

درس نوشتار

مبانی فلسفی سلامت عادلانه



مدرس:

دکتر اکبر شهریوری

مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران
در امور اخلاق حرفه‌ای

جلسه ۱۳



انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

سلامت، بخت و عدالت (۲)

در جلسه‌ی قبل بحث بررسی نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت در سیاست‌گذاری سلامت مطرح شد و خدمت دوستان عزیز عرض کردم که این نظریه در موضوع رسیدگی به بیماران بی‌احتیاط دچار چالشی جدی است و فیلسوفان سلامت مساوات‌طلب مانند شلومی سگال به دنبال ارائه‌ی پاسخی مناسب به منتقدین این نظریه در خصوص شبهه‌ی «رها کردن بیماران بی‌احتیاط و بی‌مبالات» هستند. دیدیم که پاسخ مساوات‌طلبان بخت عام (ALE) به این اشکال قانع‌کننده نبود و اگر این نظریه در پی حل مشکل باشد باید تغییراتی بنیادین در نظریه‌ی خود ایجاد کند. در این جلسه به بررسی پاسخ مساوات‌طلبان بخت غیراختیاری یا همان پروت لاک (BLE) خواهیم پرداخت و توانایی این نظریه را در پاسخ به این شبهه‌ی مخالفان خواهیم سنجید. مقدمتاً خدمت شما عرض می‌کنم که در میان حامیان این نظریه نیز توافق کامل وجود ندارد و فیلسوفانی نظیر آرنسون که خود از حامیان مساوات‌طلبی بخت غیراختیاری است، با اینکه فرصت برابر را برای رفاه ضروری می‌داند و مسئولیت فرد را برای پیش‌بینی انتخاب‌های داوطلبانه‌اش نفی نمی‌کند، ولی برخلاف نظریه‌ی ALE، نظریه‌ی خود را در قبال شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" آسیب‌پذیر می‌داند. به همین علت است که فیلسوفانی نظیر کوهن که از حامیان مساوات‌طلبی بخت است، عقیده‌ی خود مبنی بر "دسترسی‌های برابر در خصوص مزایا" را به نظریه‌ی "فرصت برابر برای رفاه" آرنسون برتر می‌داند، و معتقد است بدین نحو قرائت صحیح‌تری از مساوات‌طلبی بخت ارائه کرده است چرا که وضعیت نامساعد غیراختیاری را کلاً کنار گذاشته و در نتیجه کسی را که از این وضعیت نامساعد رنج می‌برد مسئول نمی‌شناسد. به هر حال بیانات حامیان مساوات‌طلبی بخت استاندارد مانند دورکین همواره مغایر نظریه‌ی ALE است. دورکین می‌گوید فردی که زنجیروار به دنبال انتخاب موارد خطرآفرین است، جبران نتایج نامطلوب انتخاب وی از مقتضیات عدالت نخواهد بود.

پاسخ حامیان نظریه‌ی BLE به شبهه‌ی «رها کردن قربانیان بی‌مبالات و بی‌احتیاط»

مشاهده کردیم که دلایل حامیان نظریه‌ی ALE در پاسخ به شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌مبالات و بی‌احتیاط" قانع‌کننده نبود ولی طرفداران نظریه‌ی BLE معتقدند که در این نظریه، دلایل کافی مبنی بر تعهد به درمان بیماران بی‌احتیاط و بی‌مبالات وجود دارد. آنان در پاسخ به شبهه‌ی اندرسون دلایلی را بیان کرده‌اند که ذیلاً به نقد و بررسی آنها خواهیم پرداخت:

پاسخ اول: این پاسخ شبیه موضع‌گیری حامیان نظریه‌ی ALE است. پیتر ولنتاین می‌گوید: افعالی که انتظار سودهی از آنها بالاست عمدتاً توأم با خطرند. صرف نظر از کیفیت خطر، عدم جبران مواردی که ناشی از بخت بد اختیاری است، سبب منع افراد از انجام اموری است که از خطرات محاسبه‌شده‌ی منطقی برخوردار است و این امر منجر به عدم اثربخشی و اتلاف منابع در جامعه می‌شود. از این رو در این موارد جبران خسارت اجتناب‌ناپذیر است. به نظر می‌رسد پاسخ ولنتاین تا حدی شبهه‌ی ایجادشده را تلطیف می‌کند، گرچه آن را کاملاً از بین نمی‌برد. ایشان اذعان دارد که درصد جبران تمام خسارات ناشی از کلیه‌ی موارد بخت بد اختیاری نیست و اشاره‌ی وی به مورد منطقی بودن ریسک نشان می‌دهد که از نظر او نیز ریسک‌های غیرمنطقی نباید جبران شوند، چون اصولاً سبب سوددهی بیشتر

نمی‌شوند. طبیعتاً زمانی که فرد با دلایل منطقی، خطرات مخاطره‌آمیز انجام داده است، مرکب بی‌احتیاطی نشده است و هنوز این سوال باقی است که تکلیف افراد بی‌احتیاط و بی‌مبالاتی که محاسبه‌ی منطقی برای خطرات نمی‌کنند چه خواهد شد؟

پاسخ دوم: این پاسخ متعلق به رونالد دورکین است. ایشان از ایجاد یک بیمه‌ی اجباری سخن می‌گویند که برای پوشش حوادث ناشی از بخت بد اختیاری که منجر به فقر و فلاکت و از دست دادن توانایی‌های بنیادین فرد می‌شود، کاربرد خواهد داشت. این بیمه‌ی اجباری می‌تواند مشکل را بدون در نظر گرفتن پیشینه‌ی فرد حل کند. منتقدان دورکین، این ایده را پدرسالارانه می‌دانند، ضمن اینکه این کار را بی‌احترامی به کسانی می‌دانند که تحت پوشش این بیمه قرار می‌گیرند. دورکین در پاسخ می‌گوید که چون شهروندان در پس "پرده‌ی بی‌اطلاعی" اقدام به این کار می‌کنند، گرچه این پرداخت بیمه به‌ظاهر اجباری است ولی به هیچ وجه پدرسالارانه نیست، زیرا تمام مردم به منظور اجتناب از حرکت به سوی یک زندگی ناگوار نکبت‌بار این بیمه را خواهند پذیرفت. به عبارت دیگر مردم چون به این امر واقف‌اند که پرداخت حق بیمه می‌تواند مراقبت سلامتی پایه‌ای آنها را تضمین کند، اعتراض به آن نخواهند داشت. این پاسخ دورکین نیز با انتقاداتی مواجه است. وی برخلاف دیدگاه پذیرفته شده‌ی مساوات‌طلبی بخت غیراختیاری بیمه‌ای را مطرح می‌کند که

عوارض ناشی از حوادث را بدون در نظر گرفتن تقصیر مرتکب جبران می‌کند. در این حالت راننده‌ای که با بی‌احتیاطی به درختی برخورد می‌کند و زخمی می‌شود نیز از این بیمه استفاده خواهد کرد. این امر کلیه افراد بی‌احتیاط و بی‌مبالات را تحت پوشش قرار می‌دهد و آنها را مستحق کمک می‌کند و از این رو این نظریه کاملاً مغایر با نظریه‌ی غالب مساوات‌طلبی بخت است که به دنبال جلوگیری از اعمال ناشی از بی‌احتیاطی است. زمانی که روز جبران خسارت می‌رسد و فرد بی‌مبالات خود را مستحق آن می‌داند، دیگر جامعه حق اعتراض به بی‌مبالاتی او را نخواهد داشت. در این حالت فرد الکلی نیز که از محل منابع عمومی پیوند کبد انجام می‌دهد و پس از موفقیت پیوند مجدداً به مصرف مشروبات الکلی روی می‌آورد، قابل‌سرزنش نیست و جامعه نیز حق شکایت و دل‌خوری از او را ندارد. عده‌ای از این استدلال به "شبهه‌ی دلخوری"^۱ یاد کرده‌اند.

پاسخ سوم: پیشنهاد سوم مساوات‌طلبان می‌تواند بخت غیراختیاری برای پاسخ به شبهه‌ی "رها کردن بیماران بی‌مبالات و بی‌احتیاط" بر این نکته استوار است که تحمل بار مسئولیت در این گونه موارد بر مردم، با توجه به اختلاف در موهبت و استعداد طبیعی و نوع پرورش آنها منصفانه نیست. ریچارد آرنسون می‌گوید که ظرفیت افراد برای عمل محتاطانه متغیر و وابسته به استعدادها و نوع پرورش آنهاست و از این رو درجات مختلف احتیاط، خود

می‌تواند موضوعی از بخت بد باشد. جان رومر نیز در پیشنهاد مشابهی بیان می‌کند که افراد را می‌توان بر اساس قابلیت در عمل محتاطانه دسته‌بندی کرد. وی می‌گوید تمام افراد جامعه در عمل محتاطانه یکسان نیستند، برای مثال یک معلم محتاطانه‌تر از یک کارگر عمل می‌کند. او با محاسبه‌ی نرخ میانگین عمل محتاطانه در هر صنف، اعمال زیر میانگین را غیرمحتاطانه می‌داند و اهداف عدالت توزیعی را با این معیار میانگین می‌سنجد. بدین نحو جبران خسارت ناشی از عمل غیرمحتاطانه در صورتی جایز است که عمل مذکور از نرخ میانگین در آن صنف پایین‌تر باشد. لازم به ذکر است که برخی از این استدلالات مانند همین استدلال رومر، در ابتدا به نیت پاسخ به شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌مبالات و بی‌احتیاط" تحقق نیافته‌اند، ولی دیگران، از آنها در جهت پاسخ‌گویی به این اشکال استفاده کرده‌اند، از این رو نمی‌توان ایرادی به ماهیت استدلال گرفت. با این حال ظاهراً این گونه استدلالات می‌توانند تا حدی به شبهه‌ی یادشده پاسخ دهند، ولی در حل کامل آن ناتوانند. نتیجه‌ای که از این استدلال می‌توان گرفت این است که مرز میان اعمال محتاطانه و غیرمحتاطانه تغییر یافته است، ولی نهایتاً باز تمامی اعمال غیرمحتاطانه را از بین نمی‌برد و در نتیجه تمام بخت‌ها را به بخت‌های غیراختیاری تبدیل نمی‌کند. بنا بر این هنوز شبهه‌ی یادشده پابرجاست.

^۱ The Grudge Objection'

پاسخ چهارم: این پاسخ بر این نکته استوار است که در عالم واقع، بخت اختیاری هرگز محقق نمی‌شود. بخت اختیاری را خطر محاسبه‌شده‌ی عمومی می‌دانند که با پیش‌فرض عدم تحقق کامل اطلاعات در زندگی واقعی افراد به‌سختی محقق می‌شود و از این رو می‌توان گفت تمام ناملایمات در جامعه به‌نوعی ناشی از عنصر بخت بد غیراختیاری است. با این فرض، شبهه‌ی یادشده فقط در جامعه‌ی آرمانی مساوات‌طلبان محقق خواهد شد و می‌دانیم که این جامعه در زندگی واقعی دور از دسترس است. منتقدین می‌گویند که این پاسخ بیشتر به دنبال توجیه نیاز جبران خسارت در افراد ریسک‌پذیر است، اما باید توجه داشت که دامنه‌ی شبهه‌ی یادشده علاوه بر این افراد، شامل کسانی نیز می‌شود که به صورت عمومی به خود زیان می‌رسانند. برای مثال کسانی که به صورت آگاهانه خود را در معرض بیماری قرار می‌دهند، می‌توانند در این دسته قرار گیرند. این افراد نظیر مصرف‌کنندگان فراورده‌های دخانی، از ناملایمات ناشی از ریسک‌پذیری رنج نمی‌برند، بلکه عمداً روندی را پذیرفته‌اند که منجر به بیماری می‌شود. با پذیرش رویکرد فرصت منصفانه‌ی دانلیز و رویکرد برابری دموکراتیک اندرسون می‌توان این گونه بیماران را تحت پوشش درمانی قرار داد، در حالی که قطعاً نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت استاندارد در پذیرش آنان با مشکل مواجه است و از این رو این گونه موارد را نمی‌توان با نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت تطبیق داد.

پاسخ پنجم: این پاسخ مستند به الزامات خودفرمانروایی است. این که افراد باید مسئول اعمال خود باشند و عدالت اقتضا می‌کند که فقط در مواردی که افراد مسئول اعمال خود نیستند، خسارت وارده بر آنها جبران شود، امری کاملاً منطقی و درست است. ولی می‌دانیم مسئولیت زمانی محقق می‌شود که افراد، خودفرمانروا باشند و عمل خودفرمانروایانه، نیازمند آستانه‌ای از تامین مواردی از قبیل سلامتی، تغذیه‌ی کافی، عزت نفس و نظایر آن است. از این رو قربانیان بخت بد اختیاری، اگر زیر حد نرمال پیش‌شرط‌های فعل خودفرمانروایانه باشند، انتخاب‌هایشان به صورت اجتناب‌ناپذیری تحت بخت غیراختیاری قرار خواهد گرفت و از این رو مسئول ناملایمات ناشی از آن اعمال نخواهند بود. بنابراین، نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت باید این قربانیان را تحت پوشش قرار دهد و ضروری است افرادی که از بخت بد اختیاری رنج می‌برند، زیر خط فقری که لازمه‌ی رفتار خودفرمانروایانه است، قرار نگیرند. شاید در وهله‌ی اول این پاسخ جذاب به نظر رسد ولی باید توجه داشت که این پاسخ با پذیرش ملاحظات مساوات‌طلبی تنظیم نشده است. در واقع مساوات‌طلبی بخت به دنبال ارتقای خودفرمانروایی قربانیان بخت اختیاری نیست و این امر را از الزامات عدالت نمی‌داند. به عبارت دیگر، گرچه پاسخ به شبهه‌ی یادشده با ملاحظات غیرمساوات‌طلبانه قابل‌بررسی است، ولی اصولاً این گونه استدلالات با مقدمات

نظریه‌ی مساوات‌طلبان بخت سازگاری ندارد مگر اینکه این نظریه نیز به نوعی خود را متعهد به پذیرش کثرت‌گرایی ارزش^۲ کند.

کثرت‌گرایی ارزش

ملاحظه کردیم که مساوات‌طلبان بخت برای پاسخ به شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط" مجبور به به‌کارگیری ملاحظات غیرمساوات‌طلبانه شده‌اند و با واکاوی ماهیت عدالت توزیعی، اجزایی از عدالت را که باید مدنظر نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت باشد، شناسایی و خود را متعهد به آن کرده‌اند. می‌دانیم که یکی از مصادیق آشکار عدالت، برابری در شأن انسانی است، بدین معنا که بپذیریم تمام انسان‌ها ارزش اخلاقی برابری دارند. غالب اندیشمندان حوزه‌ی عدالت معتقدند که این جنبه از عدالت، پوشش‌دهنده‌ی دیگر جنبه‌های اخلاقی است. قبلاً نیز اشاره کردیم که در میان تمام اصول اخلاقی، عدالت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و در بحث عدالت، انصاف^۳ یا همان عدالت توزیعی در مرکز توجهات مساوات‌طلبان بخت است. انصاف، مولفه‌ای از عدالت است که حداقل از نظر مساوات‌طلبان نسبی است. بر این اساس جامعه‌ای که در آن آزادی بیان وجود ندارد، جامعه‌ای غیرعادلانه است، اما جامعه‌ای که در آن برخی از آزادی‌های بیان مجاز ولی برخی دیگر محدود است، جامعه‌ای

غیرمنصفانه تلقی می‌شود. عدالت توزیعی (یا همان انصاف)، همان چیزی است که مساوات‌طلبان بر آن تمرکز کرده‌اند. در نظر مساوات‌طلبان بخت، ارزش اخلاقی برابری انسان‌ها، مستلزم این است که وضعیت برخی افراد نباید نسبت به وضعیت برخی دیگر به دلایلی که تحت کنترلشان نیست، وخیم‌تر شود. از این رو تمرکز بر این نکته در درک مساوات‌طلبی بخت مهم است که آنان صرفاً به دنبال عدالت توزیعی‌اند و دیگر ابعاد عدالت، و به طریق اولی دیگر جنبه‌های اخلاقی مدنظر آنان نیست. ولی لازم است که در طراحی مؤسسات و نهادهای اجتماعی علاوه بر ملاحظات مربوط به انصاف، دیگر ابعاد عدالت و همچنین سایر ملاحظات اخلاقی را نیز مدنظر قرار دهیم. این ملاحظات می‌تواند شامل فایده‌رسانی، توجه به عزت نفس، حریم خصوصی، خودفرمانروایی، شفقت، وفای به عهد، تکرر فرهنگی و نظایر آن باشد. این گونه ملاحظات که تفکر ما را در خصوص نهادهای سیاسی و اجتماعی شکل می‌دهد، می‌تواند تا حدی اجرای دیدگاه مساوات‌طلبی عدالت توزیعی را محدود کند. برای مثال ممکن است، منبعی را به یک فرد بیش از سهم منصفانه‌اش تخصیص دهیم و دلیل ما صرفاً عدم تخریب عزت نفس وی باشد. به علاوه ممکن است دلایل غیرمساوات‌طلبانه‌ای برای این نوع تخصیص وجود داشته باشد، مانند پاداش به افراد به خاطر رفتار انسان‌دوستانه.

این دلایل می‌تواند ما را از مفهوم مساوات‌طلبی بخت منصفانه دور کند و مجبور شویم در سیاست‌گذاری‌ها، به ویژه در سیاست‌گذاری سلامت، عوامل دیگری را در تصمیم‌گیری دخیل کنیم. می‌توان گفت، فلسفه‌ی سیاسی متشکل از تعهدات پیچیده‌ای است که در آن برخی از الزامات عدالت توزیعی با دیگر الزامات عدالت و حتی با دیگر الزامات اخلاقی مورد معامله قرار می‌گیرد و جایگزین می‌شود. باید به این نکته توجه کرد که زمانی که دیگر ملاحظات اخلاقی بر الزامات عدالت غلبه می‌کنند، سیاست‌گذاریمان می‌تواند تا حدی غیرمنصفانه باشد. اجازه‌ی پرداخت هدیه، کاهش سطح حریم خصوصی مردم و ملاحظات کارآیی و اثربخشی تماماً مثال‌هایی از دور شدن آگاهانه‌ی ما از انصاف است. اما همیشه این سازش و مصالحه به معنای اتخاذ سیاست‌های غیرمنصفانه نمی‌باشد به‌ویژه زمانی که ملاحظات انصاف کاملاً مشخص و شفاف نیست.

موقعیتی را فرض کنید که انصاف حکم نمی‌کند که منبع x را به y تخصیص دهیم، اما از انجام آن نیز منع نمی‌کند. تخصیص x به y در چنین حالتی نه منصفانه است و نه غیرمنصفانه و در چنین حالتی دخالت دادن سایر پارامترها لزوماً به معنای صرف نظر کردن از انصاف نیست. زمانی که مصداقی که تحت مفهوم عدالت توزیعی مساوات‌طلبان قرار گرفته است، نامعین باشد، آنان توصیه‌ای برای تخصیص x به y ندارند ولی ممکن است با دلایل دیگر، این تخصیص مطلوب به

نظر رسد. در این حالت، عدالت توزیعی مساوات‌طلبی بخت در کنار دیگر ملاحظات، سبب ایجاد یک سیاست‌گذاری مطلوب و معین می‌شود. به عبارت دیگر می‌توانیم با تلفیق مساوات‌طلبی بخت با دیگر ملاحظات اخلاقی، امکان تامین درمان قربانیان و بیماران بی‌احتیاط را فراهم کنیم.

بنابراین می‌توان گفت، کسانی که مساوات‌طلبان بخت را به "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" متهم می‌کنند، از پیچیدگی ماهیت و فلسفه‌ی سیاسی غفلت می‌ورزند. منتقدان مساوات‌طلبی بخت به‌ویژه الیزابت اندرسون این دیدگاه را منشا بی‌عدالتی می‌دانند ولی واقعیت این است که در برخی موارد، مساوات‌طلبی بخت نیز می‌تواند منجر به سیاست‌های عادلانه‌ای شود که شاید با استناد به نظریه‌های دیگر این امکان فراهم نگردد. کوتاه سخن آنکه شاید از دیدگاه نظری، مساوات‌طلبان بخت مجبور به تامین درمان بیماران و قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات نباشند، ولی درمان این عده با توجه به پذیرش کثرت‌گروی در ارزش‌های اخلاقی، منافاتی با نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت نخواهد داشت.

منتقدان، پذیرش کثرت‌گروی توسط نظریه‌ی مساوات‌طلبان بخت در ارزش‌های اخلاقی را زیر سوال برده و سه نقد متوجه آن کرده‌اند. دسته‌ی اول از منتقدان کاملاً این مفهوم از کثرت‌گروی را مخالف مساوات‌طلبی دانسته و از این رو اصولاً طرح آن را در نظریه‌های

مساوات‌طلبی ناموجه می‌دانند. دسته‌ی دوم با پذیرش آن، مدعی‌اند که مساوات‌طلبان بخت نمی‌توانند در ارزش‌های اخلاقی کثرت‌گرا باشند. و نهایتاً منتقدین دسته‌ی سوم با پذیرش کثرت‌گروی و همچنین سازگاری نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت با آن، بر این باورند که مساوات‌طلبان بخت حتی با پذیرش این دیدگاه نیز پاسخ مناسبی برای شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" نخواهند داشت.

بر اساس آرای منتقدین گروه اول، پذیرش دیگر ارزش‌های اخلاقی نظیر فایده‌رسانی، فقط برای کم کردن عوارض ناشی از پذیرش نظریه‌ی عدالت توزیعی مساوات‌طلبی است و قبول آن نه به عنوان یک استراتژی بلکه کاملاً یک امر تاکتیکی است. میلر معتقد است که پذیرش این استراتژی به منزله‌ی قبول نقض دائمی مفهوم عدالت است. اگر قرار باشد که عدالت به بهانه‌ی ارزش‌هایی نظیر فایده‌رسانی، امنیت و نظایر آن کنار گذاشته شود، مساوات‌طلبان همواره باید منتظر نقض عدالت باشند و نهایتاً عدالت به آرمانی تبدیل خواهد شد که در زندگی عادی غیرقابل‌دسترس است.

به نظر آقای سگال نظریه‌ی میلر تا حدی افراط‌گرایانه است زیرا با همین استدلال می‌توان خودفرمانروایی و حفظ حریم خصوصی را نیز آرمانی دانست. سگال می‌گوید در حالی که کلیه‌ی مساوات‌طلبان لیبرال این ارزش‌ها را پذیرفته‌اند، ولی اکثریت جوامع غربی با عمومی کردن بسیاری

از ابعاد زندگی و پایه‌ریزی ساختارهای اداری مبتنی‌بر تجمع اطلاعات، در حال تخریب مفاهیمی نظیر خودفرمانروایی و حریم خصوصی‌اند. از این رو پذیرش برخی از محدودیت‌ها در حوزه‌ی عدالت به منزله‌ی نفی سایر ملاحظات اخلاقی یا حتی سیاسی نیست و می‌توان گفت تمام این ملاحظات اخلاقی از اهمیت خاصی برخوردارند و به همین دلیل است که باید در تعارضات اخلاقی مورد توجه قرار گیرند.

گروه دوم از منتقدین با پذیرش کثرت‌گروی در ارزش‌های اخلاقی، مساوات‌طلبی بخت را با این مفهوم ناسازگار می‌دانند. دورکین برابری^۴ را "ارزش مطلق و حاکم"^۵ می‌داند و از این رو معتقد است که الزامات برابری، وجه‌المصلحه‌ی دیگر ارزش‌های اخلاقی قرار نخواهند گرفت. در پاسخ به دورکین باید گفت که به نظر می‌رسد باید تفاوتی میان عدالت توزیعی مساوات‌طلبانه و اهمیت برابری قائل شد. "ارزش مطلق و حاکم" بر اساس نظریه‌ی دورکین به اهمیت برابری برمی‌گردد و نه عدالت توزیعی مساوات‌طلبانه. بر این اساس می‌توان ارزش‌های اخلاقی را با یکدیگر معاوضه نمود در حالی که هنوز "اهمیت برابری" برای کلیه‌ی شهروندان ثابت باشد. با این نگاه وجه‌المصلحه قرار دادن عدالت توزیعی با سایر ارزش‌ها بلامانع خواهد بود.

