

درس نوشتار

مبانی فلسفی سلامت عادلانه



مدرس:

دکتر اکبر شهریوری

مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران
در امور اخلاق حرفه‌ای

جلسه ۱۲



انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

سلامت، بخت و عدالت (۱)

در جلسه‌ی چهارم گفتیم که "مساوات‌طلبی بخت" اصلی‌ترین رقیب نظریه‌ی عدالت راولز است. بر اساس این نظریه، عدالت توزیعی ما را ملزم می‌کند که فقط نقاط وضعی را که نمی‌توان گفت افراد مسئول آنند، اصلاح کنیم. در جلسه‌ی یادشده اشاره کردیم که تعداد بسیار اندکی از فیلسوفان سلامت، دست به اقدامی منظم برای به‌کارگیری نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت در مطالعات عدالت توزیعی در مراقبت سلامتی زده‌اند. اصولاً بسیاری از فیلسوفان سلامت بر این باورند که به‌کارگیری این نظریه در توزیع سلامتی منجر به نتایج ضدشهودی می‌شود. این نظریه با دو موضوع اخلاقی مهم مواجه است. اول اینکه چگونه با کسانی که از سلامتی خود مراقبت نمی‌کنند و مدام با اعمال پرخطر، سلامتی خود را به خطر می‌اندازند، رفتار کنیم. می‌دانیم که بر اساس این نظریه، کسانی که مسئول عدم سلامتی خودشان‌اند (مانند افراد سیگاری مبتلا به سرطان ریه) مستحق درمان پزشکی نخواهند بود. رفتارهای ناشی از بی‌احتیاطی^۱ و بی‌مبالاتی^۲ نه‌تنها سلامتی فرد را به مخاطره می‌اندازد بلکه بار غیرضروری نیز به سیستم‌های مراقبت سلامتی تحمیل می‌کند. موضوع دوم در این نظریه، بررسی نابرابری‌های سلامتی از طریق پارامترهای اجتماعی و ژنتیک افراد است. ما در جوامع مختلف تفاوت‌های بنیادینی را در سلامتی و امید به زندگی مشاهده می‌کنیم که بسیاری از آنها با دسترسی به مراقبت سلامتی قابل‌توصیف نمی‌باشند. بسیاری از این نابرابری‌ها، ناشی از فاکتورهای اجتماعی و برخی دیگر ناشی از ساختار ژنتیک افراد است. مورد اول را بخت‌آزمایی (قمار) اجتماعی^۳ و مورد دوم را بخت‌آزمایی (قمار) طبیعی^۴ می‌نامیم.

^۱Imprudence

^۲Recklessness

^۳Social Lottery

^۴Natural Lottery

پس سوال اساسی مطرح در این مبحث این است که اگر سلامتی این چنین وابسته به بخت است، چگونه باید سلامتی را به صورت عادلانه توزیع کرد که نقش بخت در آن بی‌اثر شود. به عبارت دیگر در این نظریه نکته‌ی مهم، همسان‌سازی نابرابری‌های ناشی از بخت است. با تفاوتی که میان بخت غیراختیاری⁵ (بی رحم، وحشی) و بخت اختیاری وجود دارد و با توجه به این که ما بر روی بخت غیراختیاری برخلاف بخت اختیاری کنترلی نداریم، باید مشخص کنیم که برای مثال نحوه‌ی تعامل سیستم سلامت با فرد مبتلا به سندرم داون که در گروه اول قرار می‌گیرد چه تفاوتی با نحوه‌ی تعامل با فردی که به واسطه‌ی بی‌احتیاطی در رانندگی مصدوم شده

از جمله این تفاوت‌ها پیش‌فرضی است که در نظریه‌ی راولز وجود دارد. می‌دانیم که نظریه‌ی عدالت راولز، برخلاف نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت، مبتنی بر قرارداد اجتماعی است و اگرچه برخی از حامیان نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت نیز همچون دورکین، قرارداد اجتماعی را مد نظر قرار داده‌اند، ولی اکثر حامیان این نظریه همچون کوهن و آرنسون چنین نظری ندارند. بر این اساس در نظر مساوات‌طلبی بخت هیچ پیش‌فرضی مبنی بر توافق یا عدم توافق فرضی افراد وجود ندارد. این اختلاف، اثر عمیقی در حوزه‌ی سیاست‌گذاری به ویژه سیاست‌گذاری سلامت خواهد داشت.

است و طبیعتاً در گروه دوم جای مراقبت سلامتی حساس به مسئولیت می‌گیرد، خواهد داشت.

قبل از این که وارد بحث اصلی شویم مجدداً یادآوری می‌کنم که تفاوت‌هایی میان این نظریه و نظریه‌ی راولز وجود دارد که توجه به آنها برای دنبال کردن بحث و فهم صحیح آن ضروری است.

⁵Brute Luck

نباشد. نتیجه‌ای که از این نظریه حاصل می‌شود، این است که ما در قبال کسانی که با تقصیر، اوضاع نامطلوبی برای خود ایجاد کرده‌اند، تعهدی نداریم. فردی که با علم و اطلاع کامل از خطرات یک سرمایه‌گذاری پرخطر وارد آن می‌شود و تمام سرمایه‌ی خود را از دست می‌دهد نباید انتظار داشته باشد که جامعه تبعات ناشی از ورشکستگی او را جبران کند و یا کسی که به دنبال صرف هزینه‌های کلان برای خوش‌گذرانی خود و همراهان خود است نباید انتظار کمک از جامعه و منابع عمومی برای جبران هزینه‌های جاه‌طلبانه‌ی خود داشته باشد. ظاهراً در سیاست‌گذاری‌های کلان، این نظریه با تحمیل مسئولیت به افراد جامعه در قبال پذیرش تبعات اعمال خود، علاوه بر رشد و شکوفایی منش انسانی، از هدر رفتن منابع عمومی نیز به شیوه‌ای فعال و معقول حفظ و نگهداری می‌کند. ولی زمانی که تصور چنین طرز تفکری در سیستم سلامت حاکم شود، کارگزاران سلامت بدون شک با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو خواهند شد. برای مثال بر اساس این

سلوک فکری جامعه تعهدی در قبال مراقبت از راننده‌ای که با بی‌احتیاطی سبب تصادف و آسیب دیدن خود شده است، یا فردی که با مصرف بیش‌ازحد مشروبات الکلی نیاز به پیوند کبد پیدا کرده است، نخواهد داشت. در مراکز درمانی بیماران فراوانی را می‌توان یافت که با انجام اعمال پرخطر و عدم رعایت نکات ایمنی در این مراکز بستری شده‌اند. هم اکنون در مسئله‌ی جهان‌گیری کووید ۱۹، بیمارستان‌ها مملو از بیمارانی‌اند که به علت عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی به این بیماری مبتلا شده‌اند. اگر قرار باشد اقتضای عدالت فقط جبران مواردی باشد که بی‌احتیاطی فرد در آن نقش نداشته باشد، هیچ یک از مواردی که ذکر کردیم مستحق درمان از منابع عمومی نخواهند بود. به همین علت است که بسیاری از فیلسوفان سلامت، به این طرز فکر در سیاست‌گذاری سلامت معترض‌اند و آن را منطقی نمی‌دانند و بر این باورند که اعمال چنین نظریه‌ای در سیستم سلامت نتایج ضدشهودی دارد. حیات و سلامت افراد در طی تاریخ بشر از قداست خاصی برخوردار

بوده است و اولین تعهد حرفه‌مندان سلامت حفظ و احیای بیماران، بدون در نظر گرفتن علت آسیب و بیماری است. آقای سگال که یک فیلسوف سلامت مساوات‌طلب بخت است در صدد است که به این اشکال پاسخ دهد و دامن این نظریه را از شبهه‌ای که مخالفان نام آن را شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌مبالات"⁶ گذاشته‌اند، پاک کند.

شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌مبالات" می‌دانیم که خنثی کردن اثرات بخت در حیات انسانی از دغدغه‌های اصلی نظریه‌ی عدالت راولز است. در مقابل نظریه‌ی عدالت راولز، مساوات‌طلبان بخت قرار دارند که خنثی کردن هر گونه اثرات بخت را روا نمی‌دانند بلکه بر این امر اصرار دارند که اقتضای عدالت فقط خنثی کردن اثرات بخت غیرارادی یا همان «بروت‌لاک» است. توجه به این نکته مهم است که هیچ یک از این دو نظریه به دنبال خنثی کردن بخت خوب یا خوش‌اقبالی نیستند. برای مثال هر دو نظریه، زمانی که فردی در یک قرعه‌کشی،

مقدار قابل‌توجهی پول به دست آورد به دنبال خنثی کردن این خوش‌اقبالی و مصادره‌ی این پول نخواهند بود. البته این امر، با اعمالی نظیر اخذ مالیات بیشتر از این پول یا کنترل فرایندهای اجتماعی در جهت کاهش مواردی که سبب به دست آوردن امکاناتی از این قبیل در زندگی اجتماعی شود، متفاوت است. نقطه‌ی افتراق این دو نظریه در جبران و خنثی‌سازی اثرات بخت بد است. بنابر نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت، نظریه‌ی راولز با عدم تفکیک اختیاری و غیراختیاری بودن بخت بد، در اجرا و تثبیت عدالت در جامعه و مسئولیت‌پذیری افراد دچار بحران بزرگی شده است. زمانی که افراد خود موجب بدبخت شدنشان می‌شوند نباید از جامعه انتظار کمک داشته باشند. البته لازم به توضیح است که کسی مخالف اعمال انسان‌دوستانه به این افراد نیست ولی اینکه جبران این گونه موارد از اقتضائات عدالت باشد محل اشکال است. اعمال انسان‌دوستانه همواره مورد تایید و ستایش تمامی نظریه‌های عدالت‌اند ولی زمانی که انتظار جبران وجود دارد،

⁶Abandon Imprudent and Recklessness Patients Objection

ماهیت آن اعمال کاملاً تغییر می‌یابند و از «لطف» به «حق» تغییر ماهیت می‌دهند. دولت‌ها موظف به اجرای عدالت‌اند گرچه می‌توانند همواره مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد را به انجام امور خیر دعوت کنند. پس همان گونه که اشاره شد بر اساس نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت عدالت اقتضا می‌کند، فقط اثرات بخت بدی که فرد نقشی در ایجاد آن ندارد، جبران شود، ولی زمانی که این بخت بد ناشی از اعمال ارادی فرد باشد، جبران آن از محل منابع عمومی عادلانه نخواهد بود. خلاصه آن که درمان بیماران بی‌مبالات هزینه‌های هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند که قطعاً عادلانه نخواهد بود که از سرمایه و بودجه‌ای که متعلق به تمام مردم است، جبران شود. برای مثال عادلانه نخواهد بود که هزینه‌ی درمانی استعمال‌کنندگان دخانیات که در اثر بی‌احتیاطی خود به سرطان ریه مبتلا شده‌اند، توسط افراد غیرسیگاری و محتاط پرداخت شود.

مخالفین نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت، به ویژه بسیاری از فیلسوفان سلامت، معتقدند که این نظریه منجر به عدم

رسیدگی به بسیاری از بیمارانی خواهد شد که خود سبب بدبختی خود بوده‌اند و این امر مسلماً برخلاف شهود انسانی و ارزش‌های ذاتی علم پزشکی است. ظاهراً این یک شبهه و اشکال واقعی و جدی است و در صورتی که مساوات‌طلبان بخت نتوانند پاسخ مناسبی به آن دهند، به‌کارگیری این نظریه در سطح سیاست‌گذاری کلان دچار آسیب جدی خواهد شد.

برخی از حامیان این نظریه در حمایت از مساوات‌طلبی بخت و در پاسخ به این شبهه، نظریه‌ای را طراحی کرده‌اند که بر اساس آن می‌توان به راه‌حلی منطقی برای مراقبت از سلامتی افراد بی‌احتیاط و بی‌مبالات دسترسی پیدا کرد. راه‌حل آنان برای رفع این اشکال، تحمیل هزینه‌های مراقبت سلامتی به کلیه‌ی افراد بی‌مبالات است. به نظر آنان با این روش می‌توان بیماران بی‌مبالات آسیب‌دیده را نیز مانند سایر بیماران عادی تحت پوشش قرار داد بدون این که به الزامات عدالت خدش‌ای وارد شود. برای مثال می‌توانیم با افزایش مالیات بر مصرف دخانیات، هزینه‌های مراقبت سلامتی

افرادی که با مصرف دخانیات دچار بیماری می‌شوند، تامین نماییم. فرض بر این است که در این حالت افراد بی‌مبالات، اعم از مبتلایان و غیرمبتلایان، با پرداخت مالیات هنگام تهیه و مصرف دخانیات، هزینه‌های درمان و مراقبت از مبتلایان بی‌مبالات را پرداخت کنند. با تحمیل مالیات‌های سنگین بر فرآورده‌های دخانی و ذخیره و تخصیص آن به سیستم سلامت و درمان، می‌توانیم کلیه‌ی بیمارانی که بر اثر استفاده از این فرآورده‌ها تحت مراقبت سیستم سلامت قرار گرفته‌اند، محافظت نماییم. همچنین می‌توانیم آسیب‌های ناشی از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در رانندگی را نیز با همین روش، با تحمیل جریمه‌های سنگین بر رفتارهای پرخطر حین رانندگی جبران کنیم. در این حالت نیز مانند مورد قبل با ذخیره و تخصیص جریمه‌های پزشکی-دانشگاهی از بیماران و درمان هزینه‌های درمان فرآورده‌های دخانی و مصرف منابع حاصله در مراقبت سلامتی مصرف‌کنندگان را بتوان با رفتار پدرسالاری نرم توجیه نمود. ولی نکته‌ی مهم‌تری در این استدلال وجود دارد و آن پذیرش تردید در تمایز

و بی‌مبالات" داد و وصفی عادلانه از مراقبت سلامتی بر اساس این نظریه ارائه نمود.

گرچه این پاسخ به ظاهر منطقی است ولی فحوی آن با یکی از ارزش‌های مهم نظریه‌های لیبرال ناسازگار است. تمامی نظریه‌های عدالت لیبرال بر اصل خودفرمانروایی یا همان اتونومی تاکید دارند و اعمال پدرسالارانه را در تعارض با این اصل می‌دانند. باید پذیرفت که تحمیل حق بیمه‌های سنگین توسط استعمال‌کنندگان دخانیات و یا بالا بردن مالیات محصولات دخانی، خطر رفتارهای پدرسالارانه را تشدید می‌کند و این امر به منزله‌ی نقض خودفرمانروایی مردم است. البته باید میان رفتارهای پدرسالارانه‌ی نرم و خشن⁷ تمایز قائل شویم و شاید بالا بردن تعرفه‌های فرآورده‌های دخانی و مصرف منابع حاصله در مراقبت سلامتی مصرف‌کنندگان را بتوان با رفتار پدرسالاری نرم توجیه نمود. ولی نکته‌ی مهم‌تری در این استدلال وجود دارد و آن پذیرش تردید در تمایز

⁷Soft and Hard Paternalism

شفاف میان بخت اختیاری و غیراختیاری است. برخی از فلاسفه می‌گویند که اصولاً بخت از لحاظ اخلاقی کاملاً تصادفی است و از این رو هیچ تفاوتی میان ناعادلانه بودن تبعات ناشی از بخت اختیاری و غیراختیاری وجود ندارد. در صورت پذیرش این موضوع، عدالت مستلزم جبران تمام اقسام بخت اعم از اختیاری و غیراختیاری است. این نظریه که از آن به عنوان مساوات‌طلبی بخت عام (ALE)⁸ یاد می‌شود در مقابل نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت استاندارد یا همان مساوات‌طلبی بخت غیراختیاری (BLE)⁹ قرار می‌گیرد. گروه اخیر تنها نابرابری‌هایی را قابل جبران می‌داند که ناشی از بخت غیراختیاری باشد برخلاف گروه اول که به دنبال

جبران تمامی تبعات ناشی از بخت اعم از اختیاری و غیراختیاری، است. پس اگر در سیاست‌گذاری معتقد به نظریه‌ی ALE باشیم، اثرات بخت، چه خوب چه بد، غیراختیاری یا اختیاری، هرچه باشد باید جبران کنیم، زیرا بر اساس این نظریه مردم به خاطر نتایج

بدبختانه یا خوش‌بختانه‌ی انتخابشان مسئول قلمداد نمی‌شوند، بلکه مسئولیت آنها درست در همان زمانی که دست به انتخاب می‌زنند، رقم می‌خورد. بنابراین در وهله‌ی اول کسانی می‌توانند از افزایش تعرفه و مالیات بر فراورده‌های دخانی حمایت کنند که از حامیان مساوات‌طلبی بخت عام باشند. برای مثال در این صورت چون افرادی که به یک میزان و در یک زمان مشخص از فراورده‌های دخانی استفاده می‌کنند، به واسطه‌ی ویژگی‌های ژنتیکی، شانس متفاوتی برای ابتلا به بیماری‌های مرتبط با استعمال دخانیات دارند و اخذ مالیات از درآمد بر فراورده‌های دخانی و استفاده از آن برای افرادی که به هر دلیلی نسبت به سایر مصرف‌کنندگان، احتمال ابتلا به بیماری‌های مرتبط با مصرف این گونه مواد را دارند، می‌تواند پدیدارانه تلقی نشود، زیرا آنچه که سرنوشت بیماران را نسبت به سایر افراد مصرف‌کننده‌ای که بیمار نشده‌اند، متمایز نموده است فقط بخت است و بخت، کاملاً تصادفی است. بر اساس این نظریه، برای بی‌اثر کردن بخت باید بپذیریم که مسئولیت

⁸All-Luck Egalitarianism

⁹Brute Luck Egalitarianism

کلیه‌ی افراد مصرف‌کننده در تصمیم به استعمال فراورده‌های دخانی برابر است. طبیعی است که با پذیرش این امر، یک راه‌حل منطقی برای تثبیت و نهادینه کردن این مسئولیت در جامعه، افزایش مالیات بر فراورده‌های دخانی است تا از آن محل، بیماران مبتلا به بیماری‌های مرتبط با مصرف این گونه مواد درمان شوند. با اخذ چنین مالیات‌هایی، اثرات بخت را در کلیه‌ی مصرف‌کنندگان کاهش می‌دهیم و به طور کلی نیک‌زیستی را در این گروه بالا می‌بریم. عیناً این مسئله در خصوص مواردی نظیر بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در رانندگی نیز صدق می‌کند. دو راننده‌ی بی‌احتیاط را در نظر بگیرید که با سرعت غیرمجاز حرکت کرده و هر دو تصادف می‌کنند. اولی در برخورد با یک درخت مصدوم می‌شود ولی دومی بدون تصادف و آسیب، عمل ناشی از بی‌احتیاطی خود را به پایان می‌رساند. آنچه سرنوشت این دو را متمایز می‌کند، صرفاً بخت و اقبال است. بر اساس نظریه‌ی ALE، با اخذ جریمه‌ی سنگین از هر دو راننده به علت سرعت غیرمجاز، هزینه‌های درمان مصدومیت راننده‌ای را که از

بخت بد تصادف کرده است، جبران می‌کنیم. در این حالت عمل پدرسالارانه‌ای که صورت گرفته است کاملاً قابل‌توجیه است و به عبارت صحیح‌تر اصولاً این گونه اعمال پدرسالارانه محسوب نمی‌شوند.

با این استدلال حامیان ALE می‌توانند خود را از شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" رها کنند. در این موارد، فرد بداقبال باید از طرف فرد خوش‌اقبال کمک شود. همچنین کسانی که فراورده‌های دخانی مصرف نمی‌کنند و رانندگان محتاطی که اعمال پرخطر انجام نمی‌دهند، هیچ نقشی در تامین هزینه‌ی این افراد نخواهند داشت و بار مالی حاصل از بی‌احتیاطی فقط بر دوش افراد اولی در برخورد با یک درخت مصدوم می‌باشد. در این صورت می‌شود ولی دومی بدون تصادف و آسیب، عمل ناشی از بی‌احتیاطی خود را به پایان می‌رساند. آنچه سرنوشت این دو را متمایز می‌کند، صرفاً بخت و اقبال است. بر اساس نظریه‌ی ALE، با اخذ جریمه‌ی سنگین از هر دو راننده به علت سرعت غیرمجاز، هزینه‌های درمان مصدومیت راننده‌ای را که از

اعمال پرخطر خود، جامعه را دچار آسیب کرده‌اند.

نقاط ضعف نظریه‌ی ALE

در ظاهر حامیان نظریه‌ی ALE نسبت به طرفداران نظریه‌ی BLE در خصوص اشکال "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" پاسخ مناسب‌تری دارند، ولی با بررسی و تعمق بیشتر درمی‌یابیم که آنان نیز کاملاً از این اشکال رها نشده‌اند. جهت تعمق بیشتر در این موضوع فرض می‌کنیم که کلیه‌ی مصرف‌کنندگان فراورده‌های دخانی مبتلا به بیماری‌های مرتبط با این محصولات شوند. در این حالت ما هیچ مصرف‌کننده‌ی خوشبختی نداریم که به دیگران کمک کند. دقت کنید که نقطه‌ی قوت نظریه‌ی ALE توزیع بار مصرف‌کنندگان مراقبت سلامتی بر روی مصرف‌کنندگان مبتلا و غیرمبتلا است، ولی در فرض مذکور تمام مصرف‌کنندگان، مبتلا به بیماری‌های مرتبط با مصرف این مواد شده‌اند.

علاوه‌بر مشکل یادشده، مشکلات دیگری نیز در این نظریه وجود دارد. بر

اساس نظریه‌ی ALE افرادی که انتخاب‌های مشابه دارند باید پیامدهای مشابهی داشته باشند. چهار فرد سیگاری را در نظر بگیرید که دو نفر از آنان (A و B) روزانه ده سیگار و دو نفر دیگر (C و D) روزانه بیست سیگار استعمال می‌کنند. بنا بر نظریه‌ی یادشده، A و B باید پیامدهای مشابه و C و D نیز پیامدهای مشابهی داشته باشند. این نظریه در خصوص اینکه آیا مجموع پیامدهای ناشی از سیگار کشیدن A و B باید نسبت به مجموع پیامدهای ناشی از سیگار کشیدن C و D بهتر باشد، ساکت است. در نتیجه اگر مجموع پیامدهای ناشی از سیگار کشیدن C و D به سلامت مطلوب‌تری از مجموع پیامدهای ناشی از سیگار کشیدن A و B منجر شده باشد، هنوز مشکل پابرجا خواهد بود. به نظر می‌رسد این نظریه باید اصلاح شود و به‌جای حمایت از این اصل که "افرادی که انتخاب‌های مشابه دارند باید پیامدهای مشابهی داشته باشند" به دنبال اثبات این اصل باشد که "منصفانه نیست فردی که تصمیمات مبتنی بر بی‌مبالاتیش کمتر از دیگری

است، پیامد حاصل از تصمیماتش وخیم‌تر از آن فرد باشد."

صاحب مال شوند، امری غیرمنصفانه اتفاق افتاده است.

مشکل بنیادی‌تر دیگری نیز در این نظریه وجود دارد. به نظر می‌رسد نظریه‌ی عدالتی که در پی انطباق نتایج بر انتخاب‌ها باشد، باید با پارامترهایی قوی‌تر از مالیات بر فروش محصولات دخانی توجیه شود. مثال آقای سگال در این مورد، تبعات ناشی از قماربازی در کشورهای است که قمار را قانونی می‌دانند. وی می‌گوید این امر به مثابه این است که قماربازانی که در یک محل قمار می‌کنند، نهایتاً به مقدار مشابهی دچار شکست شوند. به نظر می‌رسد با این کار اهداف قماربازی از بین رفته است. زمانی که بلیط بخت‌آزمایی پنج دلاری شما، شانس صددرصدی برای بردن شما

برخی در پاسخ به این اشکال، میان قمار واقعی و شبه‌قمار¹⁰ تفاوت قائل شده‌اند. به باور آنان ماهیت سلامتی و امور مربوط به آن بیشتر شبه‌قمار است تا یک قمار واقعی. تفاوت در این است که در قمار واقعی توقع داریم که تمام بار قماربازی بر روی فرد بدشانس قرار گیرد ولی در خصوص شبه‌قمار که قمار با سلامتی فرد از جمله موارد آن است، چنین توقعی صحیح نیست. ما نمی‌توانیم تمامی افراد بی‌مبالات را مشابه قماربازان تلقی کنیم زیرا می‌دانیم بسیاری از کسانی که با سلامتی خود قمار می‌کنند نه به خاطر هیجان آن بلکه به دلیل عدم بصیرت و ضعف اراده آنهاست.

می‌دهد، دیگر بلیط بخت‌آزمایی نیست و این همان چیزی است که نظریه‌ی ALE قصد دارد بر ما تحمیل کند. با این وصف این نظریه ظاهراً مخدوش است، زیرا در عالم قماربازی کسی ادعا نمی‌کند که اگر برخی از قماربازان بیشتر از دیگر قماربازان

گرچه از لحاظ شهودی می‌توان این تفاوت را صحیح دانست، ولی دلایل توجیهی فلسفی محکمی پشت آن نیست. هنوز می‌توان مواردی را در نظر گرفت که فردی که با بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی سلامت خود را به خطر

¹⁰Quasi Gamble

می‌اندازد، به خاطر هیجان آن این کار را کرده باشد. ورزش‌های پرخطری مانند اسکی در ارتفاعات غیرایمن و یا مصرف فراورده‌های دخانی در جوانان مثال‌هایی آشکار از این امرند. در ضمن باید به خاطر داشت که بسیاری از قماربازان نه به خاطر هیجان و لذت قمار بلکه به علت توهم برد، دست به قمار می‌زنند.

ولی از این موضوع به همین سادگی نیز نمی‌توان گذشت. حتی در جوامعی که قماربازی قانونی است هیچ‌گاه دولت و ملت به دنبال جبران خسارت قماربازان نیستند. به عبارت دیگر توقعات قانونی مردم نسبت به جبران خسارت ناشی از قماربازی و اعمال ناشی از بی‌مبالاتی متفاوت است.

تمایز یادشده به ما گوشزد می‌کند که جنبه‌ی توقعات قانونی، ریشه در نهاد آدمیان در مسئول دانستن کامل فرد قمارباز و مسئول شمردن افراد جامعه در جبران بخشی از خسارت فرد بی‌مبالات دارد. این بدان معناست که جامعه به عهده گرفتن زیان ناشی از قمار توسط قمارباز را برخلاف عهده‌دار شدن زیان ناشی از شبه‌قمار، کاملاً

منطقی قلمداد می‌کند. قماربازی که در اثر باخت، توان بازپرداخت بدهی بانکی خود را ندارد و توسط دولت مورد بازخواست و تعقیب قرار می‌گیرد، قانوناً توقعی برای جبران خسارت از طرف دولت نمی‌تواند داشته باشد، اما این مسئله در مورد شبه‌قمار صدق نمی‌کند زیرا کسی که با سلامتی خود قمار کرده است، هنوز انتظار کمک از طرف دولت را دارد.

عده‌ای از مخالفان این استدلال در پاسخ می‌گویند این توقع به علت عدم اطلاع‌رسانی صحیح در جامعه و فقدان آموزش همگانی است. تا به حال آموزش‌ها حول تمایز میان قمار و شبه‌قمار بوده است و اگر مسیر آموزش تغییر کند مردم به راحتی پی خواهند برد که هیچ تمایز معقولی میان این دو پدیده نیست. اگر با اطلاع‌رسانی و آموزش صحیح بتوان به جامعه تفهیم کرد، کسی که با سلامتی خود قمار می‌کند تفاوتی با یک قمارباز واقعی ندارد، توقع جبران این نوع خسارت نیز از بین خواهد رفت. یعنی در واقع توقع جبران در بی‌مبالاتی‌ها ناشی از شهود انسانی نیست بلکه ناشی از نوع

تربیت انسان‌هاست. از این رو باید به کسانی که با سلامتیشان قمار می‌کنند، تفهیم کرد که توقع قانونی برای جبران خسارت در این موارد عادلانه نیست. موارد قمار واقعی و شبه‌قمار عامل مشترکی به نام "بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی" دارند که فقط از لحاظ شدت و ضعف با هم متفاوت‌اند. آنچه در قمار واقعی توقع شروع جبران خسارت را بی‌معنا می‌کند در شبه‌قمار نیز وجود دارد ولی با شدت بیشتر. اگر این استدلال با داده‌های تجربی اثبات شود، می‌توان مدعی شد، جبران خسارت کسی که با زندگی خود قمار می‌کند همانند قمار واقعی منطقی نیست و کسی که توانایی دارد به شیوه‌ای معقول از عوارض بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی خود اجتناب کند، مستحق جبران از طرف جامعه و یا سایر افراد بی‌احتیاط و بی‌مبالات نمی‌باشد. ولی همان گونه که اشاره شد برای این موضوع نتیجه‌گیری نیازمند داده‌های بیشتری هستیم.

حامیان تمایز میان قمار و شبه‌قمار به این امر نیز استناد می‌کنند که جبران خسارت در شبه‌قمار در مجموع به نفع

جامعه است. برای مثال برخی از کسب و کارهای پرمخاطره و یا انتخاب‌های شغلی نیز ماهیت شبه‌قمار دارند و افرادی که علی‌رغم خطر احتمالی، دست به این گونه امور می‌زنند، انتظار دارند زمانی که خطرات سبب خسارت می‌شوند، جبران شوند. فرض کنید X و Y دو روند عمل را به شکل زیر در پیش رو دارند:

الف- ۱۰۰٪ شانس برای رسیدن به ۱۰۰ یا
ب- ۹۵٪ شانس برای رسیدن به ۱۰۰ و ۵٪ شانس برای به دست آوردن ۲۰۰.

حال فرض کنید هر دو فرد وارد این ریسک شده و X با ۲۰۰ و Y با ۱۰۰ به کار خود پایان دهند. چنین به نظر می‌رسد که اخذ مالیات از X (فرد خوش‌بخت) و تقسیم درآمد وی با Y عادلانه باشد و انتظار Y برای هم‌سطح‌سازی درآمد با X منطقی به نظر رسد. ولی در اینجا نیز می‌توان چنین پاسخ داد که ممکن است در این موقعیت، Y از بخت غیراختیاری متضرر شده باشد و نه بخت اختیاری. اگر از Y به طور معقول انتظاری به جز این نباشد که غیر از این عمل کند، پس

می‌توان گفت که او کاملاً محتاطانه عمل کرده است و توافق بر این است که نتیجه بخت بد ناشی از عمل محتاطانه، به عنوان بخت غیراختیاری جبران شود. در این مورد تمایلی به حمایت از هم‌سطح کردن نابرابری‌های بخت اختیاری وجود ندارد و در این حالت کاملاً مشهود است که تمایز موجود در این جا میان قمار واقعی و شبه‌قمار نیست، بلکه میان خطراتی است که منطقاً انتظار اجتناب فرد از آن را داریم و جایی که منطقاً چنین انتظاری نداریم.

باید به این نکته توجه داشت که بر اساس نظریه‌ی ALE، عدالت به دنبال این است که در نیک‌زیستی افرادی که سطح مشخصی از احتیاط یا بی‌احتیاطی را دنبال می‌کنند، نقض علمی-دانشگاهی

ایجاد نشود. باز دو فرد سیگاری را در نظر بگیرید که روزانه تعداد مشخص و برابر سیگار طی سالیان مشخص مصرف کرده‌اند. فرض می‌کنیم که در هر دو نفر، دیگر ویژگی‌های مرتبط مانند آسانی یا شدت برای ترك سیگار نیز مشخص و برابر باشد. در این صورت اگر یکی از این دو به یکی از

بیماری‌های مرتبط با مصرف فراورده‌های دخانی مبتلا شده باشد در حالی که دیگری سالم مانده باشد، در اینجا تفاوت پیامد فقط بر اساس بخت است و چنانچه نظریه‌ی ALE بیان می‌کند، وظیفه ما جبران اثرات ناشی از این بخت است.

در این حالت اخذ مالیات پیشینی تنها راه دسترسی به عدالت میان مصرف کنندگان نیست، و ما می‌توانیم این مالیات را پس از مبتلا شدن افراد سیگاری از استعمال‌کنندگانی که هنوز مبتلا نشده‌اند نیز اخذ کنیم. به طور خلاصه می‌توان گفت که دو عمل مشابه، سرنوشت‌های متفاوتی در نیک‌زیستی ایجاد کرده‌اند که نظریه‌ی ALE آن را ناعادلانه می‌داند و در صد جبران آن است.

این منتقدین نظریه‌ی ALE این استدلال را نیز زیر سوال برده‌اند. به نظر آنان اگر مشکل این است که از دو عمل مشابه، سرنوشت‌های متفاوتی ایجاد شده است و اقتضای عدالت این است که اثر بخت از بین رود، می‌توانیم سرنوشت‌ها را به نوع

دیگری نیز یکسان نماییم. اگر بتوانیم (بر فرض محال) فرد خوش‌اقبال را نیز به سرطان ریه مبتلا کنیم، اثرات بخت را یکسان و سرنوشت هر دو را شبیه هم کرده‌ایم. البته قطعاً از لحاظ شهودی این کار پسندیده نیست ولی واقعاً اگر هدف صرفاً خنثی‌سازی بخت است، می‌توان زمانی که سیگاری بد‌اقبال مبتلا به سرطان ریه شده است، فرد دیگر را به نحو دیگری بدبخت نمود، مثلاً کل دارایی وی را مصادره کرد. در واقع می‌توانیم هم‌سطح‌سازی را با بدبخت کردن هر دو طرف ایجاد کنیم. عکس ماجرا نیز صادق است، بدین صورت که فرد بد‌اقبال را با دادن پول و امکانات، و نه درمان، به رفاه برسانیم. ظاهراً از لحاظ نظری بر اساس نظریه‌ی ALE می‌توان یکی از این پیشنهادها را پذیرفت، ولی در وادی عمل می‌دانیم این مسئله حتی با هدف حامیان این نظریه نیز در تعارض است. اگر هر سه گزینه برای خنثی‌سازی بخت موجود باشد (ایجاد بانک، هم‌سطح‌سازی به سمت بالا¹¹، هم‌سطح‌سازی به سمت پایین¹²) و جامعه یکی از موارد را انتخاب کند،

لزوماً مورد انتخاب شده، مورد ایده‌آل فرد سیگاری خوش‌بخت نیست و وی می‌تواند قانوناً به آن اعتراض کند، علاوه‌بر اینکه این ادعا همیشه از طرف او مسموع خواهد بود که وی مسبب بیماری فرد بد‌اقبال نیست. دقت کنید که این اشکال متوجه مساوات‌طلبی بخت غیراختیاری (BLE) نیست و این نظریه از شبیه هم‌سطح‌سازی به سمت پایین مبرا است، زیرا فقط به دنبال هم‌سطح‌سازی نابرابری‌های ناشی از بختی است که از اختیار فرد خارج است و به هیچ وجه به دنبال هم‌سطح‌سازی سرنوشت حاصل از بخت نیست.

با پذیرش تحلیل فوق، نظریه‌ی ALE فقط یک راه برای رهایی از این اشکال دارد و آن قبول این مطلب است که هدف مساوات‌طلبان، خنثی‌سازی بخت به صورت عام نیست، بلکه هدف خنثی‌سازی بخت بد است¹³ که البته این نظریه نیز با نظریه بخت غیراختیاری متفاوت است، زیرا نظریه‌ی اخیر فقط به دنبال خنثی‌سازی بخت بد غیراختیاری است در حالی که هدف نظریه‌ی

¹¹Leveling Up

¹²Leveling Down

تغییریافته‌ی ALE خنثی‌سازی بخت بد اختیاری و غیراختیاری است. بدین نحو نظریه‌ی ALE نیز می‌تواند با اصل عدالت سازگار شود، زیرا به دنبال بهبود و ارتقای سلامت فرد سیگاری مبتلا به سرطان ریه است و نه توصیه به بیمار کردن افراد سیگاری خوشبختی که به سرطان ریه مبتلا نشده‌اند. با این حال، چنین به نظر می‌رسد که این تغییر نیز کلیه مشکلات را مرتفع نخواهد کرد زیرا هنوز عدم توجه مالیات بر فراورده‌های دخانی و ایجاد بانک جبران خسارت پابرجاست. با تغییر نظریه‌ی ALE و بخت اخلاقی

اشکال دیگری که در نظریه‌ی ALE وجود دارد تقابل آن در برابر نظریه‌ی بخت اخلاقی است. بر اساس آموزه‌های اخلاقی، یک اختلاف معنادار میان مجرمیت در قبال قتل و مجرمیت در قبال اقدام به قتل وجود دارد. این اختلاف می‌تواند تفاوت میان مجازات‌ها را نیز توجه کند ولی ظاهراً این تفاوت در جرائم شبه‌عمد قانع‌کننده نیست. دو راننده را در نظر بگیرید که با بی‌احتیاطی تمام، اقدام به رانندگی می‌کنند، یکی از آن دو

نظریه، فقط به دنبال خنثی‌سازی اثرات بخت بد در زندگی سیگاریان بداقبالیم و سیگاریان خوشاقبال از محل نزاع خارج می‌شوند، زیرا دیگر به دنبال خنثی‌سازی بخت خوب آنان نیستیم. با این فرض می‌توان درمان سیگاریان بداقبال را توجیه کرد، ولی تنها راه تامین منابع درمان از محل خزانه عمومی است که سیگاریان خوشاقبال نیز به عنوان بخشی از جامعه مانند سایر افراد در پرداخت هزینه‌های آن سهیم‌اند.

تصادف کرده و خود و مسافرش زخمی می‌شوند ولی دومی خوش‌شانس بوده و تصادف نمی‌کند. آنچه سبب تفاوت در سرنوشت این دو راننده شده است، صرفاً بخت است. نظریه‌ی ALE می‌گوید که راننده‌ای که جان سالم به در برده است باید در هزینه‌های درمان راننده‌ی دومی که زخمی است، مشارکت نماید. به نظر نمی‌رسد دلیل خاصی برای عادلانه بودن این عمل وجود داشته باشد، همچنین دلیلی برای ادعای راننده مجروح نیز در خصوص جبران خسارت از طرف جامعه یا راننده‌ی اول دیده نمی‌شود. اگر چنین

می‌شود که کاملاً قابل‌پیش‌بینی بود و وی می‌توانست از آن وضعیت اجتناب

سرنوشت راننده بی‌مبالات ممکن است بر اساس دلایلی سبب نگرانی شود، ولی این نگرانی‌ها در محدوده‌ی عدالت توزیعی مساوات‌طلبانه قرار نمی‌گیرد. به ویژه در نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت استاندارد، که موضوع بحث جلسه‌ی آینده است، خنثی‌سازی بخت فقط در مواردی است که وسوسه‌ای در کار نباشد و بخت وسوسه‌انگیز¹³ در این نظریه جایگاهی ندارد.

ادعایی نیز مطرح شود، پاسخ این خواهد بود که وضعیتی که وی به آن مبتلا شده است از جایی ناشی نماید. به هر حال فیلسوفانی نظیر برنارد ویلیامز و توماس ناگل از این عدم تمایز در جرائم شبه‌عمد دفاع می‌کنند. به نظر می‌رسد این رویکرد در قبال بخت اخلاقی محل مناقشه باشد، ولی فقدان چنین تمایز اخلاقی نیز لزوماً ما را ملزم به یکسان‌سازی سرنوشت این دو راننده نمی‌کند و ادعای جبران خسارت راننده‌ای که با بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی سبب حادثه شده است همواره می‌تواند محل مناقشه باشد. عده‌ای مانند آرنسون استدلال می‌کنند که کیفیت حیات چنین فردی پس از حادثه بسیار کاهش می‌یابد و اگر این پیامد را کیفر عمل او بدانیم، این کیفر با جرم سازگار نیست. ولی به نظر مساوات‌طلبان بخت، نگرانی در خصوص هماهنگ بودن سطوح نیک‌زیستی با سطوح استحقاقی فردی، از الزامات این نظریه نیست. به عبارت صحیح‌تر، انطباق مجازات‌ها با جرائم یا پاداش‌ها با شایستگی افراد در محدوده‌ی نفوذ نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت نیست.

انجمن علمی-دانشجویی
انقلاب پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

¹³Tempting Luck