

درس نوشتار

مبانی فلسفی سلامت عادلانه



مدرس:

دکتر اکبر شهریوری

مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران
در امور اخلاق حرفه‌ای

جلسه ۱۱



انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

سلامت عادلانه از دیدگاه دانیلز (۴)

در سه جلسه‌ی گذشته درباره‌ی دیدگاه سلامت عادلانه‌ی نورمن دانیلز صحبت کردیم. دیدیم که دانیلز با استفاده از نظریه‌ی عدالت راولز، چگونه نظریه‌ای مساوات‌طلبانه از سیاست‌گذاری سلامت ارائه می‌کند و بنیان‌هایی فلسفی برای دسترسی برابر به کالاها و خدمات مراقبت سلامتی را پایه‌گذاری می‌نماید. در جلسه‌ی امروز مروری خواهیم داشت بر مطالب ارائه شده در سه جلسه‌ی قبل و در انتها به نقد فلسفی این نظریه که از سوی فیلسوف سلامت مساوات‌طلب بخت، شلومی سگال، ارائه شده است خواهیم پرداخت.

خلاصه‌ای از نظریه‌ی دانیلز

سوال بنیادین: هریک از ما در ارتقای محافظت و سلامتی یکدیگر تا چه حد به هم می‌پوشیم؟

به نظر دانیلز برای یافتن پاسخ صحیح به این سوال ناچاریم به سه سوال جزئی‌تر پاسخ دهیم و از تلفیق پاسخ‌هایی که به این سه سوال می‌دهیم پاسخ سوال بنیادین را بیابیم. این سه سوال عبارتند از:

سوال اول: آیا سلامتی حالتی ویژه و خاص است؟ به عبارت دیگر آیا توجیه و تفسیر این واقعیت که جوامع باید در توزیع برابرتر مراقبت سلامتی نسبت به سایر مصالح اجتماعی حساسیت بیشتری داشته باشند، دارای اهمیت اخلاقی است؟

سوال دوم: چه هنگام نابرابری در سلامت، ناعادلانه تلقی می‌شود؟ این سوال از این رو اهمیت می‌یابد که بسیاری از عوامل غیرقابل‌کنترل اجتماعی در کنار دسترسی به مراقبت سلامتی بر روی سطوح سلامتی جمعیت و اندازه‌ی نابرابری‌های سلامت در آن موثر است.

سوال سوم: چگونه می‌توانیم نیازهای سلامتی متناقض و رقیب را به طور منصفانه تحت محدودیت‌های معقولی که در منابع وجود دارد، برآورده کنیم؟

خلاصه‌ای از پاسخ به سوال اول:

نیازهای سلامتی برای حفظ عملکرد طبیعی گونه‌ها ضروری است. حال باید ارتباط میان عملکرد گونه‌ها و فرصت به‌صورتی تبیین شود که بتوانیم نتیجه بگیریم برابری منصفانه‌ی فرصت بدون عملکرد طبیعی گونه‌ها امکان‌پذیر نیست. ابتدا باید تعریف دقیقی از «گستره‌ی فرصت طبیعی» داشته باشیم. گستره‌ی فرصت طبیعی برای یک جامعه‌ی مفروض، سلسله‌ای از برنامه‌های زندگی یک فرد منطقی است که برای توسعه و ارتقای وی ضروری است. بنابراین گستره‌ی طبیعی به ویژگی‌های کلیدی یک جامعه از قبیل توسعه‌ی فرهنگی، ثروت مادی، توسعه‌ی فن‌آوری و واقعیت‌های فرهنگی آن جامعه وابسته است. در این معنا، مفهوم یک گستره‌ی فرصت طبیعی کاملاً از لحاظ اجتماعی نسبی است. واقعیت‌هایی که در خصوص سازمان‌های اجتماعی وجود دارد -مانند مفهوم عدالتی که در ضابطه‌مند نمودن نهادهای بنیادین آنها وجود دارد- تعیین خواهد کرد که چگونه این گستره‌ی طبیعی در میان

جمعیت توزیع شده است. با وجود این، در کنار موضوع توزیع عادلانه‌ی کالاهای اساسی، عملکرد طبیعی به ما یک پارامتر شفاف ارائه می‌کند که می‌تواند بر روی سهم گستره‌ی طبیعی که بر روی یک فرد مشخص باز می‌شود، سایه افکند. این همان پارامتری است که به وسیله‌ی توزیع مراقبت سلامتی و برآورده‌سازی دیگر نیازهای سلامت تامین می‌شود. بنابراین اهمیت ویژه‌ای که ما به برآورده‌سازی نیازهای سلامت می‌دهیم، می‌تواند به وسیله‌ی وزنی که به حفاظت از سهم ما از گستره‌ی فرصت طبیعی می‌دهیم، توضیح داده شود. هر چه از عملکرد طبیعی فاصله بگیریم سهم کمتری از این گستره نصیب ما خواهد شد. در صورتی که نیازهای سلامت برآورده شوند و بتوانیم گستره‌ی مناسبی از فرصت‌های طبیعی را از آن خود کنیم، آنگاه می‌توانیم در چارچوب مهارت و استعداد خود در مسابقه‌ای منصفانه شرکت کنیم. فراموش نکنیم که تلاش برای یکسان‌سازی شرایط به علت اختلاف در استعداد و مهارت از جمله درخواست‌های مساوات‌طلبان لیبرال

می‌توانیم یک توجیه فلسفی پایدار را برای تعهد خود به تامین سلامت شهروندان پی‌ریزی نماییم.

خلاصه‌ای از پاسخ به سوال دوم:

ارتباط میان وضعیت اجتماعی افراد و سلامتی جمعیت، ارتباطی واقعی است و مطالعاتی که بر روی آثار وضعیت اجتماعی بر روی سلامتی در NHS انگلستان و سایر کشورها شده است، موید این مطلب است. نتیجه‌ی این مطالعات به ما می‌گوید که سلامتی ما صرفاً ناشی از دسترسی آسان به پزشک و خدمات پزشکی نیست، بلکه موقعیت اجتماعی ما نیز در آن موثر است و سبب نابرابری‌های فاحشی در سلامتی می‌شود. شواهد چنین گواهی

می‌دهند که عوامل تعیین‌کننده‌ی بنابراین ما مدیون یکدیگریم که نابرابری اجتماعی در سلامت نقش دارند. اگر منصفانه‌ی فرصت را تأمین کنیم و پذیریم که عوامل اجتماعی نقش بزرگی در سلامت ما ایفا می‌کنند، نباید تلاش‌ها برای تضمین عدالتی پایدار در پیامدهای سلامت، صرفاً در بخش سلامت عرفی متمرکز شود. بنابراین می‌توان چنین تصور کرد که سلامتی یک فرد صرفاً به واسطه‌ی دسترسی

است ولی در اینجا مقدمه‌ای برای شروع این یکسان‌سازی در نظر گرفته شده است و آن سلامت افراد برای بروز استعداد و مهارتشان است. راولز معتقد بود، به علت اختلاف در موهبت‌های اجتماعی و طبیعی ایجاد فرصت برابری که لیبرال‌ها برای رشد و توسعه‌ی افراد در یک جامعه‌ی دموکراتیک لازم می‌دانند، کافی نیست و دانیلز در اینجا پیش‌شرط دیگری را مطرح می‌کند و آن مراقبت سلامتی و سالم‌سازی عملکرد نرمال بدن است. اگر قرار بر این است وضعیت اولیه را با آموزش‌های جبرانی یا برنامه‌های تعلیمی ارتقای مهارت شغلی اصلاح کنیم، بدون شک جبران وضعیت عملکرد جسمی و روحی را نیز باید در اولویت قرار دهیم.

انجمن علمی-دانشجویی

انقلاب پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

داشتن به تدارکات و تجهیزات پزشکی و درمانی تامین نمی‌شود بلکه به اندازه‌ی بیشتری تحت‌تأثیر تجربه‌ی تجمعی وضعیت اجتماعی وی در دوره حیات است.

قبلاً اشاره شد که در نظریه‌ی راولز تأکیدی بر مسائل مراقبت سلامتی نشده است و اصولاً طراحی اولیه‌ی این نظریه برای سیستم سلامت نیست. در فرض اولیه‌ی وی، ما کاملاً با یک جمعیت سالم طرفیم. حال با این فرض، راولز استدلال می‌کند که یک جامعه‌ی عادل باید آزادی‌های پایداری را برابر مردم تضمین کند. این جامعه باید تضمین نماید که حق مشارکت سیاسی به صورت کلی برای همه‌ی مردم به صورت برابر پابرجاست، شکل استواری از برابری فرصت را تامین نماید و نابرابری‌ها را به مواردی که به کم‌بهره‌ترین‌ها فایده برساند، محدود نماید. راولز می‌گوید وقتی این الزامات عدالت برآورده شد ما می‌توانیم اطمینان حاصل کنیم که افراد در حال ادای احترام به یکدیگرند و این امر حسی ایجاد می‌کند که افراد جامعه احساس کنند که دارای

ارزش‌اند. بنابراین روابط منصفانه‌ی مشارکت که به وسیله‌ی این اصول تعیین شده‌اند، نیک‌زیستی سیاسی و اجتماعی افراد را ارتقا می‌دهد. نتیجه‌ای که از مباحث عدالت راولز حاصل می‌شود این است که با ایجاد آزادی‌های برابر، فرصت‌های استوار، توزیع منصفانه‌ی منابع و حمایت از احترام به خود و عزت‌نفس، بسیاری از نابرابری‌ها از بین خواهد رفت، ولی نکته اینجاست که ما پس از این مرحله نیز راه درازی برای حذف نابرابری‌ها در سلامت پیش‌رو خواهیم داشت. مسلماً عدالت اجتماعی فارغ از تأثیرش بر سلامت، ارزش ذاتی نیز دارد و به هر حال این نکته مهم است که راولز خواسته یا ناخواسته هنگامی که مبحث عدالت را مطرح می‌کرد، عدالت اجتماعی را فارغ از بحث مراقبت سلامت عادلانه دنبال می‌نمود. به باور دانیلز گرچه اصلاح اجتماعی در جهت برقراری عدالتی توسعه‌یافته‌تر، نیاز به تفکری جدی‌تر درباره‌ی تخصیص منصفانه‌ی منابع در سیستم سلامت جامعه دارد، ولی بی‌شک اقدامات ناشی از اجرایی شدن نظریه‌ی راولز، می‌تواند گامی اساسی در جهت

ارتقای سلامتی افراد بردارد؛ زیرا همپوشانی و تقارب قابل ملاحظه‌ای میان الزامات سیاسی و اجتماعی برای تحقق نیک‌زیستی افراد و سلامت جسمی و روحی آنان وجود دارد.

نگاهی گذرا به یافته‌های علمی اخیر در خصوص عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت، فهم ما را از اصول عدالت راولز عمیق‌تر می‌کند. اگر به مطالعات کشورهای مختلف نظری بیفکنیم خواهیم دید که شکوفایی و موقعیت یک کشور با مباحث سلامتی آن کشور رابطه مستقیم دارد. بهترین مثال در این خصوص، شاخص امید به زندگی است. در کشورهای ثروتمند، مردم زندگی طولانی‌تری دارند، اما این نکته نیز مهم است که ارتباط میان GDP و امید به زندگی کاملاً خطی نیست. مطالعات در آمریکا نشان می‌دهد که ظاهراً درآمد سرانه‌ی هشت تا ده‌هزار دلاری نقش چشم‌گیری در امید به زندگی دارد ولی ورای این آستانه، پیشرفت اقتصادی بیشتر، تقریباً هیچ رشدی در امید به زندگی ایجاد نمی‌کند. این اثر

محدودکننده را می‌توان در اقتصادهای صنعتی پیشرفته ملاحظه نمود. مطالعات دیگر مویید آن است که فرهنگ، سازمان‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های دولتی می‌توانند سلامت جامعه را تحت تأثیر قرار دهند. تفاوت‌های موجود در عوامل یادشده که حتی ممکن است در قوانین توسعه‌ی اقتصادی هنوز تثبیت نشده باشند، می‌توانند بسیاری از تفاوت‌ها را در پیامدهای سلامت میان ملل توضیح دهند. در سطح فردی نیز اطلاعاتی وجود دارد که اثبات می‌کند نابرابری‌های اجتماعی اثرات مهمی بر سلامت دارند.

فرضیه‌ی ارتباط درآمد با سلامتی، مبتنی بر این امر است که گروه‌هایی با درآمد متوسط در یک کشور با نابرابری‌های درآمدی بالا، نسبت به گروه‌هایی با درآمد مشابه و یا حتی فقیرتر در کشوری دیگر که نابرابری‌های درآمدی آن‌ها کمتر است، در خصوص مسئله‌ی سلامتی در وضعیت بدتری قرار دارند. اگر فرضیه‌ی ارتباط درآمد درست باشد، می‌توان چنین استنباط نمود که افراد می‌توانند وضعیت

بهتری در سلامت داشته باشند در صورتی که شیب وضعیت اقتصادی-اجتماعی کاهش یابد و با توجه به این که این شیب مقعر است می‌توانیم چنین برداشت کنیم که توزیع مجدد منابع به محرومین جامعه، اثرات سلامتی بیشتری نسبت به هزینه‌ای که جامعه برای مراقبت سلامتی می‌کند در بر خواهد داشت. در آمریکا، ایالاتی که توزیع درآمد نابرابری دارند، معمولاً کمتر در حوزه‌ی آموزش عمومی سرمایه‌گذاری می‌کنند. همچنین در این ایالات تعداد افرادی که برخوردار از بیمه نیستند بیشتر است و نهایتاً باید گفت که در این ایالات سرمایه‌گذاری در خصوص شبکه‌های ایمنی اجتماعی کمتر است.

کنترل میانگین درآمدی در یک جامعه رشد به‌سزایی در رشد آموزشی کودکان دارد. آمار مشابهی ارائه شده است که نشان می‌دهد، نابرابری در درآمد عامل مهمی در نرخ ترک تحصیل در مقطع دبیرستان است. موارد یادشده حاکی از آن است که فرصت‌های آموزشی و تحصیلی برای کودکان در ایالاتی مهیاتر است که توزیع درآمد مساوات‌طلبانه‌تری دارند. این اثرات آموزشی، اثر مستقیم و سریعی بر سلامت کودکان دارد. از این رو افزایش احتمال مرگ زودرس طی دوران کودکی و نوجوانی و همچنین افزایش نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان از جمله موارد احتمالی وجود نابرابری در درآمد است. در طی دوران حیات، عوارض ناشی از این نابرابری‌هایی که

مطالعات انجام گرفته در خصوص -انجمن علمی- در شیب وضعیت اقتصادی-اجتماعی ارتباط هزینه‌های آموزشی و پیامدهای پزشکی ظاهر می‌شوند کاملاً در سلامتی افراد آن نیز چشم‌گیر است. بررسی‌های قابل مشاهده‌اند.

انجام شده در ایالات مختلف آمریکا نشان می‌دهد که تقریباً ۴۰ درصد از اختلافی که در آمار میان ایالاتی که کودکان‌شان تحصیلاتی زیر استاندارد تعریف شده دارند، به علت نابرابری در درآمد است. این امر نشان می‌دهد که

آمار جهانی نشان می‌دهد که در مقایسه میان کشورها نیز می‌توان پی برد که سرمایه‌گذاری در منابع انسانی به ویژه آموزش، اثرات موثری بر روی سلامتی دارد. به راحتی می‌توان

پیش‌بینی کرد که سواد در میان بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه نقش مهمی در افزایش امید به زندگی ایفا می‌کند. این نقش زمانی که اختلاف میان زنان و مردان در باسوادی کم می‌شود، پررنگ‌تر است. این مطلب بسیاری از تغییرات را در ارتقای سلامت در میان جمعیت یک کشور پس از محاسبه‌ی عامل GDP تفسیر و تبیین می‌کند. برای مثال در میان اکثر کشورهای در حال توسعه با درآمد سرانه‌ی کمتر از ده‌هزار دلار، اختلاف میان سواد زنان و مردان، 40 درصد از اختلاف در امید به زندگی را پس از کنار گذاشتن اثر درآمد سرانه توجیه می‌کند. در ایالات متحده آمریکا، اختلافات میان ایالات در وضعیت زنان، بر اساس

خودفرمانروایی اقتصادی و مشارکت سیاسی، همبستگی پایداری با نرخ پزشگی ایران

بر این اساس، اصول عدالت راولز عوامل اصلی تعیین‌کننده‌ی سلامت را تنظیم می‌کند. با اصل آزادی‌های پایدار برابر، تضمینی برای تامین حقوق مشارکت سیاسی موثر ایجاد می‌شود.

اصل برابری منصفانه‌ی فرصت می‌تواند ضامن دسترسی به آموزش عمومی باکیفیت شود و همچنین مداخلات موثر دوران اولیه‌ی کودکی را که شامل مراقبت روزانه از کودکان با هدف حذف شرایط تبعیض‌آمیز نژادی و اجتماعی است، پوشش دهد و بدین ترتیب تضمینی برای ایجاد پوشش عمومی مراقبت سلامت مناسب ایجاد نماید. نقش اصل تفاوت راولز نیز در اینجا پررنگ می‌شود. بر اساس این اصل نابرابری در درآمد فقط زمانی مجاز است که فعالیت اقتصادی افراد که سبب ایجاد نابرابری می‌شوند، وضعیت کم‌بهره‌ترین‌های جامعه را بهبود بخشند. دقت کنید که این اصل یک اصل ساده‌ی اقتصادی مبنی بر انتقال تدریجی ثروت از مرفهین به خودفرمانروایی اقتصادی و مشارکت سیاسی، همبستگی پایداری با نرخ پزشگی ایران

مخرومین نیست که خود را ملزم به تحمل هر گونه نابرابری در جامعه نماید، بدین معنا که فقط هر از گاهی به دنبال تسکین درد ناشی از اختلاف

امور رفاهی در جامعه باشد، بلکه این اصل به دنبال یک جریان رو به پایین حداکثری است. بر این اساس نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی با یک شیوه‌ی محکم‌تری مسطح می‌شوند و

این امر قطعاً بیش از یک حداقل معقولی است که سیستم‌های ناشی از دولت رفاه به دنبال آیند. این امر در کنار تضمین ارزش مشارکت سیاسی و برابری منصفانه‌ی فرصت، اجازه‌ی نابرابری‌ها در درآمد را به طور چشم‌گیری محدود می‌کند.

مسطح‌تر از آنچه که امروزه دیده می‌شود، باشد. حال این سوال مطرح می‌شود که آیا باید این نابرابری در سلامتی را نیز ناعادلانه بدانیم و باز توزیع مجدد دیگری را در عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی مطالبه کنیم.

گمان بر این است که جامعه‌ای که بر اساس این اصول عدالت عمل کند، به احتمال زیاد شیب منحنی اجتماعی-اقتصادی را حتی بیش از آنچه که دولت‌های رفاه در اروپای شمالی کاهش داده‌اند، مسطح نماید. پیچیدگی کار در اینجا است که ما باید نابرابری‌های سلامتی را که از عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی ناشی می‌شوند ناعادلانه بینگاریم مگر این که این عوامل تعیین‌کننده، با این اصول توزیع سازگار شده باشد. ولی این واقعیت را نیز باید مدنظر قرار دهیم که نابرابری‌های ناشی از عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی حتی با تمسک به این نظریه نیز اجازه‌ی بروز دارند، این امر بدین معناست که هنوز امکان بروز شیب اجتماعی-اقتصادی وجود دارد، البته این شیب قطعاً باید بسیار

دانیلز در این مرحله اعتراف می‌کند که نظریه‌ی وی پاسخی شفاف برای این سوال ندارد. اگر نظریه‌ی راولز بر این نکته پافشاری نماید که حمایت از فرصت بر سایر موضوعات اولویت دارد و نمی‌توان موارد دیگر را با آن معامله نمود، این نتیجه‌ی منطقی را می‌توان گرفت که بازمانده‌های نابرابری‌ها در سلامت، همچنان ناعادلانه است. ولی اگر بپذیریم که سلامتی با دیگر مصالح اجتماعی قابل‌معامله است -چنانچه تمامی ما چنین معامله‌ای را در زمان موعود مشروع می‌دانیم- در این صورت این توصیف از سلامت عادلانه ممکن است منعطف‌تر شود. به هر حال فارغ از نتیجه‌ی حاصل از بحث اخیر، هنوز اصول راولز در ایجاد نظامی عادلانه در توزیع عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی، نسبت به نظریه‌ی رقیب، یعنی نظریه‌ی برابری منصفانه‌ی فرصت در

مراقبت سلامت، راهنمایی‌های اختصاصی‌تری به ما عرضه می‌کند. حال اگر بپذیریم که حتی پس از اجرای اصول عدالت راولز، نابرابری در سلامت هنوز می‌تواند مشروع تلقی شود، باید برای سوال سوم نیز پاسخ مناسبی داشته باشیم.

توجه نمود این است که مراقبت سلامتی تنها مصلحت اجتماعی و پایه‌ای بااهمیت نیست و بنابراین تمام جوامع باید تصمیم بگیرند که به چه مصلحت‌هایی اولویت دهند و چه هنگام مناسب‌تر است که منابع را در جای دیگر هزینه کنند.

خلاصه‌ای از پاسخ به سوال سوم:

لازمه‌ی عدالت این است که تمام جوامع، تحت محدودیت‌های منابع معقول، نیازهای مراقبت سلامتی را برآورده سازند. ولی نکته‌ی قابل‌تأمل این است که بنا به آنچه که در پاسخ سوال دوم مشروحاً بیان شد، حتی یک کشور مساوات‌طلب ثروتمند با نظام مراقبت سلامتی بسیار اثربخش -صرف نظر از این که اجازه دهد بیمه‌های -صورتی که جوامع بر چنین اصولی تکمیلی برای کسانی که قدرت خریدش را دارند، در دسترس باشند- باید محدودیت‌هایی را در راستای مراقبت سلامتی اعمال کند. پس جای شک نیست که کشورهای فقیرتر، باید در خصوص اولویت‌ها و محدودیت‌ها تصمیمات سخت‌تری اتخاذ کنند. با این حال مطلب مهمی که باید به آن

در واقع سوال این است که چگونه باید تصمیمات منصفانه درباره‌ی چنین محدودیت‌هایی اتخاذ نمود؟ تحت چه شرایطی باید اعمال این تصمیمات را اخلاقی تلقی کنیم؟ اگر مردم بر اصول عدالت توزیعی که تعیین‌کننده‌ی چگونگی محدودیت‌های منصفانه در مراقبت سلامتی است، توافق داشته باشند، پاسخ به این سوالات نسبتاً ساده خواهد بود. به عبارت دیگر در صورتی که جوامع بر چنین اصولی توافق داشته باشند، مردم صرفاً با انطباق تصمیمات اجتماعی با آن اصول می‌توانند سازگاری آنها را مشاهده نمایند. در مقابل، جایی که سازمان‌ها و نهادهای سلامتی، در انطباق تصمیمات و اعمال با این اصول ناتوان باشند، آن اعمال ناعادلانه خواهد بود و مردم باید آنها را تغییر دهند. بدین

ترتیب مشخص است که عدم توافق درباره‌ی منصفانه بودن نحوه‌ی توزیع، یا ناشی از عدم توافق درباره‌ی تفسیر اصول است و یا ناشی از واقعیت‌های موجود در آن موقعیت. بسیاری از جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه، برای خود چارچوب‌ها و رویه‌هایی دارند - گرچه غیرایده‌آل - که برای حل چنین مجادلاتی، چه در خصوص واقعیت‌های موجود و چه تفسیر اصول مورد اختلاف به کار برده می‌شوند، ولی متأسفانه اجماعی جهانی در این خصوص وجود ندارد. ما معمولاً زمانی که از اجماع صحبت می‌کنیم از عبارت «اجماع افراد منطقی» استفاده می‌کنیم، ولی واقعیت این است که همین افراد منطقی از دیدگاه‌های مذهبی و اخلاقی متنوعی در انجمن‌های علمی-پزشکی برخوردارند و لذا به لحاظ اخلاقی نمی‌توانند توافق کنند که چه اصول و چارچوبی تخصیص منابع منصفانه را برای برآورده کردن نیازهای مراقبت سلامتی شکل می‌دهد. ممکن است اجماعی نسبی در جنبه‌های کلی نظام عادلانه‌ی مراقبت سلامتی نظیر اهمیت دسترسی همگانی به تمام

خدمات سلامتی حاصل شود ولی قطعاً این به معنای حصول اجماع درباره‌ی توزیع منابع کمیاب نیست. پس ما باید انتظار چنین تنوعی را در دیدگاه‌های مرتبط با جیره‌بندی مراقبت سلامت داشته باشیم و به آن احترام بگذاریم. ولی به نظر می‌رسد با وجود عدم توافق نیز می‌توانیم به سیاست‌گذاری‌های اجتماعی مورد قبولی دست یابیم. به هر حال باید پذیرفت که حل این مناقشه‌ی اخلاقی، کاملاً در ارتباط با ارزش‌های یک امت شکل می‌گیرد و مشکل عدم مشروعیت جهانی در این گونه تصمیم‌گیری‌ها کاملاً نمایان است. دانیلز برای این سوال که «تحت چه شرایطی باید صلاحیت اخلاقی کسانی که تصمیمات مربوط به جیره‌بندی را اخلاقی متنوعی در انجمن‌های علمی-پزشکی انجام داده‌اند، مشروع بدانیم؟»، بر موضوعات ارزش‌های یک جامعه‌ی آزاد و دموکرات، چنین پاسخی می‌دهد:

۱- ما هیچ گونه اجماعی بر روی راه‌حل‌های مبتنی بر اصولی که اخلاقاً برای دسته‌ای از مشکلات جیره‌بندی مورد مناقشه تدوین شده باشند، نداریم و اصول عمومی عدالت در خصوص

سلامت و مراقبت سلامتی از ارائه راهنمایی درباره‌ی موارد فوق عاجز است.

۲- در غیاب چنین اجماعی، تنها راه باقی‌مانده طراحی یک فرایند منصفانه برای رسیدن به راه‌حلی برای این مشکلات و همچنین تحکیم مشروعیت چنین تصمیماتی است.

۳- فرایند منصفانه‌ای که بر مسئله‌ی مشروعیت تاکید می‌کند باید در جهت برقراری «رویه‌های دموکراتیک مشورتی» باشد. زمانی که قصد تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌بندی منصفانه‌ی منابع کمیاب را داریم باید بتوانیم رویه‌هایی را تصویب کنیم که پاسخ‌گوی طرف‌های درگیر در این تصمیم‌گیری باشد. این پاسخ‌گویی به شرایطی دارد که در ادامه به آنها خواهیم پرداخت.

وی در جهت حل مشکلات مشروعیت و انصاف به همان روش راولز متوسل می‌شود. به نظر وی کارگزاران عمومی و خصوصی سلامت در تصمیم‌گیری در تعیین محدودیت‌ها باید رویه‌های

منصفانه‌ای را طراحی کنند که پاسخ‌گوی نیازهای سلامتی باشد. به باور او این رویه‌ها در صورت برآورده‌سازی چهار شرط زیر می‌توانند بر این مشکلات فایق آیند:

۱- شرط انتشار: تصمیماتی که در خصوص پوشش فناوری‌های نوین و دیگر تصمیمات در خصوص تعیین محدودیت‌ها گرفته می‌شوند و دلایل منطقی آن‌ها باید در دسترس عموم باشد.

۲- شرط ربط: دلایل منطقی برای اجرای تصمیمات باید به همراه یک تفسیر منطقی از این امر باشد که سازمان‌ها یا جامعه چگونه باید ارزش این تصمیمات را معین کنند و منابع مالی نیازهای سلامتی مورد نظر یک جمعیت مشخص را که تحت محدودیت‌های معقول منابع است، تامین نمایند. مشخصاً این دلایل در صورتی منطقی خواهد بود که استناد به استدلالات عقلی و اصول مرتبطی نماید که به وسیله‌ی جمعیتی که درگیر این پروژه‌اند، پذیرفته شوند.

۳- شرط بازنگری و استیناف: وجود مکانیسمی قوی برای مجادلات احتمالی در خصوص راه‌حل‌های جایگزین ضروری است. این مکانیسم باید شامل فرصت بازنگری در تصمیمات به منظور ارائه دلایل، استدلال‌ات و شواهد بیشتر باشد.

۴- شرط تنفیذ: وجود مقرراتی به منظور تضمین اجرای شروط یک تا سه ضروری است.

نقد مبنایی شلومی سگال به نظریه دانیلز

این خلاصه‌ای بود از نظریه سلامت عادلانه دانیلز که در جلسات گذاشته به صورت تفصیلی درباره‌ی آن صحبت کردیم. از زمان ارائه چنین توصیفی از سلامت عادلانه، دانیلز با نقدهای فراوانی از سوی سایر فیلسوفان سلامت مواجه شده است که در اثنای بحث به صورت اجمالی به آن موارد اشاره شد. شاید جدی‌ترین نقد بر این نظریه از سوی آقای شلومی سگال که خود از حامیان مساوات‌طلبی بخت است، صورت گرفته باشد. در جلسه‌ی

آینده به نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت در نظام سلامت خواهیم پرداخت و مسائل و مشکلاتی را که این نظریه در سیاست‌گذاری سلامت با آن روبه‌رو است بررسی خواهیم کرد. عمده‌ی مباحثی که در دو جلسه برای دوستان بیان خواهد شد از مقالات مختلف و کتاب «سلامت، بخت و عدالت» آقای سگال است ولی قبل از اینکه وارد این مبحث شویم، در این جلسه اشاره‌ای هم به نقد بنیادی آقای سگال به نظریه‌ی سلامت عادلانه‌ی دانیلز می‌کنیم.

گفتیم که نظریه‌ی عدالت دانیلز با این پیش‌فرض همراه است که سلامتی در زندگی ما از اهمیت استراتژیک برخوردار است و این اهمیت از آنجا ناشی می‌شود که سلامتی مقدمه‌ی فهم صحیح برای دنبال کردن برنامه‌های زندگی است و چون اثر سلامتی بر گستره‌ی فرصت طبیعی فرد، با فرض استعدادها و مواهب اولیه، امری مسلم است پس جامعه مکلف است سلامتی را به گونه‌ای برابر برای تمام اعضای خود مهیا نماید. مشخصاً این توصیف دانیلز از عدالت،

اقدامی در جهت تبیین نظریه‌ی عدالت راولز در مراقبت سلامتی است.

همان طور که در جلسات مربوط به مساوات‌طلبی اشاره شد، به طور خلاصه نظریه‌ی عدالت راولز به ترتیب شامل این اصول است:

الف- اصل برابری آزادی‌ها

ب- اصل برابری منصفانه‌ی فرصت (FEOP)¹

ج- اصل ضابطه‌مند نمودن توزیع دیگر مصالح پایه‌ای اجتماعی "اصل تفاوت (DP)²"

گفتیم که تلاش دانیلز در این است که توزیع مراقبت سلامتی را تحت اصل FEOP توضیح دهد، در حالی که به نظر می‌رسد در حالت عادی این توزیع باید تحت اصل DP توضیح داده شود.

دانیلز علت این شیف‌ت را در اهمیت سلامتی در خصوص دنبال کردن

برنامه‌ی شغلی می‌داند. بر این اساس برنامه‌ی زندگی هر فرد در زمان حیات، کاملاً وابسته به سلامتی است. توجه به این نکته ضروری است که قرار دادن توزیع سلامتی تحت اصل FEOP، برخلاف DP، ما را ملزم می‌کند که در سلامتی، توزیعی کاملاً برابر داشته باشیم. نقد آقای سگال به این نظریه متمرکز بر پاسخ دانیلز به سوال اول است. به نظر وی توصیف دانیلز از عدالت، جایی برای مسئولیت فرد در قبال سلامتی خویش باقی نمی‌گذارد و توزیع سلامتی و ارائه‌ی خدمات درمانی را به صورت غیرمشروط برای همه تثبیت می‌کند. در حقیقت این توصیف، به صورتی آشکار بی‌اعتنا به مسئولیت افراد است.

سگال می‌گوید به این توصیف از عدالت اشکال وارد است. اشکال اول از اینجا ناشی می‌شود که افراد فقیر در مقایسه با افراد غنی، فرصت‌های نامناسب‌تری برای دنبال کردن برنامه‌های زندگی خود دارند. اگر برابری در فرصت برای ترسیم برنامه‌ی زندگی³ همان چیزی است که ما به

¹Fair Equality Of Opportunity Principle
²Difference Principle

³Life Plan

دنبال آنیم، پس باید افراد فقیر و کم‌بهره‌ی جامعه از مراقبت سلامتی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار باشند. از این رو ظاهراً این نظریه، تامین سلامتی را فقط برای فقرا توجیه کند و با این شیوه، نابرابری در سلامت و نهایتاً نابرابری در فرصت ایجاد خواهد شد. با این وضعیت، توصیف فرصت منصفانه به سمت "مراقبت انتخابی"⁴ پیش خواهد رفت و این تبعیض ممکن است سبب آسیب‌رسانی به حس عزت‌نفس افراد شود که از نظر راولز از مهم‌ترین مصالح پایه‌ای است.

دانیلز به این اشکال چنین پاسخ می‌دهد که برای جلوگیری از «مراقبت انتخابی» می‌توانیم توزیع سلامتی را به شکلی برابر در جامعه دنبال کنیم و مشکل اقشار ضعیف را با تقویت و ارتقا فرصت‌های دیگر نظیر آموزش و حتی درآمد بیشتر جبران کنیم. با این حال به نظر می‌رسد که این پاسخ با مقدمات نظریه‌ی وی سازگار نیست؛ زیرا با فرض اولویت سلامتی به عنوان فرصت برابر، پذیرش «مراقبت سلامتی

انتخابی» به‌جای مراقبت سلامتی عمومی اجتناب‌ناپذیر است. مهم‌تر آن که با فرض پذیرش پاسخ دانیلز، نظریه‌ی وی با مشکل اساسی‌تری روبه‌رو خواهد شد. این اشکال مبتنی بر پیش‌فرضی است که خود دانیلز آن را پذیرفته است. آمار نشان می‌دهد که بسیاری از بیمارانی که زیر نظر سیستم‌های مراقبت سلامتی درمان می‌شوند، در واپسین سال‌های عمر خود به سر می‌برند و منابع عظیمی از سیستم‌های درمانی، صرف بیمارانی سال‌خورده می‌شود. این آمار حاکی از آن است که سی درصد از هزینه‌های مراقبت سلامتی به مصرف بیمارانی می‌رسد که شش ماه بیشتر زنده نیستند. نمی‌توان ادعا کرد که سیستم مراقبت سلامتی باید برای این بیمارانی سالمند، فرصتی برابر برای ترسیم برنامه‌ی زندگی دهد. مسلماً مراقبت و درمان در هفته‌های آخر عمر با هدف ایجاد فرصت مناسب جهت برنامه‌ریزی برای ادامه‌ی زندگی نیست، بلکه جهت تخفیف و تسکین درد و احیاناً طولانی نمودن حیات در حدممکن است. حتی در مورد جوانانی که از بیماری‌های علاج‌ناپذیر رنج

⁴Selective Care

می‌برند، هدف از مراقبت سلامتی، ایجاد فرصت مناسب در خصوص برنامه‌ریزی برای آینده زندگی آنان نیست، بلکه عمدتاً تسکین درد و رنج ناشی از بیماری مدنظر تامین‌کنندگان مراقبت سلامتی است.

البته این سخن بدان معنا نیست که افرادی که در سال‌ها یا ماه‌های پایانی حیات خود به سر می‌برند، نیازی به برنامه‌ریزی برای ادامه‌ی زندگی خود ندارند، بلکه سخن این است که این امر تحت واژه‌ی فلسفی "ترسیم برنامه‌ی زندگی" قرار نمی‌گیرد. در نتیجه باید پذیرفت که یا این نظریه نمی‌تواند توصیف صحیحی از عدالت و مراقبت سلامتی ارائه کند، یا صرف هزینه‌های کلان برای افرادی که در ماه‌های پایانی حیات خود به سر می‌برند، بر اساس نظریه‌ای که بر اخلاق پزشکی استوار است، فرصت‌های برابر برای ترسیم نقشه‌ی زندگی تاکید می‌کند، باید مورد بازنگری قرار گیرد.

طبیعی است که دانیلز فرض دوم را می‌پذیرد. وی بر این باور است که دلایلی کافی وجود دارد تا مقدار منابع

مصرفی بر درمان‌های نگهدارنده‌ی حیات در بیماران بالاتر از 75 سال را کاهش دهیم. بر این اساس دانیلز با پیشنهاد سهمیه‌بندی و جیره‌بندی مراقبت سلامتی طی حیات هر فرد، فرض را بر این می‌گذارد که تمام کسانی که به سن ۷۵ سالگی می‌رسند، به‌نوعی از ترسیم برنامه‌ی زندگی خود منصرف شده‌اند. وی این عدد را با توجه به گستره‌ی امید به زندگی در کشورهای توسعه‌یافته انتخاب کرده است و قطعاً در سایر کشورها این عدد قابل‌بازنگری است. با این فرض، منطقی به نظر می‌رسد که فرد، درمان‌های گران‌قیمت طولانی‌کننده‌ی حیات را در این سن قطع کند. ولی نکته اینجاست که حتی با فرض این که سهمیه‌بندی درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات به این روش قابل‌توجیه باشد، هنوز توصیف دانیلز از نظریه‌ی عدالتش کامل نیست. در واقع اشکال یادشده، با کم کردن هزینه‌های درمان سالمندان بالاتر از ۷۵ سال مرتفع نمی‌گردد، چرا که نظریه‌ای که پیش‌فرضش ترسیم برنامه‌ی زندگی است، اصولاً به هیچ وجه، هیچ گونه هزینه‌ی درمانی را

برای این گروه از بیماران نمی‌تواند توجیه کند.

شاید مقایسه‌ی مراقبت سلامتی و آموزش در این مورد مفید باشد. می‌دانیم که توجه ویژه به تامین فرصت برابر آموزش در کنار مراقبت سلامتی ضروری است؛ زیرا همان گونه که دانیلز می‌گوید، آموزش نیز نظیر مراقبت سلامتی از اهمیتی استراتژیک برخوردار است. دلایل متعددی وجود دارد که پرداخت یارانه را برای آموزش بزرگسالان نیز توجیه می‌کند، ولی تا جایی که عدالت مساوات‌طلبانه درگیر مسئله است، ملزمیم این یارانه را برای آموزش افرادی که در مراحل اولیه‌ی زندگی به سر می‌برند مصرف کنیم. همین مسئله زمانی که در خصوص مراقبت سلامتی مطرح می‌شود، عدم

تخصیص یارانه به مراحل پایانی حیات را با مشکل مواجه می‌کند، زیرا عموماً بر این باوریم که جامعه در قبال تامین مراقبت سلامتی افراد، حتی سالمندان، صرف‌نظر از این که فرد برنامه‌ی زندگی خود را تکمیل کرده باشد یا خیر، وظیفه‌ای ویژه دارد.

البته دانیلز به این اشکال هم پاسخ داده است. وی می‌گوید که مواردی نظیر "زندگی طولانی‌تر و بدون درد" و یا "استراحت پس از بازنشستگی و خواندن رمان" می‌تواند برنامه‌ی زندگی فرد در سال‌های پایان حیات خود باشد. از این رو تخصیص مراقبت سلامتی برای سالمندان نیز از نظر وی کاملاً قابل‌توجیه است، زیرا در راستای تقویت آنان برای ترسیم برنامه‌ی زندگی است.

آقای سگال این پاسخ دانیلز را نمی‌پذیرد. به نظر وی اموری نظیر استراحت و خواندن رمان را نمی‌توان در تفسیر گسترده‌ی برنامه‌ی زندگی به کار گرفت. در ادامه توضیح خواهیم داد که ظاهراً این تفسیر گسترده، مبنای فلسفی محکمی در نظریه‌ی دانیلز ندارد.

همان طور که بیان شد، دانیلز توجیه خود از مراقبت سلامتی را به وسیله‌ی بسط FEOP راولز در خصوص رشد شغلی توسعه می‌دهد. از نظر راولز، رشد شغلی از اهمیتی استراتژیک برخوردار است، زیرا پاداش‌های اصلی

در جامعه ناشی از شغل و موقعیت شغلی افراد است. از این رو راولز دسترسی به شغل را نه در DP بلکه در FEOP قرار می‌دهد. دانیلز اشاره می‌کند که بسیاری از پاداش‌های اصلی زندگی، حاصل نحوه‌ی ترسیم برنامه‌ی زندگی است. ظاهراً تا این بخش اشکالی بر نظریه‌ی دانیلز نیست و وی می‌تواند FEOP را چنان توسعه دهد که برنامه‌ی زندگی را نیز در بر گیرد. اما دانیلز تلاش دارد FEOP را بیش از این توسعه دهد، به ویژه به شیوه‌ای که خود راولز اجازه آن را نمی‌دهد.

بنابر نظر راولز، جامعه باید برخی از مصالح را علی‌رغم پذیرش اصل تفاوت (DP)، به صورت برابر توزیع کند. این امر بدان معناست که برخی از مصالح از چنان اهمیتی برخوردارند که فرصت دسترسی به آنها حتماً باید به صورت برابر توزیع شوند، حتی اگر مجبور باشیم سطح مناسبات اقتصادی را کاهش دهیم. راولز دلایلی از قبیل رسیدگی دائم بر نابرابری‌های اقتصادی بر اساس اصل DP، افزایش کارایی از طریق رقابت‌های شایسته‌سالارانه و تضمین دسترسی برابر به پاداش‌های

مالی را که حاصل شغل و حرفه‌های اجتماعی است، نمونه‌هایی در حمایت از این نظریه می‌داند. احتمالاً این دلیل مناسب‌تر خواهد بود که اولویت FEOP بر DP مقدمه‌ای است برای تضمین دسترسی برابر بر مزایای داخلی احتمالی در کسب یک شغل نظیر نیل به استعدادها و امکانات نفسانی و افزایش عزت نفس. ذکر این نکته نیز ضروری است که بر اساس نظریه‌ی راولز، FEOP، فرصت برابر را برای شغل‌ها و موقعیت‌های شغلی مختلف تضمین می‌کند، گرچه این تضمین نه در میان تمام اقشار جامعه بلکه در میان افرادی است که از استعداد و موهبت برابر برخوردارند. برخلاف FEOP، DP، جهت تصحیح "قمار طبیعی"⁵ مواهب و استعدادها طراحی نشده است، بلکه هدف از آن حذف موانع در شغل‌ها و رشد شغلی است. همان گونه که اشاره شد دانیلز FEOP راولز را از شغل به ترسیم برنامه‌ی زندگی تغییر می‌دهد، در حالی که تمام اصول راولز را در نظریه‌ی خود ثابت نگه داشته است.

⁵Natural Lottery

بدین نحو، از آنجایی که نگرانی راولز، برابری فرصت در حصول شغل میان ترسیم برنامه‌ی زندگی میان افراد با مواهب برابر باشد. این امر بهانه‌ی خوبی برای دانیلز در توسعه‌ی FEOP از شغل به برنامه‌ی زندگی است، زیرا بسیاری از برنامه‌های زندگی ممکن است شغل و رشد شغلی نباشد. مجموعه اشعاری که سود مادی برای مؤلف ندارد، یا سفرهای توریستی مثال‌هایی از برنامه‌ی زندگی‌اند که ماهیت شغلی ندارند. نظر دانیلز تفسیر موسع از برنامه‌ی زندگی است، ولی چنانچه گفته شد این تفسیر موضوعیت ندارد. ریشه‌ی این امر را می‌توان در مبحث مواهب در نظریه‌ی راولز جستجو کرد. همواره این سوال مطرح خواهد بود که چرا باید زمانی که در خصوص برنامه‌ی زندگی نظیر "بیماران مبتدی" یا "زندگی طولانی بدون درد" و "مطالعه‌ی رمان در زمان بازنشستگی" صحبت می‌کنیم، مواهب و استعدادهایی را که افراد از آن برخوردارند را مدنظر قرار دهیم. ظاهراً

افراد با مواهب برابر است، نگرانی دانیلز نیز باید برابری فرصت برای برابری و عدم برابری مواهب در اینجا نقش ایفا نمی‌کند. این امور از جنس وظیفه نیستند و از این رو مواهبی که افراد از آن برخوردارند نقشی در کیفیت اجرای آنها بازی نمی‌کند. نکته‌ی مهم دیگر اینکه این گونه امور موقعیت‌های رقابتی ایجاد نمی‌کنند و این امر دقیقاً برخلاف منطق نهفته در اصل FEOP راولز است.

جمع‌بندی نهایی آقای شلومی سگال این است که توجیه تامین مراقبت سلامتی از طریق FEOP و نه DP، نظریه‌ی دانیلز را با اشکالی جدی مواجه می‌کند. بدین معنا که این گونه توصیف از سلامت عادلانه با حق بیماران مبتدی بر تکمیل برنامه‌ی زندگی خود در تعارض خواهد بود. از این رو ظاهراً اقدام برای تامین مراقبت سلامتی همگانی از طریق نفی مسئولیت افراد با نظریه‌ی راولز هم‌خوانی ندارد.