نهایتاً سومین گروه از منتقدین، به کارگیری استراتژی کثرت‌گروی در ارزش‌های اخلاقی را در پاسخ به دوراهی اخلاقی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" مناسب نمی‌دانند. ادعا این است که پاسخ به این شبهه، باید از درون نظریه مساوات‌طلبی بخت‌نشأت گیرد. اگر تمام شهروندان ارزش اخلاقی برابری دارند، پس نباید اجازه داد که برخی از آنان دچار محرومیتی گردند که دیگران منابع کافی برای جلوگیری از آن را دارند. اصول مساوات‌طلبی چنان باید اصلاح شود که این بی‌عدالتی را پاسخ دهد. ظاهراً این انتقاد به‌جا و موجه است و در صورت پذیرش آن، استفاده از اصول غیرمساوات‌طلبانه در پاسخ به شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" از سوی مساوات‌طلبان بخت منطقی نخواهد بود.

استدلال به اتونومی و نیازهای پایه‌ای

طی جلسات گذشته مکرراً به این مطلب اشاره شده است که پذیرش اصل احترام به خودفرمانروایی افراد، در مرکز توجه کلیه نظریه‌های لیبرال بوده و چنانچه آقای بی‌شامپ به‌درستی بیان می‌کند، عدم پذیرش این اصل به منزله‌ی نفی لیبرالیسم و ازهم‌گسیختگی جوامع لیبرال است. در همین جلسه اشاره شد که مساوات‌طلبان بخت نیز با پذیرش این اصل، یکی از پاسخ‌های خود را در مواجهه با شبهه‌ی "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات"، بر همین پایه سامان

داده‌اند. بر اساس این استدلال، درمان افراد بی‌احتیاط و بی‌مبالات ضروری است، زیرا اجازه دادن به افراد برای سقوط زیر خط فقر سلامت به منزله‌ی خروج از حد آستانه‌ی خودفرمانروایی است و این امر علاوه‌بر اتلاف منابع عمومی با اصول لیبرالیسم نیز در تعارض است.

از بعد نظری، بر آوردن نیازهای پایه‌ای نیز می‌تواند از دیگر پاسخ‌های احتمالی به این شبهه باشد. کلیه‌ی حامیان مساوات‌طلبی لیبرال بر این امر تأکید دارند که برآوردن نیازهای پایه‌ای از الزامات عدالت است. این نیازها اعم از غذا، پوشاک، مسکن، آموزش و سایر موارد بر اساس ثروت و رشد اقتصادی جوامع باید دائماً و به طور پیوسته بازتعریف شوند. تعهد بر برآورده‌سازی نیازهای پایه‌ای از الزامات اخلاقی تثبیت‌شده در فلسفه‌ی اخلاق و فلسفه‌ی سیاسی است. مبنای استدلال بر مصلحت عمیقی است که در بطن برآورده‌سازی این نیازهاست به نحوی که اهمیت فراهم ساختن این نیازها حتی از برآورده کردن ترجیحات فرد نیز بیشتر است. معمولاً این گونه است که زمانی که نیازهای پایه‌ای فرد برآورده نمی‌شود، وی دچار زیان غیرقابل‌بازگشت می‌شود. اگر این فرض را بپذیریم که متعهدیم یکدیگر را از زیان محافظت نمائیم، دلیل متقاعدکننده‌ای یافته‌ایم که یک حق عمومی برای مراقبت سلامتی در جامعه وجود دارد. با این استدلال، مراقبت سلامتی نیز بخشی از نیازهای حداقلی اجتماعی خواهد بود که

جامعه موظف است آن را برای شهروندانش تضمین کند. بر این اساس درمان افراد بی‌احتیاط و بی‌مبالات ضرورت می‌یابد، زیرا نباید اجازه دهیم که نیازهای پایه‌ای - من جمله نیازهای درمانی - بی‌پاسخ بمانند. بدین نحو، ارتباط میان الزامات اخلاقی در خصوص برآورده‌سازی نیازهای پایه‌ای - من جمله نیازهای درمانی - همراه با نظریه‌ی عدالت توزیعی مساوات‌طلبی بخت، راهنمای اخلاقی جامعی برای مراقبت سلامتی ایجاد خواهد کرد که شبهه‌ی مورد بحث را نیز پاسخ خواهد داد. الزامات اخلاقی در برآورده‌سازی نیازهای پایه‌ای افراد می‌تواند نشانگر ارزش اخلاقی برابر و احترام برابر جامعه در قبال آنها باشد. این الزام اخلاقی مقدم به عدالت توزیعی است. این الزام اگر توأم با عدالت توزیعی مساوات‌طلبان بخت شود، ما را ملزم خواهد کرد که بیماران بی‌احتیاط نیازمند را نیز درمان کنیم.

دقت کنید که در این حالت با تکمیل الزامات عدالت توزیعی مساوات‌طلبی بخت، با برآوردن نیازهای پایه‌ای، لایه‌ای از نظریه‌ی توزیع کفایت‌طلبان^۶ را به نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت افزوده‌ایم. در حقیقت دورکین نیز با طرح بیمه اجباری که قبلاً به آن اشاره کردیم، همین لایه را به نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت افزوده است، ولی با این تفاوت که در اینجا توجیه این لایه، به دلایل الزامات اخلاقی برای برآورده‌سازی نیازهای پایه‌ای شکل گرفته است. عده‌ای از حامیان

مساوات‌طلبی بخت چنین استدلال می‌کنند که بر اساس تعبیر مساوات‌طلبی بخت از انصاف، درمان افراد بی‌احتیاط نه منصفانه است و نه غیرمنصفانه. در عوض، الزامات برآورده‌سازی نیازهای بنیادین افراد، صرف نظر از اینکه فردی بی‌احتیاط بوده است یا نه، به عنوان یک تکلیف اخلاقی هنوز پابرجاست. در نتیجه تلفیق میان این دو می‌تواند ما را به سمت اجتناب از "رها کردن قربانیان بی‌احتیاط و بی‌مبالات" رهنمون سازد. ولی ظاهراً مقدمه‌ی این استدلال کامل نیست، زیرا کسانی که با اطلاع از خطر حتمی و با بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی خود را در معرض آسیب قرار می‌دهند، با صرف هزینه‌های عمومی، عملی غیرمنصفانه را در جامعه شکل می‌دهند.

البته نکته‌ی مهم‌تر دیگری نیز وجود دارد. زمانی که مبحث اولویت‌بندی در منابع کمیاب مطرح می‌شود، باید هر نظریه‌ای با پیش‌فرض‌های خودش به دنبال راه‌حل مناسب باشد. فرض کنید دو نفر با نیازهای پایه‌ای مشابه، نیاز به منابع کمیاب دارند، در حالی که یکی از آنان بدون تقصیر مبتلا به یک بیماری است و لیکن فرد دوم، نقش کلیدی در ابتلای به بیماری خود دارد. نمونه‌ی بارز این مورد را می‌توان در تصادف رانندگی یک راننده بی‌احتیاط با یک عابر پیاده مشاهده نمود. بر اساس نظریه‌ی عدالت توزیعی مساوات‌طلبان بخت غیراختیاری، درمان عابر بی‌گناه باید در الویت باشد ولی در عمل می‌دانیم که رسیدگی و اولویت‌بندی

^۶Sufficientarianism

بیماران در این شرایط فقط بر اساس تقصیر، کاملاً غیرممکن و خلاف شهود انسانی است. ما در این شرایط به وضعیت بیماران و درجه‌ی وخامت حال آنان و کیفیت حیات پس از درمان و نظایر آن توجه می‌کنیم و نه تقصیر فرد آسیب‌دیده. به همین دلیل عده‌ای به استدلال مساوات‌طلبان بخت در اولویت‌دهی به درمان بیمار محتاط در مقابل بیمار بی‌احتیاط معترض‌اند، زیرا گاهی نتیجه‌ی یک بی‌احتیاطی ضعیف ممکن است منجر به یک مجازات سنگین مثل مرگ شود. حامیان نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت این اشکال را می‌پذیرند ولی بر این نکته نیز تاکید دارند که گرچه نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت بیش از سایر نظریه‌های عدالت توزیعی درگیر این مسئله است، عملاً کلیه نظریه‌های عدالت توزیعی از پاسخ مناسب و کامل به این سوال عاجزند. حتی با پذیرش این مطلب، هنوز اشکال پابرجاست بدین معنا که هر نظریه‌ای مسئول پاسخ‌دهی مناسب به اشکالات، بر اساس مبانی آن نظریه است و پاسخ به این اشکال نیز در هر سیستم و تفکر و نظریه‌ی اخلاقی باید از بطن آن نظریه برخیزد. اگر اشکالی از سوی دیگر نظریه‌های عدالت به نظریه مساوات‌طلبی بخت وارد شده است، پاسخ این نظریه باید در راستای سایر نظریه‌های مساوات‌طلبی و مبانی نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت موردتوجه قرار گیرد و نباید دنبال پاسخ جداگانه‌ای خارج از اصول این نظریه باشیم. در مثال یادشده راه‌حل نظریه‌ی فایده‌گروی درمان بیماری خواهد بود که اثربخشی و فایده‌ی آن بیشتر

است. در مقابل نظریه‌ی مساوات‌طلبی به صورت عام، اولویت را باید به بیماری بدهد که در شرایط فعلی مصداق کم‌بهره‌ترین است. اولویت نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت باید درمان بیمار محتاط باشد. مشاهده می‌کنیم که انتخاب هر یک از نظریه‌ها می‌تواند مورد مناقشه قرار گیرد ولی در مبحث سیاست‌گذاری سلامت بر اساس نظریه‌ی فایده‌گروی خواهیم دید که نظریه‌ی فایده‌گروی در چنین شرایطی، توجیه فلسفی به مراتب قوی‌تر و منطقی‌تری از دو نظریه‌ی دیگر دارد. به هر حال در این مورد خاص اولویت‌دهی به درمان فرد بی‌گناه و استناد به ملاحظات مسئولیت فردی، نیازمند توجیه فلسفی قوی‌تری است که نظریه‌ی مساوات‌طلبی بخت فاقد آن است.

مثال دیگری از این دوراهی اخلاقی را می‌توانیم در بیمارانی که با انتقال خون آلوده به AIDS مبتلا شده‌اند، بیابیم. در اینجا نیز این شبهه وجود دارد که الویت‌دهی به درمان این بیماران نسبت به بیمارانی که در اثر بی‌احتیاطی مبتلا به ایدز شده‌اند، فاقد توجیه فلسفی است. مثال زنده‌ی دیگر، پاندمی کووید ۱۹ است که در صورت کمبود منابع برای درمان همه‌ی بیماران مبتلا، توجیه فلسفی محکمی برای اولویت‌بخشی به بیمارانی که پروتکل‌های بهداشتی را رعایت کرده‌اند، در دست نیست. به هر حال درست است که کلیه‌ی نظریه‌های عدالت به‌نوعی درگیر این مسئله‌اند ولی پاسخ‌دهی مساوات‌طلبان بخت به این مسئله به مراتب دشوارتر از دیگر نظریه‌هاست.

مقصر است ولی تقصیر او، وی را مستحق مجازات مرگ نمی‌کند، می‌توانیم از مواردی نظیر قرعه‌کشی نیز استفاده کنیم. پیشنهاد وی این است که با پرتاب سکه‌ای میان دو بیمار که البته سنگینی اندکی به سمت عابر پیاده دارد، موضوع را فیصله دهیم. به نظر او در این حالت تصمیم‌گیری به‌نوعی بر مبنای مسئولیت فرد است، ولی آنچنان نیز بی‌رحمانه و خشن در قبال فرد مقصر نیست.

نکته دیگری که باید مدنظر قرار گیرد این است که نیازهای پایه‌ای درمانی با کمبودهای درمانی متفاوت است. فردی ممکن است نیازمند مراقبت درمانی باشد در حالی که از نقص سلامتی خاصی نیز رنج نبرد. زنان باردار هنگام زایمان، نیازمند مراقبت درمانی‌اند، در حالی که از سلامتی کامل نیز برخوردارند. زمانی که در حال تسکین درد زایمانیم، زن باردار از سلامتی کامل برخوردار است و در حقیقت درد هنگام زایمان، بخشی از عملکرد طبیعی بدن است. پس بارداری و زایمان بیماری نیستند، با این حال همه متفقییم که زنان باردار نیازمند مراقبت پزشکی‌اند. همچنین زمانی که صحبت از برآوردن نیازهای پایه‌ای درمانی می‌شود، هم درمان بیماری مدنظر است و هم اصلاح و جبران نیازهایی که درمان آنها غیرممکن است. برای مثال با تجویز عینک برای مبتلایان به پیرچشمی، قطعاً پیرچشمی را درمان نمی‌کنیم بلکه فقط آن را اصلاح می‌کنیم.

بد نیست به این نکته اشاره کنیم که برخی از نظریه‌پردازان چنین نتیجه گرفته‌اند که در تعارض میان منافع بیماران، اولویت در درمان پزشکی، فراهم کردن سلامتی گروهی است که پیامد اعمال اجتماعی نا عادلانه‌اند. در این صورت، اگر با دو گروه برابر نیازمند مواجه شویم، باید به گروهی که به صورت سیستماتیک محروم شده‌اند، اولویت دهیم. به باور آنان در این حالت کاملاً منطقی است که تعهد ما نسبت به کسی که از یک زیان جمعی رنج می‌برد، قوی‌تر از تعهد به کسی باشد که از یک زیان شخصی در رنج است. با قیاسی مشابه، منطقی خواهد بود که تعهد ما در تخصیص اولویت در درمان پزشکی، نسبت به کسی که از سیستم مراقبت سلامتی متحمل زیان شده است، قوی‌تر از تعهد ما نسبت به کسانی باشد که با عوامل خارج از این سیستم متحمل زیان شده‌اند. مشاهده می‌کنید که گاهی اوقات نظریه‌های فلسفی، ناخودآگاه نظریه‌پردازان را به سمت تصمیم‌گیری‌های ضدشهودی می‌کشاند. در مورد نظریه‌ی اخیر، اشکالی که وجود دارد اینست که اولویت درمان را به کسی می‌دهیم که مسئولیت کمتری در خصوص بیماری خود دارد.

ظاهراً در چنین مواردی که نظریه‌های مراقبت سلامتی از پاسخ صریح به شبهات عاجزند، باید به دنبال راه‌های عملی دیگری باشیم. سگال می‌گوید اگر بپذیریم که در مثال تصادف رانندگی، راننده در مقایسه با عابر،

نوسبام - که در ادامه‌ی مباحث، تحت عنوان نظریه‌ی قابلیت‌ها^۷ از آن سخن خواهیم گفت- دانست.

توجیه بیمه‌های اجباری افراد ریسک‌پذیر

با توجه به توضیحاتی که ارائه شد، حامیان مساوات‌طلبی بخت استاندارد برای نجات خود از شبهه‌ی «رها کردن بیماران بی‌احتیاط و بی‌مبالات»، مجبور به پذیرش تکرر در ارزش‌های اخلاقی شدند و با تکیه بر ارزش‌هایی چون خودفرمانروایی و تامین نیازهای پایه‌ای، درمان تمام بیماران اعم از محتاط و غیرمحتاط را در دستور کار خود قرار دادند. بر این اساس منطقی است زمانی که از پوشش درمانی فراگیر صحبت می‌کنیم، برخی از بیماران را که در روند بیماری خود مقصرند، موظف کنیم، بخشی از هزینه‌های درمانی خود را بپردازند. با این استدلال دریافت وجه برای برآوردن نیازهای درمانی بیماران بی‌احتیاط عملی پدرسالارانه تلقی نمی‌شود و حتی دلایل متقنی وجود دارد که دریافت این هزینه‌ها باید قبل از وقوع حادثه باشد. بیمه‌های اجباری برای برخی از فعالیت‌های جسورانه‌ای نظیر کوه‌نوردی و اسکی را می‌توان نمونه‌هایی از این امر دانست. حامیان بیمه‌های اجباری در خصوص این که هزینه‌های یادشده باید قبل از وقوع حادثه تامین شوند، سه دلیل اقامه کرده‌اند:

در همین راستا، توصیفی که از نیازهای بنیادین سلامتی نیز می‌شود نیز می‌تواند متفاوت باشد. قبلاً اشاره شد که نگرانی دانلیز در مبحث سلامتی، ریشه در دغدغه‌ی وی در خصوص حفظ فرصت برای دنبال کردن اهداف زندگی است. گفتیم که به باور وی، چون سلامتی بر فرصت افراد در هدایت اهداف زندگی نقش دارد، موظفیم نیازهای سلامتی را برای آنان به طور عادلانه برآورده سازیم. در نقد نظریه وی نیز دیدیم که اشکال اساسی این نظریه، عدم توانایی توجیه نیازهای پایه‌ای برای افرادی است که اهداف زندگی خود را تکمیل کرده‌اند. توصیفی که در نیازهای پایه‌ای سلامت وجود دارد، ریشه در حفظ فرصت‌ها ندارد و الزامی که در اینجا حاکم است به‌نوعی مستقل از دیگر الزامات اخلاقی است. شاید بتوان گفت که استفاده از استدلال فرصت، زمانی قوت می‌گیرد که درصدد توجیه تخصیص مراقبت سلامتی، در حد بالا و پایین حداقل‌های معقولیم. از این رو بحث فرصت‌ها را باید به عنوان توجیهی تکمیلی در کنار وظیفه‌ی اساسی برآوردن نیازهای پایه‌ای به شمار آورد. پس می‌توان گفت دلایل دانلیز برای تعهد برآوردن نیازهای پایه‌ای، هم به ضرورت ذاتی اخلاقی این نیازها برمی‌گردد و هم به تامین فرصت‌های برابر برای دنبال کردن اهداف زندگی. بخش اول این تعهد، مختص نیازهای درمانی نیست، بلکه نیازهای دیگری نظیر مسکن، آموزش، تغذیه و نظایر آن را نیز در بر می‌گیرد. بر این اساس می‌توان این نیازها را هم‌سنگ نیازهای پایه‌ای قابلیت‌های مارتا

دلیل اول: هر سیستم عادلانه‌ای که بخشی از هزینه‌ها را بر عامل بی‌احتیاطی تحمیل می‌کند، باید به صورت تصاعدی افزایش یابد، زیرا در صورت عدم تناسب میان ثروت و عملیات جسورانه‌ی افراد، به ثروتمندان اجازه خواهیم داد که یارانه‌ی بیشتری نسبت به سایرین در قبال عملیات جسورانه‌ی خود دریافت کنند. بیمه‌های اجباری تصاعدی در این حالت سبب می‌شوند، هزینه‌ی جبران ناشی از فعالیت‌های جسورانه‌ای که مختص افراد ثروتمند است -مانند ورزش اسکی- بر دیگران تحمیل نشود. بدون شک دریافت هزینه‌های درمان به صورت بیمه‌های اجباری و به شکل تصاعدی بعد از حادثه قابلیت اجرایی ندارد.

دلیل دوم: غالباً بر این نکته اتفاق نظر وجود دارد که تحمیل درمان پزشکی بر بیمارانی که رضایت به درمان ندارند، صحیح نیست. در حال حاضر این تفکر بر جامعه‌ی پزشکی حاکم است که حتی زمانی که مطمئنیم درمان برای بیمار مفید است، بدون رضایت بیمار، اقدامی در جهت بهبودی وی انجام ندهیم. یکی از دلایلی که بر تامین هزینه‌های درمان فعالیت‌های جسورانه قبل از وقوع حادثه اقامه می‌شود، همین رضایت بیماران است. بیمار ممکن است برای فرار از پرداخت هزینه‌های درمان، رضایت به درمان ندهد و همین امر توجیه مناسبی برای اخذ هزینه‌های درمان به صورت بیمه‌های پیش‌بینی شده است.

دلیل سوم: سوالی که همواره در سیستم‌های مراقبت سلامتی وجود دارد این است که چه کسی مسئول تخصیص منابع در درمان‌های ناشی از حوادث است. قطعاً اگر این وظیفه بر دوش گروه درمانی باشد، مسئله‌ساز خواهد بود. در این حالت گروه درمانی از مراقب به سیاست‌گذار تغییر جهت خواهد داد و با توجه به عواقب جدی و وخیمی که ممکن است تصمیمات آنان برای بیماران داشته باشد، سبب تخریب روابط و اعتماد میان پزشک و بیمار خواهد شد. این مطلب سبب می‌شود که به دنبال راه‌حل منطقی‌تری در تخصیص منابع باشیم و به نظر می‌رسد، بیمه‌های اجباری برای برخی از فعالیت‌های ریسک‌پذیر راه‌حل مناسبی باشد.

نتیجه‌گیری

درمان افراد اعم از بی‌احتیاط و محتاط از وظایف سیستم سلامت است ولی عدالت اقتضا می‌کند که بار هزینه‌های درمان افراد بی‌احتیاط بر جامعه تحمیل نشود و افراد مسئولیت اعمال پرخطر خود را بپذیرند. این مسئولیت‌پذیری با پرداخت بخشی از هزینه‌های درمان می‌تواند محقق شود و این امر با شیوه‌ی پرداخت حق بیمه‌ی اجباری قبل از حادثه سازگارتر است. بر این اساس هزینه‌های درمانی که این چنین بر بیماران بی‌احتیاط تحمیل می‌شود در حکم مجازاتی نیست که به علت سهل‌انگاری فرد بی‌احتیاط در حق وی اعمال شده باشد. تحمیل این هزینه نه به علت تقصیر فرد بلکه به عنوان

جبران هزینه‌ای است که به طور اجتناب‌ناپذیری بر سیستم مراقبت سلامتی تحمیل شده است. بیمارانی که به طور مرتب در درمان خود کوتاهی می‌کنند و یا با عدم رعایت مکرر دستورات پزشک در درمان خود اختلال ایجاد می‌کنند، در حال اتلاف منابع‌اند، در حالی که این منابع می‌توانستند در جهت درمان سایر بیماران به کار گرفته شوند. از این رو جامعه مجاز است بخشی از هزینه‌های درمانی افراد بی‌احتیاط را به آنها تحمیل کند، ولی این امر به هیچ وجه جنبه‌ی مجازات ندارد. با این وصف، پرداخت اجباری بر این فرض نهفته نیست که صلاح بیمار را بهتر از خود او تشخیص می‌دهیم و بر این اساس چنین نحوه‌ی پرداختی پدرسالارانه تلقی نمی‌شود. اگر بپذیریم درمان افراد

بی‌احتیاط نیز در پوشش تامین نیازهای پایه‌ای قابل‌توجیه است، دیگر درخواست فرد بی‌احتیاط در خصوص عدم تامین بیمه‌ی اجباری و قطع درمان پزشکی مسموع نخواهد بود، زیرا پوشش نیازهای پایه‌ای چیزی نیست که کسی حق چشم‌پوشی از آن را داشته باشد. برآوردن نیازهای پایه‌ای افراد یک تکلیف اخلاقی است. البته هر فردی ممکن است از داشتن حق برآورده‌سازی نیازهای اصلی‌اش در زمانی خاص امتناع ورزد. به همان دلیلی که نمی‌توان فرد را مجبور کرد که در هوای سرد از پتو استفاده کند، همین‌طور نمی‌توان او را مجبور کرد بدون رضایت انتقال خون انجام دهد. ولی با این حال هیچ کس نمی‌تواند حق پیشینی افراد را در تامین نیازهای پایه‌ای منکر شود.

انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران