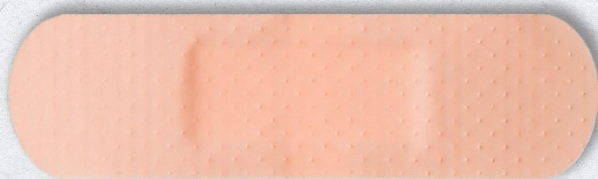


درس نوشتار

مبانی فلسفی سلامت عادلانه



مدرس:

دکتر اکبر شهریوری

مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران
در امور اخلاق حرفه‌ای

جلسه ۸



انجمن علمی دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

سلامت عادلانه از دیدگاه دانیلز (۱)

قبل از اینکه وارد مباحث و نظریه‌های جدید عدالت شویم مایلیم درباره‌ی چارچوب فلسفی سلامت عادلانه بر اساس نظریه‌های سنتی عدالت طی چند جلسه‌ی آینده خدمت دوستان عزیز مطالبی را عرض کنم. قاعدتاً اگر بخواهیم بر اساس ترتیب تاریخی نظریه‌ها شروع کنیم باید از نظریه‌ی فایده‌گروی آغاز کنیم چرا که سالیان متمادی سیاست‌گذاری سلامت بر اساس این نظریه شکل گرفته است و همان گونه که در ادامه‌ی بحث عرض خواهیم کرد هم اکنون نیز اصول این نظریه در شکل‌گیری سیاست‌گذاری نظام سلامت نقش مهمی ایفا می‌کند. ولی از آنجایی که نظریه‌های چند دهه‌ی اخیر به‌ویژه نظریه‌ی مساوات‌طلبی مباحث خود را با انتقاد به نظریه‌ی فایده‌گروی آغاز کرده‌اند و فایده‌گرایان پاسخ‌های مبسوطی به این انتقادات داده‌اند، ترجیح می‌دهم مباحث فلسفی سیاست‌گذاری بر اساس نظریه‌ی فایده‌گروی را پس از بیان انتقادات سایر نظریه‌ها داشته باشم.

در میان نظریه‌های سنتی جامع‌ترین نظریه در مبحث سلامت عادلانه بر اساس نظریه‌ی مساوات‌طلبی لیبرال شکل گرفته است. آقای نورمن دانیلز یک فیلسوف حوزه‌ی سلامت و از حامیان نظریه‌ی عدالت راولز است. او ابتدا در کتاب «مراقبت سلامت عادلانه»^۱ که در سال ۱۹۸۶ تألیف کرد نظریه‌ی عدالت راولز را وارد مباحث سیاست‌گذاری سلامت نمود و پس از بیست سال در سال ۲۰۰۶ با تألیف کتاب «سلامت عادلانه» با توسعه و اصلاح نظریه‌ی خویش آن را به سرانجام رساند. بنده مطالبی که در این جلسه و جلسه‌ی آینده خدمت شما عزیزان ارائه خواهم داشت با استناد به این دو کتاب و مقالاتی است که آقای دانیلز در خلال این سال‌ها در دفاع از نظریه‌ی خود تألیف کرده است.

¹Just Heath Care

قبلاً در توضیح نظریه‌ی عدالت راولز خدمت دوستان عرض کردم که راولز با طرح تامین مصالح پایه‌ای در نظریه‌ی خود بر این نکته تاکید داشت که هر گونه نابرابری اجتماعی و اقتصادی که سبب از بین رفتن مصالح پایه‌ای افراد شود قابل قبول نیست و مصالح پایه‌ای نظیر آزادی و برابری منصفانه‌ی فرصت² باید به صورتی یکسان در جامعه توزیع شوند و نابرابری در درآمد به شرط اینکه این مصالح پایه‌ای را خدشه دار نکند و وضعیت بی بهره‌ترین‌ها را بهبود بخشد قابل قبول و مورد حمایت است. دانیلز با استفاده از اصول عدالت راولز به دنبال پی‌ریزی سیستم سلامتی است که بتواند سلامتی را به نحوی در مصالح پایه‌ای غیرقابل خدشه قرار دهد و بدین نحو دولت‌ها را موظف کند که برای سلامتی نظیر آزادی و برابری منصفانه‌ی فرصت، اهمیت ویژه قائل شوند. وی با طرح یک سوال بنیادین بحث خود را آغاز می‌کند: «هریک از ما در ارتقای محافظت و سلامتی یکدیگر تا چه حد به هم مدیونیم؟». 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 توجه 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 غیرقابل کنترل 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 سلامتی³ متناقض و رقیب را به طور منصفانه تحت محدودیت‌های معقولی که در منابع وجود دارد، برآورده کنیم؟

³Health Needs

²Fair Equality of Opportunity

دانیلز می‌گوید من ابتدا سوال اول را با فرض این که مراقبت سلامتی به‌طور گسترده‌ای شامل مراقبت پزشکی و سلامت عمومی عرفی نیز می‌شود (که به اشتباه آن را اصلی‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی جمعیت می‌دانستم) این گونه پاسخ دادم که سلامتی اهمیت اخلاقی ویژه و خاصی دارد؛ زیرا بر روی فرصت‌ها اثر مهمی می‌گذارد. به‌طور ویژه وظیفه‌ی اصلی مراقبت سلامتی، حفظ و نگهداری عملکرد نرمال بدن است. با تخریب عملکرد نرمال، بیماری یا ناتوانی (یا هر گونه آسیب وسیع‌تری) عموماً گستره‌ی فرصت‌هایی را که روی انسان باز می‌شود محدود می‌کند. پس مراقبت سلامتی وجه تمایزی خاص، گرچه با مشارکت محدود برای حفظ برابری واقعی در فرصت‌ها دارد. وی اینگونه ادامه می‌دهد که در خلال سی سال گذشته، مقالات متعددی از عوامل تعیین‌کننده بر سلامت منتشر شده است و مدت مدیدی است که می‌دانیم مردم ثروتمندتر، از سلامتی و طول عمر طولانی‌تری برخوردارند. با این حال تحقیقات جدید، فهم ما را از عوامل موثری که روی سلامتی جمعیت و توزیع سلامتی اثر

می‌گذارند، عمیق‌تر کرده است. برای مثال ما هم اکنون شواهد محکمی در دست داریم که نابرابری‌های در سلامت تنها نتیجه‌ی فقر یا محرومیت اقتصادی نیستند، بلکه این نابرابری‌ها می‌توانند در گستره‌ی طیف وسیعی از عوامل اقتصادی-اجتماعی ایجاد شوند. برای مثال مواردی نظیر نژادپرستی و دیگر اعمال محرومیت‌زا می‌توانند آن را تشدید کنند. ابتدا تصور دانیلز بر این بود که دسترسی عادلانه به مراقبت سلامتی تنها عامل سلامت جمعیت است و چون فکر می‌کرد (البته به‌درستی) که سلامتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، نتیجه گرفت که نابرابری در سلامت، زمانی ناعادلانه است که نتیجه‌ی دسترسی نابرابر در مراقبت سلامتی باشد. در واقع ایشان فکر می‌کرد به این شکل جواب سوال‌های دوم و سوم را نیز یافته است. در سال‌های بعد وی پی برد که سلامتی جمعیت تنها منوط به مراقبت سلامتی نیست و عوامل متعددی در این موضوع دخیل‌اند و از آن جایی که اصول معین و قاطعی نداریم که به ما بگوید کدام مداخله از سایر مداخلات برای حفظ فرصت‌ها مناسب‌تر است، پس باید برای سوال سوم نیز پاسخ

مناسبی می‌یافت. در این جا با پاسخی که دانیلز به سوالات مطرح شده می‌دهد نظریه‌ی وی را مورد بحث و مذاقه قرار می‌دهیم.

سوال اول: آیا سلامتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؟

دوستان به خاطر دارند که راولز با پذیرش برابری منصفانه‌ی فرصت در یک جامعه‌ی دموکراتیک بر این نکته تاکید داشت که عدم توزیع برابر در «قمار طبیعی و اجتماعی»⁴ و یا به قول ما در «موهبت‌های طبیعی و اجتماعی»، امکان شروع یکسان برای افراد جامعه در مسابقه‌ی کسب فرصت‌های برابر را ناممکن می‌سازد. برابری منصفانه‌ی فرصت زمانی امکان پذیر است که شرایط آغازین اصلاح

شود و چنین امکانی در نگاه اول دور از دسترس است. در جامعه‌ای که افراد از هوش و استعداد متفاوتی برخوردارند، نمی‌توان انتظار داشت که در یک مسابقه‌ی منصفانه شرکت کنند. طبیعی است کسانی که از هوش اقتصادی بالاتری برخوردارند از فرصت‌های اقتصادی بهره‌ی بیشتری خواهند برد. همچنین کسانی که

هنگام تولد از موقعیت‌های اجتماعی برتری برخوردارند نسبت به کسانی که چنین امکاناتی ندارند آینده‌ی بهتری را برای خود رقم خواهند زد. فردی که در یک خانواده‌ی تحصیل‌کرده به دنیا می‌آید نسبت به فردی که در یک خانواده‌ی کم‌سواد به دنیا می‌آید، امکانات معنوی بیشتری برای تحصیل طی دوران زندگی خود دارد. فرزند یک تاجر نسبت به فرزند یک کارگر قطعا از امکانات بیشتری برای توسعه‌ی اقتصادی خود بهره می‌برد و این مثال‌ها نشان می‌دهند که شرایط شروع یک مسابقه‌ی منصفانه در جامعه‌ی دموکراتیک بدون اصلاحاتی در نقطه‌ی آغازین مهیا نیست. راولز با بیان اصل اول عدالت خود به دنبال تثبیت و برابری مصالح پایه‌ای و با اصل دوم یا همان اصل تفاوت به دنبال بهبود وضعیت کم‌بهره‌ترین‌ها در جامعه است. به نظر وی مصالح پایه‌ای به هیچ وجه قابل‌مصلحه با سایر امور نیستند و ما موظف به حفظ این برابری در یک جامعه‌ی دموکراتیکیم. همان گونه که در جلسات قبل هم اشاره کردیم مساوات طلبان لیبرال برای یکسان‌سازی شرایط آغازین نیز پیشنهادهای ارائه کرده‌اند تا

⁴Natural and Social Lottery

بتوانند شرایط رقابتی را در جامعه به سمت انصاف بیشتر پیش برند.

دانیلز که مانند سایر فیلسوفان سلامت به دنبال توجیه فلسفی محکمی برای اهمیت حفظ سلامتی افراد از جانب دولت‌ها بود، نظریه‌ی عدالت راولز را نقطه‌ی شروع خوبی برای این امر یافت. به اعتقاد دانیلز برآورده کردن نیازهای سلامتی برای حفظ عملکرد نرمال بدن ضروری است و این عملکرد نرمال برای تشریک مساعی و مشارکت صحیح و رقابت منصفانه در عرصه‌های سیاسی و اجتماعی لازم است. وی می‌گوید که گستره‌ی فرصت طبیعی⁵ با عملکرد نرمال بدن، رابطه‌ی مستقیم دارد و از طرفی برنامه‌های زندگی منوط به همین گستره‌ی فرصت طبیعی است. سهم منصفانه‌ی افراد از

آنان را به حد نرمال خود رساند و از این طریق ارتقا و حفظ قابلیت‌های انسانی را تامین نمود.

دانیلز برای این که نشان دهد برآوردن نیازهای سلامتی سبب ارتقای سلامتی می‌شود و سلامتی فرصت‌ها را ارتقا می‌دهند، ابتدا تعریفی از «نیاز»، «سلامتی» و نهایتاً «نیازهای سلامتی» ارائه می‌دهد. به نظر وی نیازهای سلامتی به چیزهایی اطلاق می‌شود که ما به منظور «حفظ»، «ترمیم» و «تامین موازنه‌ی عملکرد» به سمت عملکرد طبیعی گونه‌ها با در نظر گرفتن جنسیت و سن به آنها نیاز داریم. نیازهای سلامت را با این تعریف می‌توان به شش دسته‌ی مجزا تقسیم نمود:

۱- تغذیه کافی

۲- زندگی و شرایط کار بهداشتی، ایمن و عاری از هر گونه آلودگی

۳- ورزش، استراحت کافی، رابطه‌ی جنسی ایمن و کلاً ویژگی‌هایی از یک سبک زندگی که از سوءاستفاده قرار گرفتن فرد جلوگیری کند

۴- خدمات پزشکی شخصی اعم از

پارامترهای اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌تواند آن‌ها را در محدوده‌ی مهارت‌ها و استعدادشان شکوفا نماید و این امر زمانی ممکن است که مراقبت سلامتی نیز در کنار سایر پارامترها، افراد را در پیشبرد برنامه‌های زندگی یاری رساند. در واقع بدین نحو به قول آمارتیا سن، با ارتقای قابلیت‌های افراد می‌توان استعداد

⁵Normal Opportunity Range

خدمات پیشگیرانه، درمانی،
توان بخشی و جبرانی

۵- خدمات حمایتی اجتماعی و
شخصی غیرپزشکی

۶- توزیع مناسبی از دیگر عوامل تعیین
کننده اجتماعی.

پنج دسته اول همان اموری است که
دانیلز در کتاب «مراقبت سلامت
عادلانه» که در سال ۱۹۸۶ تالیف کرده
بود به عنوان نیازهای مراقبت سلامتی
به آنها اشاره کرده بود. با اضافه کردن
مورد ششم، فاکتورهای قابل کنترل
اجتماعی به این موارد اضافه شد که با
تاثیرگذاری بر مبحث سلامت، توصیف
دانیلز را در خصوص نیازهای سلامتی
توسعه بخشید و این چنین مبحث

«مراقبت سلامت عادلانه» را به
«سلامت عادلانه» در سال ۲۰۰۶ تبدیل
کرد. در واقع تغییر دیدگاه دانیلز بر اثر
توسعه اطلاعات در خصوص عوامل
تعیین کننده اجتماعی بر سلامت بود
که در پاسخ به سوال دوم درباره‌ی آن
به طور تفصیل سخن خواهیم گفت.
توجه به این نکته خالی از لطف نیست
که سه مورد اول از موارد فوق و
همچنین مورد ششم را می توان در سر

فصلی به نام «سلامت عمومی
بین بخشی»^۶ قرار داد. منظور ما از
بین بخشی این است که در این
قسمت ها متولیان سیستم مراقبت
سلامتی که به عنوان وزرات بهداشت،
وزارت سلامت یا هر عنوان دیگری که
به این دپارتمان ها اطلاق می کنند،
به تنهایی متولی این بخش ها نیستند
و اصولاً بدون همکاری سایر بخش ها
نمی توان به این امور سامان بخشید.
برای مثال در مبحث ششم که صحبت
از عوامل اجتماعی کنترل کننده‌ی
سلامت است، مسکن، درآمد،
تحصیلات، جایگاه های شغلی و نظایر
آن ها، نقش بارزی به دیگر وزارتخانه ها
و نهادهای مربوطه نظیر وزارتخانه های
مسکن، کار، آموزش و پرورش، آموزش
عالی، اقتصاد و دیگر نهادها می دهد.

به عبارت دیگر «سلامت عادلانه» در
گرو سیاست گذاری جمعی است و
سیاست گذاری بر آمده از متولیان
عرفی سلامت، سلامت عادلانه را
تامین نخواهد کرد. مشخصاً زمانی که
از مورد اول یعنی «تغذیه‌ی کافی»
صحبت می کنیم، در حال حمایت از
دسترسی به نیازهای غذایی بر اساس
شواهد علمی هستیم. دسترسی به

^۶Intersectoral Public Health

نیازهای غذایی اعم از کالری‌های تامین شده از پروتئین‌ها، کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها و ویتامین‌ها، بدون یک برنامه‌ریزی کامل در چارچوب سیاست‌های کلان کشور امکان‌پذیر نیست. مورد دوم نیز ما را ملزم می‌کند به دنبال تامین آب و هوای سالم، مسکن مناسب و حتی اقدامات مناسبی در جهت راه‌سازی ایمن در سطح کشور باشیم. ارتقای شیوهی زندگی سالم نیازمند آموزش‌های مناسب و اثربخش است و حمایت از شهروندان در مقابل تعدی و سوءاستفاده نیازمند یک سیستم امنیتی و قضایی پایدار خواهد بود.

پس نیازهای سلامتی با این گستردگی که بیان شد برای حفظ عملکرد طبیعی گونه‌ها ضروری است. حال باید ارتباط میان عملکرد گونه‌ها و فرصت به صورتی 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 بر آورده شوند و بتوانیم گستره‌ی مناسبی از فرصت‌های طبیعی را از آن خود کنیم، آنگاه می‌توانیم در چارچوب مهارت و استعداد خود در مسابقه‌ی منصفانه شرکت کنیم. فراموش نکنیم که تلاش برای یکسان‌سازی شرایط به علت اختلاف در استعداد و مهارت از جمله درخواست‌های مساوات‌طلبان لیبرال 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 توسعه 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 که وضعیت‌ی 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. توجه به این نکته اهمیت دارد که دانیلز می‌خواهد سلامتی را در کنار سایر مصالح پایه‌ای در اصل اول عدالت راولز جای دهد. به نظر وی اگر در یک جامعه‌ی دموکراتیک، تعهدی برای حفظ فرصت‌ها وجود دارد، تعهد به حفظ سلامتی نیز باید در دستور کار قرار گیرد، چون مقدمه‌ای است برای دستیابی به فرصت‌های برابر. به قول اصولیون ما مقدمه‌ی واجب، واجب است پس در اینجا اگر وجوبی برای حفظ برابری منصفانه‌ی فرصت متصوریم باید مقدمه‌ی آن را که حفظ سلامتی است نیز تامین کنیم. مشاهده می‌فرمایید که نظریه‌ی راولز می‌تواند اصول محکمی را در مبحث سلامتی پی‌ریزی نماید. طبیعی است که اگر نظریه‌ی وی در حفظ برابری منصفانه‌ی فرصت به‌ویژه برای کم‌بهره‌ترین افراد، نسبت به سایر نظریه‌ها تضمین بهتری ایجاد کند، می‌توان از آن در حمایت از ارتقای سلامتی در سیاست‌گذاری سلامت نیز بهره جست.

اصل اول راولز تضمینی برای دسترسی منصفانه به کار و موقعیت‌های اجتماعی است. این اصل جنبه‌ی اصلاحی نیز دارد، یعنی اگر استعدادها و مهارت‌های شغلی فرد تحت‌تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی سرکوب شده باشد، برای رسیدن به فرصت‌های منصفانه باید آن‌ها را تقویت کنیم. به قول دانیلز، مشکل راولز این بود که برای ساده کردن نظریه‌ی خود تمام مردم را در عملکرد نرمال یکسان فرض کرده بود و بدین نحو از جبران موارد مربوط به عدم سلامتی در کنار ارتقای آموزش کودکان و نظایر آن سخنی به میان نیاورده بود. دانیلز می‌گوید خود راولز نیز به نوعی از این که بحث سلامتی در اصل اولش گنجانده شود، حمایت کرده است زیرا همان گونه که اشاره شد فرض اولیه‌ی ایشان این بود که همه‌ی مردم سالم‌اند و هیچ گونه بیماری یا مرگ زودرسی ندارند، ولی می‌دانیم که این حالت ایده‌آل در دنیای واقعی وجود ندارد و باید این نظریه با یک استدلال منطقی تکمیل شود.

در این جا قصد دارم به اختلاف بنیادین مهمی که این نظریه و نظریه‌ی

فایده‌گرایی با یکدیگر دارند اشاره کنم. توصیف برابری منصفانه فرصت در نظریه‌ی دانیلز به دنبال این نیست که اثرات بیماری و معلولیت‌ها را به علت تخریبی که به رفاه یا کاهش فایده وارد می‌کنند، توجیه کند. اهمیت نظریه‌ی فایده‌گرایی به مقوله‌ی سلامتی به عنوان پایه‌ای برای تفکر در اصول عدالت توزیعی، صرفاً به این جهت است که ایجاد رفاه و شادی می‌کند و این رفاه که البته بیشینه‌سازی تجمعی⁷ آن مد نظر است تنها پیامد مطلوبی است که نظریه‌ی فایده‌گرایی به دنبال آن است. یک فرد فایده‌گرا چنین تصور می‌کند که اهمیت مراقبت سلامتی در این است که سلامتی، شادی افراد را افزایش می‌دهد در حالی که بیماری و ناتوانی حتی اگر برابری منصفانه‌ی فرصت را برای یک فرد محدود کند، لزوماً به عدم شادی منجر نمی‌شود. به نظر دانیلز و دیگر حامیان نظریه‌ی مساوات طلبان لیبرال، اهمیت اخلاقی برآوردن نیازهای مراقبت سلامتی، ایجاد فرصت‌های برابر و منصفانه است و نه ایجاد شادی و رفاه. این همان دنباله‌ی تحلیل نقادانه‌ی راولز درباره‌ی

⁷Aggregational Maximization

فایده‌گرایی و توسعه‌ی نظریه‌ی وی در خصوص مصالح اجتماعی اولیه است. راولز استدلال می‌کند که برای اهداف عدالت، ما نباید معین کنیم که هر یک چه تعهدی به یکدیگر با اندازه‌گیری رضایت یا رفاهی که برایمان ایجاد می‌کند، داریم، بلکه باید رشد سطوح نیک‌زیستی⁸ افراد را نسبت به اقدامات در دسترس عمومی آنان بسنجیم. راولز بدین منظور شاخصی از مصالح اجتماعی اولیه را معرفی می‌کند که وسایلی چندمنظوره برای برآورده کردن نیازهای شهروندان برابر و آزادند. این مصالح شامل حقوق و آزادی‌ها، قدرت و فرصت، درآمد و ثروت و پایه‌های اجتماعی احترام به خود است. در واقع توصیفی که دانیلز از حمایت از عملکرد نرمال بدن ارائه می‌دهد در همین محدوده‌ی مصالح اولیه است و اگر بخواهیم دقیق‌تر بگوییم در داخل مصلحت اولیه‌ی برابری فرصت منصفانه است. از این رو آنچه که در این نظریه اهمیت دارد رسیدن به برابری منصفانه‌ی فرصت است و شادی و ترجیحات یک مسئله‌ی فرعی محسوب می‌شود.

دانیلز با الهام از بحث اسکانلون در خصوص فوریت برآورده‌سازی برخی ترجیحات و نه همه‌ی آنها، شرح می‌دهد که چرا ما باید بر این باور باشیم که تعهداتی برای کمک به دیگران در برآورده‌سازی نیازهای مراقبت سلامتی داریم و اصولاً چرا این تعهدات لزوماً برای سایر مواردی که مردم فکر می‌کنند به آن نیاز دارند، چون فقط خوشحالشان می‌کند، صدق نمی‌کند. مردمی که با ناتوانی‌ها و معلولیت‌های طولانی‌مدت دست و پنجه نرم می‌کنند، ممکن است نسبت به کسانی که خود را در آن حالت ناتوانایی فرض کنند از درجه‌ی رفاه و شادی بالاتری برخوردار باشند. شاید مردمی که با چنین ناتوانایی‌هایی زندگی می‌کنند، اهداف زندگی خود را با آن ناتوانایی‌ها هماهنگ کرده باشند. به نظر دانیلز حتی اگر این افراد نسبت به دیگرانی که خود را در این وضعیت فرض می‌کنند، راضی‌تر باشند، باز یک کاهش عینی در گستره‌ی قابلیت‌ها و فرصت‌های آنان دیده می‌شود که با استناد به فقدان گستره‌ی فرصت‌های منصفانه قابل‌درک است. وضعیت برابری منصفانه‌ی فرصت از ظهور چنین

⁸ Levels of Well-being

ویژگی پرزحمتی که به واسطه‌ی تحلیل منفعت-هزینه در نظریه‌ی فایده‌گروی ظاهر می‌شود، جلوگیری می‌کند. به عبارت ساده‌تر به نظر دانیلز، مراقبت سلامتی از اهمیت اخلاقی ویژه‌ای برخوردار است زیرا کمک می‌کند شأن ما به عنوان شهروندانی با عملکرد کامل حفظ شود. با این حال مراقبت سلامتی را به تنهایی نمی‌توان از غذا، سرپناه و استراحت مکفی که آن‌ها نیز می‌توانند نیازهای پایه‌ای و اولیه‌ی شهروندان را برای عملکرد نرمال برآورده کنند، متمایز نمود. از آن جایی که نیازهای پزشکی به‌طور نابرابری نسبت به سایر نیازها توزیع شده است و می‌توانند به‌طور وحشتناکی گران تمام شوند، آن‌ها را می‌توان موضوع مناسبی برای برنامه‌های بیمه‌ی خصوصی و عمومی دانست. می‌توان چنین استدلال نمود که ما در خصوص نیازهای پزشکی، اگر مطمئن شویم که مردم سهم منصفانه‌ای از درآمد کشور را به خود اختصاص می‌دهند و قادرند با آن بیمه‌ی سلامت خریداری نمایند، آنگاه مدیون یکدیگریم که این نیازها را برآورده سازیم. به هر حال سهم ما از درآمد کل باید به اندازه‌ای باشد که بتوانیم به آن سهم، اطلاق درآمد

منصفانه کنیم و ملاک منصفانه بودن سهم این است که قادر به برآورده‌سازی نیازهای سلامتیمان باشد.

در این جا تفاوتی فاحش میان نظریه‌های مساوات‌طلبی و فایده‌گروی در همان شروع کار خودنمایی می‌کند. نظریه‌ی مساوات‌طلبی در حوزه‌ی سلامت ما را ملزم می‌کند به‌خاطر حفظ گسترده‌ی طبیعی فرصت برای آحاد شهروندان به دنبال تامین نیازهای سلامتی آنان با برنامه‌هایی نظیر بیمه‌های خصوصی حمایت‌شده باشیم. برخی از اقتصاددانان و فلاسفه به شأن ویژه‌ای که به بیمه سلامتی داده می‌شود، معترض‌اند و آن را پدرسالارانه و غیراثربخش می‌دانند. آنان معتقدند برخی از مردم ترجیح می‌دهند درآمد خود را به کارها و مصالحی غیر از مراقبت سلامتی اختصاص دهند. زمانی که مردم را وادار به خرید بیمه‌ی خصوصی می‌کنیم، ترجیحات آنان را نادیده می‌گیریم و اصول اولیه‌ی یک جامعه دموکراتیک را خدشه‌دار می‌سازیم. به هر حال هم اکنون در مباحث اخلاقی و به‌ویژه در سیاست‌گذاری سلامت و اخلاق پزشکی اجماع نسبی مبنی بر

عدم اعمال سیاست‌های پدرسالارانه وجود دارد. استدلال دانیلز این است که ما یک تعهد اجتماعی داریم که از فرصت‌ها محافظت کنیم و تامین موسساتی نظیر بیمه‌ی اجتماعی یا یارانه‌ای برای خرید بیمه خصوصی که از فرصت محافظت می‌کنند، مقدمه‌ی ضروری حمایت از فرصت‌هاست. در این جا آنچه که مد نظر است بیشینه کردن رفاه تجمعی یا بیشینه‌سازی اثربخشی نیست و اصول عدالت صرف نظر از اهداف فایده‌گروی، از بیمه‌ی اجتماعی و خرید بیمه‌ی خصوصی حمایت می‌کند زیرا در صورت عدم حمایت، فرصت‌های برابر و نهایتاً آزادی‌های فردی که لازمه‌ی یک جامعه دموکراتیک‌اند، از بین می‌رود. شاید به نوعی نظریه‌ی دانیلز در مورد اجبار به صرف مقادیری از درآمد افراد در راستای حمایت از سلامتی آنان را بتوان عمل پدرسالارانه‌ی نرم⁹ محسوب کرد و این عمل پدرسالارانه زمانی که حافظ برابری منصفانه‌ی فرصت باشد بلامانع تلقی شود.

نکته‌ی دیگری که دانیلز به آن اشاره می‌کند احتمال سوءتفاهمی است که

ممکن است این توصیف از مراقبت سلامتی برای سالمندان ایجاد کند. مشکل از این جا ناشی می‌شود که پایه‌ی توصیف فلسفی دانیلز حفاظت از گسترده‌ی طبیعی فرصت است و می‌دانیم که این گونه توصیف به علت از دست رفتن فرصت‌های سالمندان، برای آنان کارایی ندارد. معمولاً برابری فرصت منصفانه ضرورتی است برای برنامه‌ریزی افراد در طول زندگی. مواردی نظیر تحصیل در دانشگاه، جایگاه‌های شغلی، ازدواج و مواردی از این قبیل برای دوره‌ی سالمندی بی معناست و چون سالمندان برنامه‌ای اساسی برای زندگی خود ندارند پس توجیه مراقبت سلامتی برای سالمندان بر اساس توصیف دانیلز نیز بی‌معنا خواهد بود. برای مثال فرد سالمندی که بر اساس معیار دانیلز سن وی بالاتر از میانگین امید به زندگی در یک کشور است، زمانی که نیازمند به یک عمل جراحی باشد، ما نمی‌توانیم از محل بودجه‌ی عمومی هزینه‌های درمان او را پرداخت کنیم، زیرا توجیه فلسفی برای آن نداریم. ظاهراً این یک اشکال اساسی است زیرا با این روش، قشر بزرگی از جامعه را با تبعیضی ناروا از درمان عمومی محروم می‌کنیم و این

⁹Soft Paternalism

امر چیزی شبیه تبعیض نژادی و جنسیتی است که قطعاً مذموم است.

پاسخ دانیلز به این اشکال این است که تخصیص منابع سلامت فقط مرتبط با یک دوره‌ی زندگی نیست بلکه توجهش به گسترده‌ی فرصتی است که با کل دوره‌ی حیات هر فرد ارتباط دارد. زمانی که منابع بر اساس دوره‌ی حیات یک فرد توزیع می‌شود، این توزیع نباید لزوماً در تمام دوره‌های حیات برابر باشد. برای مثال منابع مراقبت سلامتی که در دوره‌ی کودکی برای یک فرد در نظر گرفته می‌شود، قطعاً متفاوت با دوره‌ی نوجوانی و جوانی است. زمانی که از توزیع منابع در دندان‌پزشکی صحبت می‌کنیم می‌دانیم که منابع تخصیص‌یافته در

دوره‌ی کودکی و دوره‌های دیگر متفاوت است و این امر بی‌عدالتی در حق آن فرد محسوب نمی‌شود. الزام عدالت این است که منابع به‌صورت یکپارچه در طول دوره‌ی حیات یک فرد، در صورت لزوم، برای همان فرد هزینه شود. به عبارت دیگر رفتار متفاوت با یک فرد در شرایط متفاوت مانند ذخیره منابع در مرحله‌ای از زندگی برای استفاده در مرحله‌ای دیگر

سبب ایجاد نابرابری در میان افراد نمی‌کند. سن برای همه به‌طور یکسان می‌گذرد و ما بازه‌های زمانی عمرمان را سپری می‌کنیم تا پیر شویم در حالی که تا پایان عمر، نژاد و جنسیت‌مان تغییر نمی‌کند. تبعیض ناروا در مورد نژاد و جنسیت یک تبعیض کاملاً عینی و قابل‌درک است. زمانی که رنگین‌پوستان از مراقبت سلامتی محروم می‌شوند و یا زنان در یک جامعه‌ای از رسیدگی و مراقبت خاصی که آقایان از آن بهره‌مندند محروم می‌شوند، بخشی از جامعه را برای همیشه از یک کالای ویژه محروم کرده ایم چون فرد در طی دوران حیات، نژاد و جنسیت خود را عوض نمی‌کند ولی در خصوص سن، اوضاع بدین نحو نیست. انصاف‌ورزی در میان گروه‌های سنی در طراحی سیستم مراقبت سلامتی به‌طور مناسبی به‌وسیله‌ی تخصیص محتاطانه، طی یک دوره‌ی زندگی الگوبرداری می‌شود و در دوره‌های تعیین‌شده‌ی قبلی برای افراد هزینه می‌شود. این چنین است که تحت برخی از شرایط، در صورت کمبود منابع، می‌توانیم جیره‌بندی خالص را براساس سن مجاز بدانیم.

اگر بخواهیم پاسخ دانیلز به سوال اول را که «چرا سلامتی از اهمیت اخلاقی خاصی برخوردار است؟» خلاصه کنیم باید این چنین بگوییم که ما مدیون یکدیگریم که برابری منصفانه‌ی فرصت را تامین کنیم و چون سلامتی که به معنای فقدان پاتولوژی است پیش‌شرط تامین برابری منصفانه‌ی فرصت است، پس باید رسیدگی به سلامت افراد جامعه و درمان معلولیت‌ها و بیماری‌ها را در دستور کار خود قرار دهیم. این چنین می‌توانیم یک توجیه فلسفی پایدار را برای تعهد خود به تامین سلامت شهروندان پی‌ریزی نماییم.

انتقاد دیگری به این توصف سلامت عادلانه‌ی دانیلز از سوی مساوات‌طلبان بخت ارائه شده است. منتقدین بر این باورند که این نگاه به عدالت، اهمیت بیشتری به بیماری‌ها و معلولیت‌ها می‌دهد تا محرومینی که از کمبودهای جدی رنج می‌برند. به نظر آنان رسیدگی به محرومین جامعه برای دستیابی به برابری منصفانه‌ی فرصت از رسیدگی به معلولیت‌ها و بیماری‌ها مهم‌تر است. دوستان عزیز به خاطر دارند که در نظریه‌ی مساوات‌طلبی

بخت، عدم رفاهی که فقط ناشی از بخت بد باشد (بخت غیراختیاری) باید توسط جامعه جبران شود. در مقابل، وضعیت اسفباری که ناشی از بخت اختیاری است، دینی برای جامعه در جهت جبران آن وضعیت ایجاد نمی‌کند. بر این اساس محرومیت در استعداد و مهارت، ناهنجاری‌هایی که فرد مقصر ایجاد آن نیست، توسط جامعه جبران می‌شود ولی سایر کاستی‌ها که فرد مسئول آن است از این قاعده مستثنی است. بسیاری از بیماری‌ها به علت قصور افراد ایجاد می‌شوند و برخی به علت سبک زندگی است که آنان طی دوران حیات خود انتخاب کرده‌اند. این نظریه چون مرکزیت را به انتخاب و مسئولیت افراد می‌دهد تعهد جامعه را در قبال جبران اموری که فرد با اراده‌ی آزاد خود به آنها پرداخته است، نفی می‌کند. در واقع اعتراض اصلی این است که ما نباید هدف خود را برابری رفاه در جامعه قرار دهیم زیرا در این صورت خود را گروگان کسانی قرار داده ایم که به دنبال توسعه‌ی سلاقی گران‌قیمت خودند. اگر هر نقص در ویژگی‌های فردی و شخصیتی سبب انطباق واژه محرومیت به آن شود، ما

برده‌ی کسانی خواهیم شد که به واسطه‌ی هوش و مهارتشان در پی بسط دیدگاه‌های پرهزینه‌ی خودند. در این صورت ممکن است حتی جامعه مدیون جراحی‌های زیبایی به افراد شود.

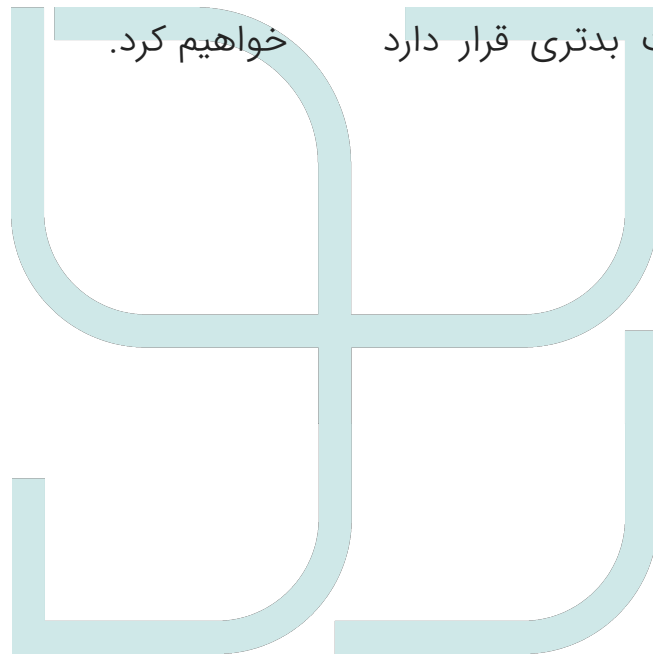
دانیلز در پاسخ به این اشکال از نظریه‌ی قابلیت‌های آمارتیا سن استفاده می‌کند. او می‌گوید زمانی که ما قصد محافظت از قابلیت‌های شهروندان یک جامعه‌ی دموکراتیک را داریم، چنین مرکزیتی صحیح نیست. ولی جالب این جاست که خود آمارتیا سن منتقد دانیلز است. وی از قابلیت‌هایی سخن می‌گوید که برای انجام امور عادی لازم است و به عبارت دیگر قابلیت‌هایی که برای آن چه انتخاب می‌کنیم، وجودشان لازم و ضروری است. اتفاقاً ادعای آمارتیا سن این است که ما لزوماً نباید روی بیماری یا ناتوانی تمرکز کنیم، بلکه باید تاکید بر این نکته داشته باشیم که آیا افراد، گروه مناسبی از قابلیت‌ها را برای انجام امورشان دارند و یا قابلیت‌هایی که برای آن چه انتخاب می‌کنند، موجود است؟ شاید مثال درمان کودکان کوتاه‌قد به شفاف‌سازی در این

اختلاف کمک کند. بر اساس نظریه‌ی سلامت عادلانه‌ی دانیلز، کوتاهی قد کودکان که ناشی از کمبود هورمون رشد باشد تعهد رسیدگی و درمان را برای نظام سلامت به دنبال دارد. بر این اساس، کوتاهی قدی که به واسطه‌ی عدم ترشح هورمون رشد نیست پاتولوژی محسوب نمی‌شود و بدین جهت نیازی نیست که سیستم سلامت عمومی به دنبال درمان تمام کودکان کوتاه‌قد باشد. به عبارت دیگر نیازی نیست که قد کودکان کوتاه قد را که هورمون رشد کافی ترشح می‌کنند از طرق دیگری نظیر جراحی، بلند کنیم. در اینجا دانیلز استثنایی برای کودکانی که علی‌رغم طبیعی بودن ترشح هورمون رشدشان از کوتاهی نامتعارف قد رنج می‌برند، قائل می‌شود زیرا آنان احتمالاً فاقد یک ویژگی و خصوصیت یا قابلیت کلیدی‌اند که ما را ملزم به جبران آن می‌کند.

اختلافی که آمارتیا سن با این دیدگاه دارد این است که زمانی که اختلاف در قابلیت‌ها سبب ادعاهایی روی دیگران می‌شود حمایت از درمان کودک کوتاه‌قد تغییر ماهیت داده و خود به

خود ناپدید می‌شود. در مثال فرد کوتاه قد، ممکن است وی از خلق و خوی چشم‌گیرتری برخوردار باشد و یا از مهارت‌های شناختی و اجتماعی خوبی بهره‌مند باشد. دانیلز در پاسخ آمارتیا سن می‌گوید که اتفاقاً مواردی که اجماع عمومی وجود دارد که فردی به‌طور مشخص در قابلیت‌ها نسبت به سایرین در وضعیت بدتری قرار دارد

احتمالاً بیشتر مستعد بیماری و ناتوانی است. به نظر می‌رسد استدلال آمارتیا سن منطقی‌تر باشد گرچه دانیلز مدعی است عملاً دیدگاه قابلیت‌ها نسبت به دیدگاهی که وی از آن دفاع می‌کند، همگرایی بیشتری دارد. ما در خصوص نظریه‌ی قابلیت‌ها در جلسات آتی به صورت تفصیلی‌تری بحث و گفتگو خواهیم کرد.



انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران