‌دانیم که هنوز نکته‌ی مبهمی باقی است و آن تعریف

«شخص منطقی¹» است. این معضل در تمام استدلالاتی که پذیرش دلایل را منوط به اقناع انسان‌های منطقی کرده است وجود دارد و تا زمانی که تعریف درستی از انسان منطقی نداشته باشیم پاسخ به این سوال که آیا عدم توافق برخی با اقدامات انجام شده قابل اعتنا است یا خیر کاری دشوار است. به هر حال قطعاً دسترسی به اجماع مطلق، کاری بسیار دشوار و شاید نشدنی است ولی مزیت انتشار دلایل این است که شاید بتوانیم با شرح بافتاری که سبب اتخاذ تصمیمات شده است به الگوهای ثابتی دست یابیم که مادامی که این بافتار ثابت بماند اقدامات مشابهی را بر اساس این الگوی ثابت در آینده پی‌ریزی کنیم. از طرفی دیگر زمانی که ملزم به بیان دلایل و استدلال‌اتیم، طبیعتاً کیفیت تصمیم‌گیری بهبود می‌یابد حتی اگر نتوانیم به اجماع عمومی دست یابیم. زمانی که با موارد مشابه که بافتار مشابهی دارند، رفتاری مشابه صورت می‌گیرد، از لحاظ شکلی و رسمی، انصاف‌ورزی همواره بهبود می‌یابد و زمانی که ارزیابی نظام‌مند استدلال‌ات وجود دارد، انصاف‌ورزی از لحاظ

محتوایی و معنایی ارتقا می‌یابد. نتیجه‌ی این دو، بهبود کیفیت تصمیم‌گیری است. پس تا اندازه‌ای که ما قادر به آشکارسازی نقص‌های استدلال‌ات اخلاقی‌مان هستیم، احتمال این که به تصمیمات منصفانه برسیم زیاد است. عملاً نیز دیده شده است که همواره مردم تعهدات اخلاقی سازمان‌هایی را که با روش‌های یاد شده تصمیمات خود را اتخاذ می‌کنند، بیشتر می‌فهمند.

و اما شرط دومی که دانیلز برای منصفانه بودن این رویه‌ها نام می‌برد شرط «ربط» است. این شرط دو قید مهم را بر استدلال‌ات عقلی که به صورت عمومی قابل دسترسی‌اند تحمیل می‌کند. قید اول این است که باید تفسیری منطقی از ارزش مالی پروژه ارائه شود تا ارزنده بودن آن نسبت به سایر پروژه‌های رقیب توجیه شود و قید دوم آن که باید مشخص شود که چگونه جامعه یا سازمان مربوطه، منابع مالی پروژه را تحت محدودیت‌های منطقی منابع باید تامین نماید.

¹Reasonable Person

نکته‌ی بسیار مهمی که باید به آن توجه کرد نقش مصلحت عمومی در این نوع از تصمیم‌گیری‌هاست. در مبحث امت‌گروی اشاره کردیم که امت‌گرایان چارچوب عدالت را در ارزش‌های مشترک امت جستجو می‌کنند و اصولاً تصمیم‌گیری در خصوص مسائل عدالت که امت درگیر آن است راهی به‌جز ارجاع به ارزش‌های مشترک ندارد. بسیاری از لیبرال‌های چپ‌گرا زمان تصمیم‌گیری در حالت تعارض میان منافع فردی و جمعی، نشانه‌هایی از تمایل به حفظ منافع جمعی را در دستور کار خود قرار می‌دهند و مصلحت عمومی برای آنان پررنگ می‌شود. دانیلز نیز از این قاعده مستثنا نیست و در این مرحله سعی می‌کند مصلحت عمومی را در روند تصمیم‌گیری‌های منصفانه دخالت دهد. به نظر وی هدفی که از برآوردن نیازهای مراقبت سلامتی جمعیت بیماران در شرایط محدودیت منابع دنبال می‌شود به‌نوعی پیروی از مصلحت عمومی است. مصلحت ایجاد می‌کند زمانی که تمام تلاش‌ها در جهت یکسان‌سازی نابرابری‌ها در جامعه صورت گرفته است ولی باز به علت کمبود منابع امکان پوشش

همگانی به صورت عادلانه وجود ندارد رویه‌های عادلانه‌ای را پی‌ریزی کنیم که این منابع در جای خود مصرف شوند. استدلالاتی که در این مرحله برای مصرف منابع ارائه می‌شود باید منطقی باشند و در اینجا استدلال منطقی بدین معناست که از دلایلی استفاده کنیم که به‌وسیله‌ی مردمی که به اصطلاح "عاری از غرض² اند" مرتبط تلقی شوند. این دلایل قطعاً با استناد به شواهد علمی، ارزش و اصول اخلاقی است ولی آنچه که اهمیت دارد این است که ارتباط میان این دلایل و نتایج حاصل از آنها برای افرادی که سوگیری خاصی ندارند، قانع‌کننده باشد. واژه‌ی افراد "عاری از غرض" در وهله‌ی اول ممکن است تا حدی رمزآلود تلقی شود ولی می‌توان تعریف مشخصی از این واژه ارائه کرد و از آن ابهام‌زدایی کرد. بر اساس تعریف دانیلز "مردم عاری از غرض" کسانی‌اند که به دنبال مشارکت اجتماعی دوسویه‌اند. مثال وی در این مورد، استناد به مسابقات ورزشی است. در مسابقات ورزشی قواعدی تعریف می‌شود که معمولاً توسط بازیکنان پذیرفته شده و آنها نسبت به

²Fair-minded People

سایر قواعد ترجیح داده می‌شوند. در واقع تحویل نیازهای مراقبت سلامتی همانند بازی کردن در یک ورزش است که قواعد بازیگران که همان تحویل‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت سلامتی‌اند منصفانه تشخیص داده شده و بازی با آن قواعد را به نفع طرفین می‌دانند.

راولز توصیف جالب‌تری در خصوص این گونه فرایندها دارد که گرچه انطباق‌چندانی با فرهنگ ما ندارد ولی بیانش خالی از لطف نیست. او می‌گوید فرض کنید ما در مورد خاصی توافقی پیشینی بر یکی از اصول حاکم بر موضوع مورد مناقشه داشته باشیم ولی این بدین معنا نیست که در این حالت نیازمند فرایندی نباشیم که در به

کارگیری این اصل ما را یاری دهد. مثالی که راولز در این مورد به آن اشاره می‌کند، فرایند دادگاه کیفری است. در دادگاه کیفری ما نیازمند فرایند اثبات ادعا و قواعد شهادت در یک دادگاهیم تا به ما در انطباق آن اصل بر مصادیق ادعایی کمک کند. برای مثال در یک دادگاه کیفری که متهم به تقصیر خود اعتراف می‌کند از تخفیف مجازات برخوردار می‌شود و این یک اصل

پذیرفته شده در محاکم کیفری در حقوق عرفی است. موردی را در نظر بگیرید که متهم مرتکب جرمی نشده است ولی شواهدی در دادگاه علیه او اقامه شده است که با استناد به آن شواهد و اصول حاکم بر حقوق کیفری او مجرم شناخته می‌شود. دادگاه از متهم درخواست می‌کند که به جرم خود اعتراف کند تا از تخفیف مجازات برخوردار شود. حال اگر متهم واقعاً جرمی را مرتکب نشده باشد با عدم اعتراف سال‌های بیشتری را باید در زندان به سر برد و اگر اعتراف به جرم نکرده بکند از تخفیف مجازات برخوردار می‌شود. اینجا است که راولز این فرایند منصفانه را یک فرایند رویه‌ای «ناخالص» می‌نامد. بر این اساس چون نتیجه‌ی یک محکمه در این شرایط ممکن است با پذیرش چنین اصلی به خطا رود، در طبقه‌بندی راولز محکمه‌ی کیفری هم ناخالص و هم ناقص است.

در مقابل این رویه، راولز از رویه‌ای دیگر سخن می‌گوید که نام آن را عدالت رویه‌ای خالص³ می‌گذارد. در این گونه رویه‌ها ما فاقد اصل پیشینی

³Pure Procedural Justice

هستیم. راولز این مورد را با مثال قماربازی شرح می‌دهد. در قماربازی هیچ اصل پیشینی بر نتیجه‌ی منصفانه‌ی یک قمار، به‌جز نتیجه‌ی یک قمار منصفانه که متشکل از چرخ رولت متعادل، تاسی متعادل یا یک سطح مسطح، وجود ندارد. دانلیز نیز با استفاده از مثال راولز بر این مورد صحنه می‌گذارد که مورد ما که شامل حل منطقی عدم توافقات در خصوص تخصیص منابع است، از جهاتی با قمار منطبق است زیرا هیچ توافق پیشینی بر یک اصل وجود ندارد، ولی از جهات دیگر با قماربازی همسو نیست. او می‌گوید فرایندهای ما نباید به‌گونه‌ای طراحی شوند که اصول اصلی عدالت و حقوق اساسی بشر را نقض کنند. برای مثال اگر فرایند طراحی شده عدم تبعیض نژادی را نقض کند، قابل‌پذیرش نیست. برخلاف قماربازی، فرایند منصفانه‌ی ما فقط در صورتی قابل‌قبول و منصفانه است که نقض اصول اولیه‌ی اخلاقی حقوق اساسی بشر را نقض نکند. دانلیز تصریح می‌کند که نتایج فرایندهایی که با شروط چهارگانه طراحی کرده است هم مشروع و هم منصفانه است. به همین علت مثال مسابقات ورزشی را بهترین

مثال برای تبیین و توصیف این فرایندها می‌داند.

برای روشن‌تر شدن موضوع مجدداً به مثال محدودیت استفاده از درمان هورمون رشد اشاره می‌کنیم. قبلاً گفتیم که نظریه‌های حمایت از فرصت برابر همواره مورد این اعتراض قرار گرفته‌اند که در مواردی مشابه با هورمون رشد، نظام سلامت باید مداخلات پزشکی را برای از بین بردن و زدودن نابرابری‌های افراطی به کار نبرد. از منظر حمایت از فرصت برابر، کلیه‌ی نابرابری‌های افراطی که نشان از وضعیت نامساعدی دارند، باید جبران شوند و بر این اساس فرد کوتاه قد نرمال فرقی با فرد کوتاه قد غیرنرمال ندارد؛ زیرا هر دو در وضعیت نامساعدی قرار گرفته‌اند، پس هر دو باید در دستور کار قرار گرفته و درمان شوند. به نظر می‌رسد هر دو طرف این اختلاف یعنی مساوات‌طلبان و منتقدین، به این تشخیص نسبی رسیده‌اند که امکان مخالفت "شخص منطقی" در خصوص الزامات ناشی از اصل محافظت‌کننده از فرصت وجود دارد. ظاهراً هر دو طرف این مجادله -مساوات‌طلبان لیبرال و آزادانگاران- به

اصل "برابری فرصت" اعتقاد دارند ولی در مورد کاربردهای آن با یکدیگر اختلاف دارند. پس باید ارتباط و مناسبت دیگری برای صدق انتخاب خود اقامه کنند، دلیل ثانویه‌ای که بتواند این ربط را برای "شخص منطقی" توجیه نماید.

البته داستان به اینجا ختم نمی‌شود و "شرط ربط" پیچیدگی‌های بیشتری را می‌تواند به دنبال داشته باشد. تصور کنید که من چنین استدلال کنم که چون این درمان برای من و امثال من فایده دارد باید در دستور کار قرار گیرد. یا چون استثنا کردن من و امثال من از درمان یاد شده به ما آسیب می‌رساند، نباید از چنین درمانی چشم‌پوشی کرد. قطعاً در همان نگاه اول شما به عنوان

یک "شخص منطقی" این نوع استدلال را از آن نوع استدلال مربوط به شمار نخواهید آورد زیرا به هر حال تصمیمات هم‌پوشان رقیب نهایتاً برای عده‌ای مزیت و برای عده‌ای دیگر نوعی عدم مزیت است. پس می‌توان گفت مزیت و عدم مزیت دلیل مرتبطی در این گونه محاسبات برای اشخاص منطقی محسوب نمی‌شود. حال فکر کنید تصمیمی اتخاذ شده

است که برای من عدم مزیت است ولی برای دیگری که وضعیتی مشابه وضعیت من دارند مزیت تلقی می‌شود. ظاهراً در اینجا با یک استدلال و دلیل غیرمرتبط سر و کار داریم زیرا انتظار داریم تصمیم متخذه برای تمام کسانی که وضعیت کاملاً مشابه دارند، یکسان باشد. همچنین با همین رویکرد، اگر تصمیمی، یک فرد و دیگری شبیه او را در معرض آسیب قرار دهد و این آسیب بیش از آنی باشد که در اثر اعمال تصمیمات در دسترس جایگزین بر دیگران وارد می‌شود، باز چنین تصمیمی را منطقی نخواهیم یافت و این نوع استدلال را غیرمرتبط تلقی خواهیم کرد. پس نهایتاً در این قسمت باید استدلالات ما افراد منطقی را متقاعد کند که این نوع استدلال با اعمال موضوع مورد بحث مرتبط است. همان طور که قبلاً هم اشاره شد این فرآیند می‌تواند بارها و بارها تکرار شود تا بهترین قواعد برای بازی منصفانه‌ی تحویل خدمات سلامتی کمیاب را ارائه نماید. به نظر دانیلز این کار گرچه بسیار سخت ولی نهایتاً امکان‌پذیر است. در این مرحله بررسی هزینه و ارزش درمان اهمیت می‌یابد. قیدی که در

اینجا است، مباحث مربوط به هزینه-اثر بخشی⁴ و هزینه-ارزش⁵ پروژه را پررنگ می‌کند. ما در مباحث مربوط به سلامت عادلانه از دیدگاه فایده‌گرایان درباره‌ی این اصطلاحات به تفصیل صحبت خواهیم کرد. اشاره‌ی مختصری که در اینجا برای تبیین نظریه‌ی دانیلز لازم است این است که بدانیم ارزش یک مداخله‌ی درمانی، اولین چیزی است که باید روی آن تمرکز کرد. این ارزش به ملاحظات نظیر توزیع اجتماعی، محدودیت‌های هزینه و همچنین مباحث جیره‌بندی وابسته است. تجزیه تحلیل هزینه-اثر بخشی نیز در مباحث اقتصاد سلامت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. این روش شبیه روش تحلیل هزینه-فایده است. در تحلیل هزینه-فایده، فواید اقتصادی هر برنامه‌ای با هزینه‌های آن مقایسه می‌شوند. معیار در این نوع تحلیل "پول" است و همین معیار در واقع عیب این روش محسوب می‌شود؛ زیرا فواید حاصل از یک برنامه‌ی سلامت را نمی‌توان همیشه در قالب پول بیان کرد. فواید در این تحلیل در قالب تولدها و

مرگ‌ومیرهایی است که از آنها پیش‌گیری شده یا بیماری‌هایی که کنترل یا ریشه‌کن شده‌اند. چون حیطه‌ی به کارگیری این روش نسبتاً نامفهوم است، در اقتصاد سلامت نیز از تجزیه تحلیل هزینه-اثر بخشی استفاده می‌کنیم. در این روش فواید در قالب پول بیان نمی‌شوند بلکه در قالب نتایج به دست آمده یعنی تعداد زندگی‌های نجات‌یافته و یا تعداد روزهای سلامت بیان می‌شوند. کسانی که به دنبال برآوردن نیازهای درمانی یک جمعیت متکثرند می‌دانند که منابع در دسترس محدودند و باید بررسی دقیقی از تحلیل‌های هزینه-اثر بخشی و ارزشمند بودن پروژه داشته باشند. حال تصور کنید که ادعا این باشد که یک پروژه یا یک مداخله‌ی پزشکی هزینه‌ی بالایی دارد و با اثر بخشی آن هم‌خوانی ندارد یا بالعکس، پروژه یا مداخله‌ی یاد شده ارزشمند است و اثر بخشی آن نسبت به هزینه چشم‌گیر است. زمانی که ادعایی که درباره‌ی ارزش پروژه مطرح است با سودآوری و رقابتی بودن خدمات سلامت گره بخورد، تعیین اینکه پروژه ارزشمند است یا خیر با مشکلات متعددی روبه‌رو می‌شود.

⁴Cost-Effectiveness

⁵Cost-Worthiness

بزرگ‌ترین مشکل، تامین اطلاعات دقیق است، زیرا در کشورهایی که بخش خصوصی در نظام سلامت آنها نقش ایفا می‌کند به دست آوردن این اطلاعات تقریباً غیرممکن است. آنچه برای بخش خصوصی مهم است سودآوری است و نظام اقتصاد آزاد رقابتی، افشای اطلاعات دقیق را برخلاف منافع بخش خصوصی می‌داند. داروهایی که استراتژیک‌اند نظیر داروها و واکسن‌هایی که در پاندمی‌ها مصرف دارند، نیازمند اطلاعات بسیار گسترده و همچنین انباشتگی وسیعی از تجربه و آموزش‌اند که بخش خصوصی حاضر به افشای آنها نیست. صنعت داروسازی در جهان که گاهی اوقات برای فرمولاسیون و تولید داروها فقط چند میلیارد دلار برای تحقیق و توسعه آن هزینه می‌کند به راحتی اطلاعات خود را در بازار رقابتی در اختیار کسی قرار نمی‌دهد. ظاهراً این اقدامات ما را به جایی می‌رساند که حتی ممکن است فکر کنیم که شرط ربط ساقط می‌شود؛ زیرا مادامی که اطلاعات درستی درباره‌ی ارزش پروژه نداشته باشیم، ارائه‌ی دلایل مرتبط نیز امکان‌پذیر نخواهد بود. حتی اگر این

چنین بدبینانه به موضوع ننگریم، بدون شک باید بگوییم که تصمیم‌گیری صحیح برای توجیه "افراد منطقی" نیازمند اطلاعاتی است که عمدتاً در دسترس نیست و مشکل بتوان پی برد که این اطلاعات چه زمانی در دسترس قرار خواهد گرفت. اگر بخواهیم "شرط ربط" را به صورتی تقریباً کامل اجرایی کنیم چاره‌ای جز وادار کردن موسسات انتفاعی برای افشای اطلاعات نداریم و این امر تاکنون محقق نشده است. در کشورهای که سیستم‌های دولتی سلامت، اکثریت بار برآورده‌سازی مراقبت سلامتی را بر دوش می‌کشند کمتر این مشکل به چشم می‌خورد ولی این تعارض منافع حتی در میان بخش‌های دولتی نیز دیده می‌شود. به هر حال اگر برنامه‌های سلامت انتفاعی بخواهند در این رویه‌ی دموکراتیک مشارکت داشته باشند باید به دنبال افشای اطلاعات باشند چون استدلالات آنان بدون یک افشای دقیق از ارزش پروژه، برای فرد منطقی قابل قبول نخواهد بود.

چنانچه مشاهده می‌شود قیود تحمیل شده بر استدالات در اینجا، مجادله‌ی

فلسفی در خصوص مشروعیت رویه‌های دموکراتیک را نمایان می‌سازد. زمانی که از مفهوم تجمعی در رویه‌های دموکراتیک سخن می‌گوییم، احتمالاً اشاره به رای‌گیری مستقیم داریم. این شیوه‌ی بهترین روش برای شناخت ترجیحات تجمعی است. دقت کنید که ترجیحات تجمعی الزاماً منطبق بر ارزش‌ها و اصول اخلاقی نیست و این دلواپسی همواره وجود دارد که این رویه، ارزش‌ها و اصول را تخریب کند. به همین علت است که دانیلز می‌گوید که هر نوعی از ترجیحات در این روش کارایی نخواهد داشت و باید ترجیحاتی مدنظر قرار گیرند که از یک تأمل فلسفی نسبتاً دقیق ناشی شده باشند. تمام طرف‌های درگیر باید به دنبال مشارکت منصفانه باشند و قطعاً این مشارکت، شیوه‌ی منطقی و نوع استدلال را تبیین خواهد کرد. حتی اگر بخواهیم در حل اختلاف به رای اکثریت عمل نماییم به‌ویژه جایی که مسائل اخلاقی مهمی درگیر موضوع‌اند، باید همه بپذیرند و تصدیق کنند که این تصمیم ناشی از استدلالاتی است که با تأمل و مشورت با دیگران اخذ شده است. به عبارت دیگر اکثریت نباید ترجیحات

خود را با قدرت مطلقه‌ی خود بر اقلیت تحمیل کنند، بلکه باید به دنبال دلایل و توجیهاتی باشند که برای تمام کسانی که به دنبال واژگان مشارکت‌اند، قابل‌پذیرش باشد. نمونه‌ای از این گونه تصمیمات در برخی از ایالات آمریکا نظیر اورگان اخذ شده است که علی‌رغم مشکلات متعددی که برای آن ایالت در تخصیص منابع به وجود آورده، اما نتایج تقریباً قابل‌قبولی به همراه داشته است.

دو شرط دیگری که دانیلز به آنها اشاره می‌کند شروط استیناف و اجرا است. تصمیمی که بر اساس دو شرط قبل اتخاذ شده است ممکن است توسط بیماران، پزشکان یا به صورت کلی ذی‌نفعان به چالش کشیده شوند. امکان دارد این چالش بسیار جدی باشد و به طور موثری منجر به تجدید نظر در آن تصمیم شوند. زمانی که با چالش پیش آمده مزایای بیان شده برای این تصمیم از بین بروند، فرآیند تصمیم‌سازی از سر گرفته می‌شود. در واقع با ایجاد مسیر جدیدی از ورود اطلاعات، استدالات گسترش یافته و شیوه‌ای جدید در ارتباط میان

استدلالات و تصمیم اتخاذ شده دنبال می‌شود. در چنین مواردی اطلاعات افشاشده‌ی جدید سبب می‌شود کسانی که تا به حال صدایشان شنیده نشده و به آنها اهمیتی داده نشده است، با طرح استدالات جدید مسیر رویه‌ی قبلی را تغییر دهند. معمولاً در جوامع دموکراتیک، اعمال قدرت از طرف نهادها و سازمان‌ها شدیداً تحت نظارت گروه‌های مختلف است. در موضوع سلامت، پزشکان و کادر درمانی که مجری سیاست‌های دموکراتیک‌اند، گاهی اوقات با تغییرات افشای اطلاعات، رویه‌های موجود را به چالش می‌کشند و این چالش می‌تواند بنیان‌های یک جامعه دموکراتیک را که باید بر اساس ملاحظات و تفکرات صحیح و منطقی شکل گرفته باشد، دگرگون سازد. این مکانیسم‌ها سبب می‌شود پاسخ‌گویی حتی در سازمان‌های خصوصی سلامت گسترده‌تر شود و کسانی که تحت‌تأثیر این تصمیمات‌اند با تصمیمات محدودیت‌زا برخورد کنند و آنها را به چالش بکشند. به این ترتیب، الزامات ناشی از این چهار شرط فرایندهای دموکراتیک را با پاسخ‌گویی تصمیم‌گیران تقویت می‌کند و تضمینی در

راستای اجرای انصاف در تصمیمات محدودیت‌زا ایجاد می‌نماید.

دانیلز در اینجا از عبارت "پاسخ‌گو بودن برای منطقی بودن"⁶ استفاده می‌کند. سازمان‌ها اعم از خصوصی و عمومی که اعمال محدودیت می‌کنند باید پاسخ‌گوی تصمیمات منطقی‌شان باشند. هر زمانی که قرار است تصمیم محدودیت‌زایی از طرف نهادهای مربوطه گرفته شود، شروط یاد شده باید رعایت شوند و تصمیم‌گیران مسئولیت پاسخ‌گویی به تصمیماتی را که اخذ شده است بر عهده‌ی گیرند. این نوع پاسخ‌گویی چه در سیستم‌های عمومی و چه در سیستم‌های تلفیقی⁷، تنها راهی است که می‌تواند منصفانه بودن تصمیمات را تضمین کند و مشروعیت روند مربوطه را توجیه نماید. توجه به این نکته لازم است که تنها مشارکت عمومی نیست که موجب مشروعیت این روند می‌شود بلکه پاسخ‌گویی نیز از ارکان نظام مشروعیت این گونه تصمیم‌سازی است.

⁶Accountability for Reasonableness

⁷Private-Public Systems

در بسیاری از سازمان ها، استدلالاتی که مبنای تصمیمات قرار گرفته‌اند در هاله‌ای از ابهام است و به‌گونه‌ای رمزآلود و نفوذناپذیر جلوه می‌کند. زمانی که از صف‌های انتظار طولانی در جیره‌بندی کالاهای سلامتی صحبت می‌کنیم، مردمی که تحت‌تاثیر این تصمیمات‌اند حق دارند از فرایندهای مربوطه اطلاع یابند و نظر خود را در خصوص تصمیمات متخذه بیان نمایند. نمی‌توان از مردمی که منتظر عضو پیوندی‌اند انتظار داشت که نسبت به تصمیمات مسئولین بی تفاوت باشند و فرایند طراحی شده توسط آنها را بی‌چون‌وچرا بپذیرند. ممکن است این سوال مطرح شود که در بسیاری از نظام‌های سلامت، جیره‌بندی‌ها در همین جعبه‌های سیاه طراحی شده‌اند و افراد تحت‌تاثیر نیز چنین نظام‌هایی را پذیرفته‌اند. ولی از این نکته نباید غافل شد که هر نظام عادلانه‌ای که در پی تثبیت انصاف در مواردی نظیر جیره‌بندی است، سکوت مردم را نباید دلیل و توجیهی برای منصفانه بودن تصمیمات خود بداند. بله، امکان سازگاری مردم با هر گونه سیاست‌گذاری وجود دارد ولی این دلیلی بر منصفانه بودن آن

سیاست‌گذاری نیست. چنین سازگاری در طی تاریخ بشری نیز دیده می‌شود. سازگاری بردگان با تصمیمات متخذه از طرف اربابان و یا تسلیم و سازگاری زنان در مقابل سرکوب‌های اجتماعی مثال‌هایی از این گونه روندها و فرایندهای غیرعادلانه است. نکته‌ی دیگری که باید به آن اشاره کنم اعمال هر چهار شرط یاد شده در مقابل اجرای برخی از آنها است. زمانی که هر چهار شرط اعلام شده در فرایند تصمیم‌گیری اعمال شود، ما با یک پاسخ‌گویی حداکثری از سوی تصمیم‌گیران مواجه می‌شویم در حالی که اجرای برخی از شروط و عدم توجه به شروط دیگر سبب یک پاسخ‌گویی نسبی می‌شود که به قول دانیلز پاسخ‌گویی از نوع توجه به "چرخ‌هایی است که به قترقز افتاده‌اند". این اصطلاح زمانی به کار می‌رود که یک سری از مشکلات با بروز خود جلب توجه بیشتری می‌کنند و ما را از توجه به سایر مشکلات باز می‌دارند.

موضوع دیگری که این مبحث با آن مواجه است، رویکرد جیره‌بندی در سیستم‌های عمومی و تفاوت آن با سیستم‌های تلفیقی است. در

سیستم‌های تلفیقی ممکن است دو بیمه‌گر با برنامه‌های سلامتی متفاوت، به داورهای مختلفی در اعمال محدودیت‌ها برسند. فرض کنید که روند هر دو تصمیم‌گیری درست باشد و نهایتاً هر دو به داور صحیحی برسند. نتیجه این خواهد شد که برخی بیماران به خدماتی دسترسی پیدا خواهند کرد که دیگران به آن دسترسی ندارند و چون پیش‌فرض ما این است که جامعه باید با موارد مشابه، رفتار مشابهی داشته باشد به نظر می‌رسد این روش سبب نقض انصاف می‌شود.

در سیستم عمومی نیز امکان چنین نوسانی وجود دارد. این نوسانات در سیستم‌های عمومی معمولاً میان مناطق و بخش‌ها دیده می‌شود ولی تفاوت آن با سیستم تلفیقی در این

است که کنترل این ناهنجاری‌ها در سیستم‌های عمومی امکان‌پذیر است.

در سیستم‌های عمومی بودجه‌بندی و قانون‌گذاری در کلیه مراکز تحت امر

دولت قابل‌کنترل است و می‌توان به

فرایندهای منصفانه در جایی که اجماع

پیشینی بر نتایج منصفانه نداریم، امید

بیشتری داشته باشیم. چنین تجربه‌ای

را در سیستم سلامت بریتانیا می‌توان

مشاهده کرد. در بریتانیا زمانی که

متولیان سلامت منطقه‌ای تصمیمات متفاوتی در خصوص پوشش در خدمات سلامت ملی می‌گیرند، اختلال اساسی در توزیع کالاهای خدمات سلامتی دیده می‌شود. به همین دلیل "سازمان ملی برای تعالی بالینی (NICE)"⁸ تاسیس شد تا با ارائه توصیه‌های سلامتی برای انگلیس و ولز، سیاست‌گذاری مناطق تحت پوشش را یکپارچه کنند. بسیاری از مواردی که متضمن "پاسخ‌گویی برای منطقی بودن" است، در طراحی و مدیریت NICE دیده می‌شود. موفقیت این پروژه سبب شده است برخی از کشورهای اسکاندیناوی نظیر نروژ و سوئد و همچنین کشورهایی چون کانادا و حتی مکزیک از این پروژه استقبال نموده و اولویت‌بندی منابع کمیاب سلامتی را بر این اساس و مشاوره‌ی NICE انجام دهند. البته چنین رویکردی کمتر در کشور آمریکا به کار گرفته شده است.

دانیلز معتقد است که رویکرد

"پاسخ‌گویی برای منطقی بودن"

می‌تواند رویکرد حقوق بشری برای

سلامت را نیز تقویت کند. با توجه به

⁸National Institution for Clinical Excellence

اینکه رویکرد حقوق بشر به سلامت، قادر نیست دلایلی منطقی در خصوص اولویت‌دهی منابع کمیاب سلامت در میان ادعاهای رقیب ارائه کند، رویکرد ارائه شده در اینجا با تقویت فرایندهای منصفانه می‌تواند دلایل حقوق بشری برای تثبیت حق بر سلامت یا حق بر مراقبت سلامتی را تقویت کند. همیشه رویکرد حقوق بشری در سلامت با این چالش روبه‌رو بوده است که حق بر سلامت با کدامیک از بنیان‌های حقوق بشری قابل اثبات است. ما درباره‌ی نظریه‌ی فلسفی حق بر سلامت در جلسات آتی سخن خواهیم گفت.

به نظر دانیلز از دیگر مزایای این رویکرد، راه‌حلی درباره‌ی عدم توافق نظریه‌های رقیب درباره‌ی اندازه‌ی کاهش نابرابری‌ها در سلامت است. دیدیم که مشکلاتی نظیر اولویت‌بندی و بهترین نتیجه‌ی ممکن در برابر شانس‌های منصفانه، زمانی ایجاد می‌شوند که ما قصد داریم تصمیماتی اتخاذ کنیم که نابرابری‌ها در سلامت را کاهش دهیم. رویکرد دانیلز به ما کمک خواهد کرد، تعادلی میان اولویت‌دهی برای کاهش

نابرابری در سلامت در مقابل انباشتگی سلامت جمعیت ایجاد کنیم. در واقع دلایلی که برای این موازنه ارائه می‌شوند باید توسط "افراد منطقی" تایید شود و این دلایل با شروط چهارگانه‌ی انتشار، ربط، استیناف و اجرا منطبق شود. این چنین می‌توان مشکل دو نظریه‌ی رقیب یعنی نظریه اولویت‌گروی⁹ و نظریه‌ی فایده‌گروی صرف را تا حد زیادی مرتفع نمود.

جمع بندی:

۱- نظریه‌ی دانیلز در پاسخ به سوالات سه‌گانه، به طور ضمنی بیان می‌کند که انسان‌ها اقدامات گسترده و جامعی را برای کاهش خطرات و توزیع منصفانه‌ی سلامتی مدیون یکدیگرند. در حقیقت ما نه تنها باید به دنبال انجام اموری در جهت تقویت و توسعه‌ی مراقبت عمومی سنتی باشیم بلکه باید عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت را نیز با یک روش و اسلوب منصفانه در جامعه توزیع کنیم. اقدامات سنتی نظیر تعهد بر کاهش خطرات در محیط کار و زندگی همچنان باید ادامه یابد ولی این

⁹Prioritarianism

اقدامات پاسخ‌گوی نیازهای فعلی نیست. بررسی‌ها نشان می‌دهند که عدالت اجتماعی به طور عمومی برای تقویت سلامتی ضروری است و این بدان معناست که ما باید بیاموزیم که چگونه و با چه روشی تاثیرپذیری خود را بر مردم، جهت پذیرش مسئولیت سلامتی خود تقویت کنیم، ولی سعی کنیم در همان زمان درگیر سرزنش و سرکوب کسانی که به دلایلی از خود محافظت لازم را نکرده‌اند نشویم. می‌دانیم که ارتقای سلامتی نیازمند تامین انگیزه‌هایی برای شهروندان است تا آنان را تشویق کند که در این مسیر گام بردارند و احتیاط را در دستور کار خود قرار دهند. برای مثال با تامین یک زندگی حداقلی برای شهروندان می‌توانیم ورود آنان را در این مسیر تسهیل نماییم و باید بدانیم که بدون تامین نیازهای اولیه نمی‌توان از آنان توقع حفظ و ارتقای سلامتی داشته باشیم. توصیفی که دانیلز از سلامت عادلانه ارائه می‌کند، مبانی شفافیت در راستای توسعه‌ی نظریه‌ی راولز برای موجه‌سازی چنین انگیزه‌هایی پی‌ریزی می‌نماید.

۲- برخلاف نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت، نظریه‌ی دانیلز با تقویت انگیزه‌ها، مردم را به رفتار محتاطانه‌تر سوق می‌دهد. به خاطر دارید که بر اساس نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت ما فقط وظیفه‌ی کمک به مردمی را داریم که در ایجاد وضعیت رنجبار خود نقش نداشته باشند و بدین ترتیب بسیاری از مشکلات سلامتی افراد که در اثر بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی آنان شکل گرفته است، دینی برای جامعه جهت بهبود وضعیتشان ایجاد نمی‌کند. همچنین با توصیف دانیلز راه برای تامین دسترسی عمومی به مراقبت سلامتی هموار می‌شود زیرا اقدامات پیش‌گیرانه را در دستور کار خود قرار می‌دهد و این اقدامات در سطح عمومی و گسترده توجیه می‌شود. سیستم‌های عمومی و تلفیقی نظام سلامت موظفاند به‌جز برنامه‌های بیمه‌ی فراگیر سلامت، نابرابری‌ها را کاهش دهند و بدین ترتیب توزیع برابری منصفانه‌ی فرصت را تسهیل کنند. در عین حال نظام‌های سلامت فراگیر باید توسط بودجه‌های منطقی و معقول محدود شوند چرا که مراقبت سلامتی تنها خیر و مصلحت پذیرفته شده بشری نیست. این محدودیت‌ها

به ما خواهند گفت که بر آوردن کدام یک از نیازهای سلامتی در الویت‌اند. باید دانست که در یک نظام صحیح و منطقی که بودجه‌ی سلامت محدود است، اولیت‌دهی و جیره‌بندی از لوازم عدالت به شمار می‌رود و نیازی نیست و شاید اصولاً در توان ما نیست که ما با نیازهای سلامتی چنان رفتار کنیم که این شائبه به وجود آید که سلامتی تنها دغدغه و نگرانی جامعه است.

۳- «پاسخ‌گویی برای منطقی بودن»
ایجاب می‌کند که با دقتی مضاعف به دنبال بر طرف نمودن نیازهای سلامت باشیم و تصمیمات منصفانه و مشروعی را اتخاذ کنیم. تنها حق مشروعی که در این نظریه به رسمیت شناخته شده است حق برابری منصفانه‌ی فرصت است و سایر اقدامات در راستای این حق قابل اجرا است. گرچه برخی از مفسرین چنین استدلال کرده‌اند که اگر ما بتوانیم منابع خود را در توزیع عادلانه‌تری از عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت هزینه کنیم، نسبت به تامین پوشش فراگیر، بهتر می‌توانیم از فرصت‌ها محافظت کنیم، اما به نظر دانیلز این دسته از فیلسوفان سلامت به این

واقعیت بی‌اعتنا هستند که جلوگیری از تمام بیماری‌ها امکان‌پذیر نیست و به هر حال چون همواره در جامعه با گروهی از بیماران مواجهیم، نمی‌توانیم دین خود را نسبت به حفاظت از فرصت‌های آنان فراموش کنیم. البته این احتمال وجود دارد که ما بسته‌ی حمایتی از برابری فرصت منصفانه را به نفع توزیع عادلانه‌تر عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت کوچک‌تر کنیم، اما نباید فراموش کنیم که هنوز مدیون مردم بیماری هستیم که نیازمند برابری فرصت منصفانه‌اند.

۴- نکته‌ی مهم دیگری که باید به آن اشاره کنم موضوع بیمه‌های تکمیلی در کنار پوشش سلامت فراگیر است. برخی از نظام‌های مراقبت سلامتی اجازه می‌دهند در کنار پوشش فراگیر یک سطح تکمیلی توسط کسانی که در رفاه مالی بیشتری به سر می‌برند خریداری شود. برای مثال بخش بیمه‌ی خصوصی بریتانیا اجازه داده است که تقریباً ده درصد جمعیت تحت پوشش، دسترسی سریع‌تری به خدمات سلامتی داشته باشند. در واقع در مواردی که لیست انتظار در خدمات سلامت ملی (NHS) تشکیل شده

است، این جمعیت ده درصدی می‌توانند نسبت به دیگران که در صف‌اند اولویت داشته باشند و به اصطلاح صف را دور بزنند. این مسئله در سایر کشورهایی که پوشش فراگیر دارند در حال گسترش است و برای مثال کشورهایی نظیر نروژ که تا همین اواخر از چنین سطح تکمیلی به علت به خطر افتادن و تخریب انسجام سیاسی جامعه جلوگیری می‌کردند مجوز صدور چنین سطحی را صادر کرده‌اند. نظام مراقبت سلامتی این کشورها که به دنبال فراگیری و به‌نوعی کم کردن نابرابری‌های در سلامت بودند پس از مواجه شدن با مشکلات مالی متعدد، ظاهراً به این نتیجه رسیده‌اند که پذیرش چنین نابرابری‌هایی نهایتاً به نفع سلامت جامعه است زیرا با منابع به دست آمده از این سطح تکمیلی، رسیدگی به جمعیت درگیر در سطح عمومی بهبود می‌یابد. به هر حال باید پذیرفت که اجازه‌ی صدور چنین مجوزی با توصیف برابر منصفانه‌ی فرصت ناسازگار است و اگر نگوییم که این توصیف کاملاً مغایر با این نوع سطح‌بندی است حداقل می‌توان گفت که به‌شدت آن را محدود می‌کند.

۵- به نظر دانیلز، دیدگاه راولز از رویکردی که در پاسخ به سوال سوم داده شد، حمایت می‌کند. پیشنهاد عقب‌نشینی به یک فرایند منصفانه برای رسیدن به آنچه در جیره‌بندی، منصفانه می‌دانیم، آن هم به دلیل فقدان اجماع پیشینی بر اصول توزیعی مرتبط، همان چیزی است که راولز در توصیف قرارداد اجتماعی خود از آن دفاع می‌کند. همچنین راولز تاکید فراوانی بر اهمیت انتشار به عنوان شرطی از صحت نظریه‌های عدالت دارد. به گفته‌ی راولز اصول عدالت و دلایل مبتنی بر آنها باید به صورت عمومی مورد تصدیق قرار گیرند و در واقع این شرط در مرکزیت شروطی است که پاسخ‌گویی برای منطقی بودن را توجیه می‌کند. از طرف دیگر راولز برای درک بهتر از عدالت بر اصطلاح "عقل عمومی"¹⁰ تاکید می‌ورزد. این عقل عمومی همان چیزی است که باید مفهوم تاملات و مشورت عمومی و تصمیم در خصوص موضوعات بنیادی عدالت را محدود کند و امکان آن وجود دارد که لزوماً منطبق با دیدگاه‌های اخلاقی فراگیر در جامعه نباشد. پاسخ‌گویی برای منطقی بودن

¹⁰Public Reason

به دنبال این دیدگاه است که تصمیم‌گیران حوزه‌ی سلامت به سمت دلایلی روند که عقل عمومی آنها را تایید می‌کند و مرتبط بودن آن دلایل را با اهداف برنامه‌ی مشارکتی سلامت می‌فهمد. این شیوه، تاملات دموکراتیک را که راولز از آنها حمایت می‌کند، ارتقا می‌دهد.

۶- به عنوان نکته‌ی آخر باید عرض کنم که دانیلز تاکید می‌کند که این رویکرد قطعاً تنها رویکردی نیست که نظریه‌ی عدالت را توسعه می‌دهد و همچنین پاسخ‌گوی تمام جنبه‌های مختلف سلامت و مراقبت سلامتی نیست. نظریه‌هایی مطرح شده‌اند که تا

اندازه‌ای به لحاظ نظری و علمی با رویکردی که در اینجا اقتباس شده است، هم‌پوشانی دارند. برای مثال می‌توان از نظریه‌ی قابلیت‌های آمارتیاسن و نوسبام در تقویت این رویکرد استفاده کرد. ولی نکته قابل‌تأمل این است که سیاست‌گذاری سلامت در کنار نظریه‌های فلسفه سیاسی، نیازمند پالایش و تعدیل در مفاهیم تلویحی یک‌سویه از واژه‌های "اخلاق کاربردی" یا "فلسفه‌ی سیاسی کاربردی" است. با این حال این نظریه‌ها و مفاهیم واقعی و کاربردی آنها می‌توانند در کنار هم پاسخ‌گوی مسائل سلامت عادلانه باشند.

انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران