

درس نوشتار

مبانی فلسفی سلامت عادلانه



مدرس:

دکتر اکبر شهریوری

مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران
در امور اخلاق حرفه‌ای

جلسه ۹



انجمن علمی-دانشجویی
اخلاق پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

سلامت عادلانه از دیدگاه دانیلز (۲)

جلسه‌ی قبل درباره‌ی بنیان‌های فلسفی دیدگاه دانیلز و بهره‌گیری وی از نظریه‌ی عدالت راولز صحبت کردیم و پاسخ وی را در خصوص سوال اول با استفاده از مصالح پایه‌ای و ارتباط وثیق میان برآورده‌سازی نیازهای سلامتی و برابری منصفانه‌ی فرصت توضیح دادیم. در این جلسه به پاسخ سوال دوم می‌پردازیم.

سوال دوم: کدام یک از نابرابری‌های سلامتی غیرعادلانه‌اند؟

جلسه‌ی قبل به این مطلب اشاره کردیم که سلامت عادلانه فقط با دسترسی عمومی به مراقبت سلامتی مناسب، یا همان مراقبت عادلانه‌ی سلامت، امکان‌پذیر نیست. ظاهراً ارتباط میان وضعیت اجتماعی افراد و سلامتی جمعیت، ارتباطی واقعی است و مطالعاتی که بر روی آثار وضعیت اجتماعی بر روی سلامتی در NHS¹ 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. البته این امر به معنای یک ارتباط سببی یا علی میان این دو نیست بلکه فقط می‌توانیم دلایلی ارائه کنیم که نشان دهیم چگونه یکی از آن عوامل می‌تواند منجر به وجود دیگری شود. فعلاً کافی است بگوییم مادامی که فرایندها به طور کامل درک نشود، شواهد چنین گواهی می‌دهند که عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی در سلامت نقش دارند. اگر بپذیریم 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 داشتن به تدارکات و تجهیزات پزشکی و درمانی تامین نمی‌شود بلکه به اندازه‌ی بیشتری تحت‌تاثیر تجربه‌ی تجمعی وضعیت اجتماعی وی در دوره حیات است.

¹National Health System

زمانی که یک فرد شصت‌ساله در اثر حمله‌ی قلبی به بخش اورژانس بیمارستان آورده می‌شود، وضعیت نامناسب جسمی او حاصل تجمع یک دوره‌ی زندگی شصت‌ساله است. به قول دانیلز برای چنین فردی مراقبت سلامتی در اورژانس مصداق ضرب المثل «انتظار آمبولانس در ته صخره» را دارد. در بیشتر مباحث معاصر سیاست‌گذاری سلامت در خصوص کاهش نابرابری‌های سلامتی از این نکته غفلت شده است که سلامتی افراد صرفاً با افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامتی تامین نمی‌شود. البته چنانچه دانیلز هم به‌درستی اشاره می‌کند این امر به‌معنای این نیست که ما نیازمند آمبولانس در آن نقطه نیستیم بلکه منظور این است که باید توأمأً به‌دنبال بهبود شرایط اجتماعی کمک‌کننده به ارتقای سلامتی نیز باشیم. قبلاً اشاره کردم 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 به‌صورت 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 به‌وسیله‌ی 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 پیش رو 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 رابطه‌ی 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^۲ و امید به زندگی کاملاً خطی نیست. مطالعات در آمریکا نشان می‌دهد که ظاهراً درآمد سرانه‌ی هشت تا ده هزار 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. لازم به ذکر است که در محدوده‌های مشابه نیز تفاوت‌های معناداری در برخی از کشورها دیده می‌شود. برای مثال در سال ۱۹۹۵ هر دو کشور کوبا و عراق از سرانه‌ی نسبتاً پایینی (حدود ۳۱۰۰ دلار) برخوردار بودند در حالی که امید به زندگی در کوبا حدود ۱۷.۲ سال از عراق بیشتر بود. ایالت فقیر کرالا در هند، که به‌طور چشم‌گیری در آموزش سرمایه‌گذاری کرده است، به‌ویژه در سوادآموزی زنان، نتایج و پیامدهای سلامتی‌اش بسیار بالاتر از سایر ایالات هند بود و آن را می‌توان حتی با کشورهای ثروتمند قابل‌مقایسه دانست. مثال دیگری را می‌توان در کشور کاستاریکا یافت. سرانه‌ی کاستاریکا یک‌سوم سرانه‌ی آمریکا است ولی امید به زندگی در آن کشور

^۲Gross Domestic Product

از آمریکا بیشتر است. می‌توان از این مشاهدات چنین نتیجه گرفت که سلامت ملل، در بخش وسیعی، به عوامل غیر از ثروت وابسته است. از این رو فرهنگ، سازمان‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های دولتی می‌توانند سلامت جامعه را تحت‌تاثیر 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. مطالعات متعددی مستند شده‌اند که به شیب اجتماعی-اقتصادی^۳ معروف اند. در هر پله در امتداد تردبان اقتصادی، ارتقایی در پیامدهای سلامت نسبت به پله قبل قابل مشاهده است. نکته اینجاست که تفاوت‌ها در وضعیت سلامتی افراد، محدود به کرانه‌های انتهایی ثروت و فقر نیست بلکه این امر طی تمام سطوح وضعیت اقتصادی-اجتماعی^۴

(SES) مشاهده می‌شود. تقریباً اختلافی در این مطلب نیست که شکل شیب SES مقعر است (محور Xها امید به زندگی و محور Yها SES است). این بدین معناست که ما می‌توانیم رشد بیشتری در سلامتی گروه‌های کم‌بهره ایجاد کنیم و در واقع این کار را به‌وسیله‌ی کاهش نابرابری تحت SES انجام می‌دهیم و نه با به خطر انداختن سلامتی در گروه‌های مرفه. ولی مبحث مناقشه‌برانگیز دیگری نیز وجود دارد. برخی مطالعات در داخل ایالت‌های آمریکا و کشورهایی که نابرابری در آنها چشم‌گیر است، نشان می‌دهند که افزایش نابرابری‌ها به بخش‌های مرفه جامعه نیز آسیب می‌رساند. این اثر ممکن است ما را ملزم کند که برخی از آستانه‌های نابرابری را کاهش دهیم، گرچه نتایج این مطالعات بیشتر با ایالت‌های بزرگ منطبق است تا بخش‌های کوچک. نکته‌ی دیگر این است که درصد شیب اقتصادی-اجتماعی به‌طور معناداری در میان جوامع متغیر است. برخی جوامع نسبتاً شیب کمتری در نرخ مرگ‌ومیر دارند و در برخی جوامع دیگر که از سطوح اقتصادی یکسانی برخوردارند، این شیب در برخی از این جوامع نسبت به دیگران، بیشتر است. حتی

³The Slope Of Socioeconomic Gradient

⁴Socioeconomic Status

برخی از مطالعات نشان می‌دهند که این شیب در جوامعی که سطوح اقتصادی توسعه‌یافته‌تری دارند نسبت به سطوح پایین‌تر، شیب بیشتری دارند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که دامنه‌ی شیب ظاهراً تا رسیدن به سطحی از نابرابری در درآمد ثابت می‌شود. هر چه جامعه از لحاظ درآمدی نابرابرتر باشد، نابرابری در سلامت بیشتر می‌شود.

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 ابتدای بحث به این امر اشاره کردیم که هم‌بستگی میان سلامت و نابرابری لزوماً یک رابطه‌ی سببی یا علی نیست. ولی هنوز می‌توان دلایل معقول و معینی از نابرابری‌های اجتماعی عرضه کرد که این رابطه‌ی سببی را ایجاد می‌کند. 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. مطالعات انجام‌گرفته در خصوص ارتباط هزینه‌های آموزشی و پیامدهای آن نیز چشم‌گیر است. بررسی‌های انجام‌شده در ایالات مختلف آمریکا نشان می‌دهد که تقریباً چهل درصد از اختلافی که در آمار میان ایالاتی که کودکانشان تحصیلاتی زیر استاندارد تعریف شده دارند، به‌علت نابرابری در درآمد است. این امر نشان می‌دهد که 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 مهیتر 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 در شیب وضعیت اقتصادی-اجتماعی ظاهر می‌شوند کاملاً در سلامتی افراد قابل مشاهده‌اند.

آمار جهانی نشان می‌دهد که در مقایسه میان کشورها نیز می‌توان پی برد که سرمایه‌گذاری در منابع انسانی به‌ویژه آموزش، اثرات موثری بر روی سلامتی دارد. به‌راحتی 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 ده هزار 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، براساس خودفرمانروایی اقتصادی و مشارکت سیاسی، همبستگی پایداری با نرخ بالاتر مرگ‌ومیر زنان نشان می‌دهد.

تبدیل نابرابری‌های درآمدی به نابرابری‌های آموزشی و اثر نابرابری‌های آموزشی بر نابرابری‌های در سلامت، ارتباط وثیقی با فرایندهای مقایسه میان کشورها نیز می‌توان پی برد که سرمایه‌گذاری در منابع انسانی به‌طور کلی می‌توان چنین فرض کرد که نابرابری‌های در درآمد با تخریب چارچوب‌های جامعه‌ی مدنی بر روی سلامتی اثر می‌گذارد. نابرابری‌های در درآمد، انسجام اجتماعی را به‌وسیله‌ی سطح عدم اعتماد اجتماعی و کاهش مشارکت در سازمان‌های مدنی

ریشه‌کن می‌کند. فقدان انسجام اجتماعی به مشارکت پایین‌تر در فعالیت‌های سیاسی نظیر مشارکت در رای‌گیری‌ها، ایفای نقش در دولت‌های محلی و شرکت داوطلبانه در کمپین‌های سیاسی می‌شود و در نتیجه‌ی کاهش مشارکت، پاسخ‌گویی سازمان‌های دولتی در حمایت از نیازهای محرومین از بین می‌رود. ایالاتی که درگیر نابرابری‌های درآمدی بالاتری هستند، کمترین سطوح از سرمایه‌های اجتماعی و مشارکت‌های سیاسی را دارند، و با عدم سرمایه‌گذاری در توسعه‌ی سرمایه‌ی انسانی، تامین شبکه‌های اجتماعی را به خطر می‌اندازند.

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 محرومین 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 آنند. این امر در کنار تضمین ارزش مشارکت سیاسی و برابری منصفانه‌ی فرصت، اجازه‌ی نابرابری‌ها در درآمد را به‌طور چشم‌گیری محدود می‌کند.

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

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، هم چنان 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، این نابرابری‌ها را ناعادلانه بدانیم و باز توزیع تلقی شود، باید برای سوال سوم نیز پاسخ مناسبی داشته باشیم: چه زمانی محدودیت‌های به مراقبت سلامتی، منصفانه است؟

سوال سوم: چه زمانی محدودیت‌های به مراقبت سلامتی، منصفانه است؟

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 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 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.

در واقع سوال این است که چگونه باید

تصمیمات منصفانه‌ای 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 بسیاری از موضوعات برخوردارند و لذا به‌لحاظ 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 به‌معنای حصول اجماع درباره‌ی توزیع منابع کمیاب نیست. پس ما باید انتظار چنین تنوعی را در دیدگاه‌های مرتبط با جیره‌بندی مراقبت سلامت^۵ داشته باشیم و به آن احترام بگذاریم. ولی به‌نظر 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 انجام داده‌اند، مشروع بدانیم؟»، بر اساس ارزش‌های یک جامعه‌ی آزاد و دموکرات، چنین پاسخ 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 ارائه‌ی 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 تأکید می‌کند باید در جهت برقراری «رویه‌های دموکراتیک مشورتی^۶» باشد. زمانی که قصد تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌بندی منصفانه‌ی منابع کمیاب را داریم باید

^۶Deliberative Democratic Procedures

^۵Health Care Rationing

بتوانیم رویه‌هایی را تصویب کنیم که پاسخگوی طرف‌های درگیر در این تصمیم‌گیری باشد. این پاسخگویی شرایطی دارد که در ادامه به آنها خواهیم پرداخت.

به نظر دانیلز این موضوع مشروعیت و فرایند منصفانه، هم در مراقبت سلامتی خصوصی و هم در مراقبت سلامتی خصوصی-عمومی مطرح است و باید بر اجرای آن در کلیه کشورهای تاکید کرد، فارغ از این که این کشورها در چه سطحی از توسعه‌یافتگی قرار دارند.

دانیلز برای حمایت از گام اول استدلال، با مشکلی که برچسب «مشکل اولویت»^۷ بر آن خورده است، آغاز می‌کند: برای درمان بیمارترین افراد جامعه یا بیمارانی که از بیشترین ناتوانی برخوردارند، چه مقدار باید اولویت قائل شویم؟ وی برای شروع بحث، از دو موقعیت حداکثری آغاز می‌کند. موقعیت اول را موقعیت ماکزیمین (بیشینه‌سازی کمینه^۸) می‌نامیم. این موقعیت به ما می‌گوید که باید اولویت کامل را به درمان کم‌بهره‌ترین بیماران دهیم. ممکن

است کسی چنین تصور کند که ماکزیمین تلویحاً به‌وسیله‌ی وصف برابری منصفانه‌ی فرصت، مورد تایید قرار می‌گیرد. نظر دانیلز در این مورد این است که توصیف ارائه شده از سوی وی، فقط متعهد به دادن برخی اولویت‌ها به کم‌بهره‌ترین‌هاست، البته وی معترف است که نظیر سایر حامیان دیدگاه اولویت‌گروی که اندازه‌ی این اولویت را غیرمشخص باقی گذاشته‌اند، او نیز نمی‌تواند درجه‌ی اولویت را معین کند. موقعیت دوم موقعیت حداکثری یا همان موقعیت بیشینه‌سازی است. این موقعیت چنین بیان می‌کند که ما باید به هر درمانی که بیشترین منفعت خالص^۹ سلامتی را ایجاد می‌کند اولویت دهیم. این همان بیشترین منفعت خالص سلامتی است که به‌ازای هزینه هر دلار به دست می‌آوریم. طبیعی است که در این موقعیت اهمیتی نمی‌دهیم که کدام دسته از بیماران را درمان می‌کنیم.

فرض کنید منابع قابل‌مقایسه‌ای داریم که می‌توانند در فناوری A یا B سرمایه‌گذاری شوند اما منابع قابل تفکیک نیستند و به‌اصطلاح لامپی‌اند،

^۹Net Benefit

^۷Priority
^۸Maximine

یعنی نمی‌توانیم مقداری از A و مقداری از B را داشته باشیم و ما فقط می‌توانیم به یکی از فناوری‌های A یا B در بودجه‌ی مراقبت سلامتی خودمان بپردازیم. سنجش موقعیت بیشینه‌سازی کمینه در این موضوع به این شکل خواهد بود که آیا بیمارانی که به وسیله‌ی فناوری A درمان می‌شوند، نسبت به بیمارانی که به وسیله‌ی فناوری B درمان می‌شوند، بی‌بهره‌ترند یا خیر؟ اگر اوضاع چنین باشد این موقعیت، فناوری A را انتخاب می‌کند ولی اگر بیمارانی که توسط فناوری B قرار است درمان شوند جزو محرومین باشند، فناوری B، انتخاب آن خواهد بود. اگر هر دو گروه از بیماران به‌طور برابری در وضعیت بدی قرار داشته باشند، ما می‌توانیم این گره را با ملاحظه‌ی این که چه کسانی بیشترین منفعت را از درمان می‌برند، باز کنیم. ولی موقعیت بیشینه‌سازی صرف^{۱۰}، در انتخاب میان فناوری A و B صرفاً به این امر توجه می‌کند که کدام یک از آن‌ها بیشترین منفعت خالص را ایجاد می‌کند. در عمل بیشتر مردم هر دو موقعیت حداکثری را رد می‌کنند یعنی فقط به دنبال رسیدگی به بی‌بهره‌ترین افراد

و واگذاری سایرین یا دستیابی به بیشترین منفعت خالص و واگذاری محرومین نیستند. اگر منافع فناوری‌های A و B هر دو تقریباً برابر باشند، اما نیازمندان به فناوری A وضعیت نامناسب‌تری نسبت به نیازمندان فناوری B داشته باشند، اغلب مردم به این نتیجه خواهند رسید که ما باید به دنبال فناوری A باشیم. قطعاً آنان ترجیح خواهند داد که فناوری A تامین شود، گرچه بدانند که ما می‌توانیم تا اندازه‌ای نفع بیشتری با معرفی فناوری B داشته باشیم. اما اگر منفعت خالصی که توسط فناوری A تولید می‌شود بسیار ناچیز باشد، یا اگر فناوری B به‌طور معناداری منفعت خالص بیشتری ایجاد کند، آنگاه دلوپسی اکثر مردم در اولویت دادن به کم‌بهره‌ترین‌ها کم‌رنگ می‌شود. و فناوری B را به فناوری A ترجیح خواهند داد. برخی از مردم که اولویت را به بیمارانی می‌دادند که نیازمند فناوری A بودند، در صورتی که این بیماران در نهایت بهتر از بیمارانی درمان می‌شدند که نیازمند به فناوری B بودند، باز ترجیحشان برمی‌گشت. عدم توافق را می‌توان همین گونه ادامه داد. ممکن است اقلیت خیلی کوچکی تمایل به موقعیت

استراتژی، استراتژی فلسفی است و دومین استراتژی، استراتژی تجربی.

رویکرد فلسفی در نمونه‌هایی که فیلسوفی به نام «کام» در موارد فرضی بسیار متنوعی به‌طور دقیق و موشکافانه‌ای مورد بررسی قرار داده است، دیده می‌شود. آقای کام درصدد آشکارسازی توافق بر روی مجموعه‌ی پیچیده‌ای از اصولی زیربنایی است که بتوانند مبنای داوری‌های فلسفی قرار گیرند. این استراتژی شاید با تحکیم اصولی که به آنها اصول میانی¹¹ می‌گوییم، ما را در حل برخی از مشکلات جیره‌بندی کمک کند. آقای آراس در کتاب «متدها در اخلاق زیستی» این روش را مورد نقادی دقیقی قرار داده و روشن کرده است که این روش با وجود موشکافانه بودن، اجماعی در پذیرش اصول ایجاد نمی‌کند. دانیلز نیز بر این باور است که این روش نمی‌تواند در آینده‌ای نزدیک بر چنین اصولی اجماع ایجاد کند. شاید بینش ناشی از این دیدگاه، خود درک مهمی برای فرایند مشورتی تصمیم‌گیری ایجاد کند ولی قطعاً این استراتژی، جانشین مناسبی برای چنین فرایند منصفانه‌ای نیست.

بیشینه‌سازی صرف داشته باشند و اقلیت خیلی کوچک دیگری متمایل به بیشینه‌سازی کمینه شوند. اکثر مردم در میان دو سر طیف قرار دارند و به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در این که چه مقدار از منفعت را قصد دارند به‌منظور اولویت‌بخشی به کم‌بهره‌ترین بیماران قربانی کنند، با یکدیگر متفاوت‌اند. گرچه در این جا فاقد اصولی هستیم که مشخصه‌های قابل‌قبول راه‌حل‌های روند میانه را داشته باشند، ولی دو گونه دیگر از مشکلات جیره‌بندی به ما می‌گوید که نباید صرفاً «بیشینه‌ساز کمینه» یا «بیشینه‌ساز صرف» باشیم. اولین مشکل، مسئله‌ی شانس‌های منصفانه یا بهترین نتایج است. سوال این است که ما باید منابع را به تمام کسانی که ممکن است شانس در منفعت بردن از آنها داشته باشند، بدهیم، یا باید منابع را به کسانی دهیم که بهترین نتایج را به دست می‌آورند؟ مسئله‌ی دوم، مشکل گام‌گامی است. در اینجا سوال این است که چه هنگام منافع کمتر به تعداد بیشتری از افراد، نسبت به منافع بیشتر به تعداد اندک، سنگینی می‌کند؟ دو استراتژی برای حل چنین مشکلاتی دنبال شده است، اولین

رویکرد تجربی در تحقیقات اقتصاددان نامی «اریک نورد» دیده می‌شود. موارد فرضی را با پرسش از گروه‌هایی از مردم به نام پرسش‌های «موازنه یا معامله‌ی شخصی»^{۱۲} مورد بررسی قرار می‌دهد. این سوالات به دنبال نقاط پراکندگی است که بر اساس یک رویکرد اقتصادی استاندارد به دنبال نقاط «بی‌تفاوتی»^{۱۳} یا منحنی‌های «بی‌تفاوتی» اند. در واقع این نقاط منعکس می‌نمایند که چه هنگام یک شخص، دو منفعت یا نتیجه را برابر می‌پندارد. برای مثال اگر ما بتوانیم فقط در تکنولوژی‌های A و B سرمایه‌گذاری کنیم و تکنولوژی A برای افرادی که ناخوشی جدی‌تری دارند، استفاده شود، فرد ممکن است این سوال را طرح کند که چه تعداد از درمان بیماری‌ها تحت تکنولوژی B را با درمان بیماری‌ها تحت تکنولوژی A جایگزین می‌کند. نورد امیدوار است که این رویکرد ساختار دلواپسی‌های اخلاقی در جمعیت‌های انسانی را به‌طور تجربی آشکار نماید. به‌نظر دانیلز خطر اصلی این روش این است که گستره‌ی وسیع پاسخ‌ها ممکن است سبب مخفی کردن عدم توافق

اخلاقی در جامعه شود و به یک اجماع کاذب برسیم. به همین دلیل دانیلز نتایج کار آقای نورد را مانند تلاش‌های آقای کام جایگزین مناسبی برای فرایندهای تصمیم‌گیری مشورتی آگاهانه نمی‌داند ولی معتقد است که می‌توان آن را تلاشی در جهت درک این فرایند محسوب کرد.

به‌نظر دانیلز در صورتی که برای حل مشکلات جیره‌بندی عدم توافق دائمی در اصول داشته باشیم، در آن هنگام ناچاریم به سمت یک فرایند که در واقع شکلی از عدالت رویه‌ای^{۱۴} است، گام برداریم که همه افراد بتوانند در یک مسیر منصفانه، در حل مشکلات و اختلافات مشارکت کنند. راولز نیز از این شیوه زمانی که ما فاقد توافق پیشینی بر روی اصولیم، دفاع می‌کند و این عقبنشینی به سمت عدالت رویه‌ای را به‌عنوان شیوه‌ای از تعیین آن چه که به انصاف نزدیک‌تر است یکی از ویژگی‌های اصلی توصیف عدالت می‌داند. به عبارت دیگر راولز در عبارت عدالت به مثابه انصاف، این شیوه را بهترین راه منصفانه برای حل مجادلات و تعارضات میان موازنه‌ی آزادی و برابری با عدالت اجتماعی

¹⁴Procedural Justice

¹²Person Trad-off

¹³Indifference

می‌داند. با این حال دانیلز اعتراف می‌کند که تفاوت‌هایی میان آنچه که راولز در این خصوص می‌گوید و وضعیتی که ما درگیر آنیم وجود دارد.

دانیلز 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 وی این رویه‌ها در صورت برآورده‌سازی چهار شرط زیر می‌توانند بر این مشکلات فایق آیند:

۱- شرط انتشار^{۱۵}: 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^{۱۶}: دلایل منطقی برای اجرای تصمیمات باید به همراه یک تفسیر منطقی از این امر باشد که سازمان‌ها یا جامعه چگونه باید منابع مالی و ارزش اقتصادی نیازهای

سلامتی مورد نظر یک جمعیت مشخص را که تحت محدودیت‌های معقول منابع است، تامین و تعیین نماید. مشخصاً این دلایل در صورتی منطقی خواهد بود که استناد به استدلالات عقلی و اصول مرتبطی نماید که به وسیله‌ی جمعیتی که درگیر این پروژهند، پذیرفته شوند.

۳- شرط بازنگری و استیناف^{۱۷}: وجود مکانیسمی قوی برای مجادلات احتمالی در خصوص راه‌حل‌های جایگزین ضروری است. این مکانیسم باید شامل فرصت بازنگری در تصمیمات به منظور ارائه‌ی دلایل، استدلالات و شواهد بیشتر باشد.

۴- شرط تنفیذ^{۱۸}: وجود مقرراتی به منظور تضمین اجرای شروط یک تا سه ضروری است.

در جلسه‌ی آتی در مورد این شروط به طور تفصیلی صحبت خواهیم کرد.

¹⁷Appeals Condition
¹⁸Enforcement Condition

¹⁵Publicity Condition
¹⁶Relevance Condition