

جایگاه اخلاق در تخصیص عادلانه منابع سلامت

محمود عباسی

عبیدالله فرجی^۱

چکیده

برای تصمیم‌گیری در مورد موضوعات نظام سلامت علاوه بر علمی بودن تصمیمات، بایستی مسائل ارزشی نیز لحاظ شود تا به نگرانی‌های ارزشی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی نیز پاسخ داده شود. در کشورهای با درآمد پایین، نظام‌های سلامت با سرمایه‌گذاری پایین، فقدان ظرفیت نیروی انسانی، فقدان رضایت عمومی، بهره‌برداری پایین از خدمات و پیامدهای ضعیف سلامت، مواجهند. علم اخلاق یک نیروی توسعه‌مدار و سازمانی است که از کارکنان بهداشت عمومی و سیاست‌گذاران سلامت، پشتیبانی متدولوژیکی و انگیزشی به عمل می‌آورد. هدف تخصیص منابع، تصمیم‌گیری عادلانه است. تخصیص منابع در سه سطح کلان (کل نظام سلامت)، میانی (بیمارستان) و سطح خرد (فردی) انجام می‌گیرد و در هر سطح مسائل اخلاقی خاصی مطرح است. ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص منابع در سطح کلان شامل ارتباط، عمومیت، اصلاح، اجبار و توانمندسازی می‌باشد و معیارهای تخصیص منابع در سطح میانی شامل رسالت، کیفیت، کارایی، نیاز و فرایند می‌باشد. موضوعات اخلاقی در تخصیص منابع در سطح خرد شامل عدالت و انصاف، آزادی عمل (استقلال) است. امروزه نیازمند ایجاد نظریه‌ای از تخصیص منابع هستیم که بین‌رشته‌ای، مبتنی بر محیط و کاربردی باشد. بررسی واضح و منظم موضوعات اخلاقی در فرایند تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع کاملاً ضروری است.

واژگان کلیدی

تخصیص منابع، سلامت، اخلاق پزشکی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. کارشناس معاونت آموزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Email: drfjavidan@sbmu.ac.ir

جایگاه اخلاق در تخصیص عادلانه منابع سلامت

برای تصمیم‌گیری در مورد موضوعات نظام سلامت علاوه بر علمی بودن تصمیمات، بایستی مسائل ارزشی نیز لحاظ شود تا به نگرانی‌های ارزشی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی نیز پاسخ داده شود. در کشورهای با درآمد پایین، نظام‌های سلامت با سرمایه‌گذاری پایین، فقدان ظرفیت نیروی انسانی، فقدان رضایت عمومی، بهره‌برداری پایین از خدمات و پیامدهای ضعیف سلامت مواجه‌اند. علم اخلاق یک نیروی توسعه‌مدار و سازمانی است که از کارکنان بهداشت عمومی و سیاست‌گذاران سلامت، پشتیبانی متدولوژیکی و انگیزشی به عمل می‌آورد (هایدر، ۲۰۰۸ م.). هدف تخصیص منابع تصمیم‌گیری عادلانه می‌باشد، متأسفانه هیچ توافقی در مورد این که عدالت به چه معنی است وجود ندارد و مشکل از اینجا شروع می‌شود. فیلسوفان، حقوقدانان، اقتصاددانان، سیاستمداران، مدیران و متخصصان سلامت هر کدام تعریف متفاوتی از عدالت دارند (سینگر، ۱۹۹۸ م.).

تخصیص منابع به معنی توزیع کالاها و خدمات به افراد و برنامه‌های مختلف می‌باشد. در حوزه سلامت، تخصیص کلان منابع توسط دولت در سطح ملی، استان و شهرستان انجام می‌شود. تخصیص در سطح میانی در سطح سازمان‌ها مثلاً تخصیص منابع بیمارستانی به بخش سرطان، بخش قلب و عروق یا بخش دیالیز صورت می‌گیرد. تخصیص در سطح خرد در سطح فردی صورت می‌گیرد. با توجه به افزایش انتظارات حرفه‌ای و عمومی، افزایش بیماران قابل درمان و ظهور تکنولوژی‌های جدید گران‌قیمت بایستی میان بودجه‌های سلامت، اولویت‌های رقابتی دولت و محرومیت‌های استانی، توازن ایجاد کرد. اخلاق، قانون، سیاست و مطالعات تجربی بینشی فراهم می‌کند تا بتوانیم به متخصصان بالینی کمک کنیم تا در جهت توزیع منصفانه منابع سلامت تلاش کنند (مک نیلی، ۱۹۹۷ م.).

۱- تخصیص منابع در سطح کلان

اگرچه تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت به‌طور فزاینده‌ای در استفاده از شواهد بالینی و کاربرد تحلیل‌های اقتصادی در تنظیم اولویت‌ها موفق عمل می‌کنند، آن‌ها در مورد این که تصمیماتشان از نظر اخلاقی صحیح می‌باشد، اطمینان چندانی ندارند. در سال‌های اخیر، تقاضا برای رویکردهای عملی تنظیم اولویت اخلاقی در نظام‌های سلامت، به‌طور چشمگیری افزایش یافته است؛ مثلاً مرکز مشاوره اعتباربخشی نظام سلامت کانادا لحاظ کردن مسائل اخلاقی در تصمیمات تخصیص منابع را اجباری کرده است (گیسون، ۲۰۰۵).

ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص منابع عبارتند از:

۱- ارتباط: تصمیمات بایستی براساس دلایلی مانند شواهد، اصول، ارزش‌ها و مباحثات منطقی که افراد عدالت‌محور روی آن توافق دارند، اتخاذ شود. افراد عدالت‌محور طبق تعریف، افرادی هستند که به دنبال همکاری با دیگران برای یافتن راه‌حل‌های عادلانه برای حل مشکلات تنظیم اولویت می‌باشند. برای عملی ساختن این مسأله بایستی برای هر تصمیم تنظیم اولویت، دلیل منطقی ارائه شود، داده‌های مرتبط با هر معیار اخلاقی جمع‌آوری شود، از معیار تصمیم‌گیری بر اساس رسالت، چشم‌انداز و ارزش‌های نظام سلامت استفاده شود، با ذی‌نفعان خارجی و داخلی مشورت شود تا ارتباط معیار تصمیم و جمع‌آوری داده‌های مرتبط تضمین گردد و در تصمیم‌گیری از نظرات متخصصان رشته‌های مختلف استفاده شود.

۲- عمومیت: تصمیمات و منطق مرتبط با آن‌ها بایستی شفاف و در دسترس عموم مردم باشند. برای عملی‌ساختن این مسأله بایستی میان تصمیمات و منطق پشت آن‌ها ارتباط برقرار نمود، از یک استراتژی ارتباطی مؤثر برای درگیر

ساختن ذی‌نفعان داخلی و خارجی پیرامون اهداف استفاده شود و معیارها، فرایندها و تصمیمات تنظیم اولویت تعیین گردد.

۳- تجدیدنظر (اصلاح): بایستی فرصت‌هایی برای اصلاح و تجدیدنظر در مورد تصمیمات در پرتو شواهد یا مباحثات آینده فراهم باشد و مکانیسمی برای به چالش کشیدن و بحث در مورد راه‌حل‌ها موجود باشد. برای عملی ساختن این مسأله باید انسجام فرصت‌ها برای بررسی تصمیم‌های تکراری فراهم شود و فرایندی رسمی، جهت بررسی تصمیمات براساس معیارهای واضح تصمیم‌گیری، موجود باشد.

۴- اجبار (الزام): بایستی تضمینی برای لحاظ کردن سه ویژگی قبلی وجود داشته باشد. برای عملی ساختن این مسأله بایستی تصمیم‌گیرندگان خود نقش الگوی اخلاقی را داشته باشند و پیوسته به دنبال ارزشیابی و بهبود فرایند تنظیم اولویت باشند.

۵- توانمندسازی: بایستی تلاش‌هایی برای بهینه‌سازی فرصت‌های مؤثر جهت مشارکت در تنظیم اولویت‌ها و به حداقل رساندن تفاوت قدرت در زمینه تصمیم‌گیری، صورت گیرد. برای عملی ساختن این مسأله بایستی افراد از توسعه رهبری و تغییر استراتژی‌های مدیریت پشتیبانی کنند (گیسون، ۲۰۰۵ م.).

یک رویکرد استراتژیک برای تنظیم اولویت خدمات سلامتی شامل ایجاد، اصلاح یا تأیید برنامه استراتژیک نظام سلامت، تعیین مسئولیت‌های مدیران ارشد به صورت واضح و صادقانه در ارتباط با فرایند تنظیم اولویت، شفاف ساختن برنامه‌ریزی خدمات سلامت، ایجاد فهرستی از فعالیت‌های فعلی خدمات سلامت، دسترسی خدمات سلامت از لحاظ هم‌راستایی با تصمیمات استراتژیک و سایر معیارهای مرتبط با تنظیم اولویت مثلاً نیازهای سلامت جامعه، ایجاد یک فهرست

اولویت از تمامی خدمات سلامت برای تسهیل تخصیص استراتژیک منابع و پشتیبانی از تصمیم‌گیری با یک فرایند تنظیم اولویت منصفانه و مشروع (قانونی)، می‌باشد (گیسون، ۲۰۰۵ م.).

تضاد دیدگاه‌های اخلاقی نقش مخدوش‌کننده‌ای در تصمیمات کلان تخصیص منابع اتخاذ شده، توسط هیأت‌های مدیریتی در سطح نظام سلامت دارد. دیدگاه‌های اخلاقی ناسازگار و متفاوت توسط این هیأت‌ها به کار گرفته می‌شوند. این دیدگاه‌ها به‌عنوان ابزار جداگانه‌ای برای برخورد با مشکلات متفاوت به کار نمی‌روند؛ بلکه حتی در محیط‌های مشابه هم اجرا می‌شوند و احتمالاً به‌طور چشمگیری در ایجاد مشکلات در مسیر نیل به نتایج منسجمی، که از تبدیل سیاست به عمل به دست می‌آید، سهم دارند. اگر مطالعات این مسأله را به‌عنوان یک پدیده عمومی مدنظر قرار دهند و در صورتی که تمامی ذی‌نفعان روی تصمیمات توافق داشته باشند ممکن است، عامل مهمی در ساختار بندی مجدد و اصلاح نظام‌های سلامت فراهم گردد و همچنین این مسأله ممکن است، برای بررسی تخصیص منابع در سایر کشورهای دارای رویکردهای متفاوت تخصیص منابع نظام سلامت، مفید باشد (کلوج، ۲۰۰۲ م.).

چالش‌های مشترک نظام‌های سلامت در تخصیص منابع عبارتند از: ۱- منابع مالی ناکافی برای حمایت یکسان از تقاضاهای روزافزون جامعه؛ ۲- عدم نظریه‌های قوی یا وجود نظریه‌های متضاد میان افرادی که از لحاظ سیاسی نقش قوی و مؤثری دارند؛ ۳- محدودیت‌های زمانی، تحلیل عینی و جامع متغیرهای چندگانه را مشکل می‌سازد؛ ۴- تضادهای چشمگیر منافع؛ ۵- عدم قطعیت در مورد پیامدهای بالقوه و نتایج ناخواسته؛ ۶- تضاد میان ارزش‌های فردی و حرفه‌ای؛ ۷- احتمال این که تصمیمات اثر منفی روی امنیت شغلی تصمیم‌گیرندگان داشته

باشند (هوفمن، ۲۰۱۱ م.).

تصمیمات برای تخصیص منابع بایستی دارای معیارهای شفافیت، صداقت، انسجام، پاسخ به وعده‌ها، تولیت، عدالت و همراهی با چشم‌انداز، رسالت و ارزش‌های نظام سلامت باشد. برای این‌که این معیارها لحاظ شود، نیازمند جوابگویی، اعتماد، تحقق تعهدات گذشته، عینیت، توجه به تفاوت‌های قانونی نظرات، تشخیص میان حقیقت و واقعیت، کسب اطلاعات جامع و قابل اعتماد، تشخیص عدم توانایی برای برآورده ساختن تمامی علایق ذی‌نفعان، با وجود اطلاع از خواسته‌هایشان، ایجاد یک منطق قابل دفاع برای تصمیم‌گیری، پشتیبانی از ذی‌نفعان کلیدی و برقراری ارتباط مؤثر می‌باشیم (هوفمن، ۲۰۱۱ م.).

۲- اخلاق در تخصیص منابع در سطح میانی

تنظیم اولویت یکی از چالش‌های بزرگ برای سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامتی است، زیرا تقاضا برای خدمات سلامتی خیلی بیشتر از منابع موجود می‌باشد و اولویت‌های سلامتی بایستی طوری تنظیم شوند که استفاده صحیح از منابع برای برآورده کردن نیازهای سلامت جامعه را تضمین کنند. رویکردهای گوناگونی برای کمک به تصمیم‌گیرندگان برای تنظیم اولویت‌ها در سازمان‌هایشان ایجاد شده است که رایج‌ترین آن‌ها از پزشکی مبتنی بر شواهد، علم اقتصاد و علم اخلاق نشأت گرفته‌اند. پزشکی مبتنی بر شواهد بر اثربخشی و تناسب در تخصیص منابع برای خدمات سلامتی برای جمعیت‌های ویژه بیماران تمرکز دارد. زمانی که منابع کمیاب هستند، شواهد بالینی می‌تواند به ایجاد تصمیماتی منجر شود که ائتلاف منابع در درمان‌های غیر اثربخش و نامتناسب را به حداقل برساند و استفاده از منابع را برای درمان‌های صحیح برای بیماران در زمان مناسب به حداکثر رساند.

علم اقتصاد بر کارایی تمرکز دارد، زمانی که منابع کمیاب هستند یک رویکرد اقتصادی برای تنظیم اولویت به دنبال بهینه کردن مزایای سلامت برای کل جمعیت با استفاده از منابع موجود است. تحلیل هزینه اثر بخشی رایج ترین رویکرد مورد استفاده توسط تصمیم گیرندگان است. علم اخلاق بر منصفانه بودن در تخصیص منابع برای برآورده کردن نیازهای سلامتی متمرکز است. وقتی که منابع کمیاب هستند یک رویکرد اخلاقی برای تنظیم اولویت به دنبال توزیع منصفانه منابع موجود در میان نیازهای سلامت می باشد (گیسون، ۲۰۰۵م).

اگرچه تصمیم گیرندگان خدمات سلامتی به طور فزاینده ای در استفاده از شواهد بالینی و کاربرد تحلیل های اقتصادی برای تنظیم اولویت ها موفق هستند، اطمینان کمتری در مورد این که اولویت هایشان از نظر اخلاقی صحیح هستند دارند. در سال های اخیر تقاضا برای رویکردهای عملی برای تنظیم اولویت اخلاقی در سازمان های خدمات سلامتی به طور چشمگیری افزایش یافته است. پنج معیار برای تخصیص منابع در سطح میانی لحاظ می شود: ۱- رسالت: مثلا اگر بیمارستان کودکان باشد، خدمات و منابع خود را به بزرگسالان اختصاص نمی دهد. ۲- کیفیت: بسته به شرایط، موقعیت و منابع موجود، چه خدماتی با چه کیفیتی ارائه می شود؟ ۳- کارایی: خدمات با چه میزان کارایی ارائه می شود. ۴- نیاز: در ارائه خدمات و تخصیص منابع بایستی نیاز افراد و بخش های مهم لحاظ شود. ۵- فرایند: راهی که تضاد میان نیاز و کارایی برطرف گردد (سینگر، ۱۹۹۸م).

۳- اخلاق در تخصیص منابع در سطح خرد

اخلاق در تخصیص منابع در سطح خرد در ارتباط با مفهوم عدالت و وظیفه مالی پزشک نسبت به بیمار بررسی می شود. تخصیص منابع از لحاظ بالینی بایستی بدون

توجه به عواملی مانند مذهب یا جنسیت باشد و همچنین شفاف و قابل توجیه و قابل دفاع باشد. برطبق مفهوم ارسطو از عدالت توزیعی، با افراد بایستی به طور یکسان برخورد کرد و با آنهایی که نیاز غیریکسان دارند، به طور غیریکسان رفتار کرد. بایستی در تخصیص منابع، نیاز و احتمال فایده در نظر گرفته شود. ویژگی‌هایی مانند جنسیت، مذهب، سطح آموزش یا سن به تنهایی از نظر اخلاقی معیار درستی در رابطه با تخصیص منابع نمی‌باشند. سوالات و چالش‌های مرتبط با تخصیص منابع شامل فرصت یکسان در مقایسه با بهترین پیامدهای ممکن (به چه اندازه باید بهترین پیامد تولید گردد، یا این که به هر بیمار فرصت داده شود تا برای منابع محدود رقابت کند؟)، مشکل اولویت‌بندی (چگونه بایستی به درمان بیمارترین یا معلول‌ترین افراد اولویت داده شود؟)، مشکل تجمع (انباشت) (چه وقت بایستی به تجمع مزایای کمتر برای افراد بیشتر یا مزایای بیشتر برای افراد کمتر اجازه دهیم؟)، مشکل دموکراسی (چه وقت بایستی روی فرایند مشارکتی منصفانه به‌عنوان تنها راه تعیین این که چه چیزی سهمیه‌بندی منصفانه پیامدها را تشکیل می‌دهد، تأکید کنیم؟) می‌باشد (مک نیلی، ۱۹۹۷ م.).

کدهای اخلاقی حقوق بشر، تبعیض بر مبنای نژاد، قومیت، محل تولد، مذهب، سن، جنسیت و معلولیت جسمی یا روانی را ممنوع می‌سازد. در اکثر مطالعات، افراد، عدالت را مقدم بر هزینه اثربخشی دانسته‌اند (مک نیلی، ۱۹۹۷ م.). تنگناهای اخلاقی در تنظیم اولویت‌ها میان مداخلات و میان افراد نیازمند زمانی که نیازها حداکثر و منابع حداقل می‌باشد، مشکل‌ترین مسأله می‌باشد. تخصیص منابع در سلامت بایستی دو معیار عمده را لحاظ کند: اول، بایستی هزینه اثربخش باشد (منابع محدود برای سلامت بایستی اختصاص داده شود به بیشترین مزایای سلامت برای بیشترین افراد). هزینه اثربخشی تنها یک موضوع اقتصادی نیست؛ بلکه

موضوع اخلاقی نیز می‌باشد؛ زیرا بهبود سلامتی و تندستی افراد یک مسأله اخلاقی است و در صورتی که تخصیص منابع هزینه اثربخش نباشد مزایای کمتری در صورتی که به روش دیگری منابع تخصیص داده می‌شد، تولید می‌کند. تولید مزایای بیشتر به مزایای کمتر، برای مردم یک ملاحظه اخلاقی مهم در ارزشیابی فعالیت‌ها و سیاست‌های اجتماعی است. ثانیاً، تخصیص منابع بایستی منصفانه و عادلانه باشد. عدالت مرتبط با توزیع مزایا و هزینه‌ها برای افراد یا گروه‌های مختلف می‌باشد. به حداکثر رساندن مزایایی که مرتبط با تئوری فلسفی اخلاقی عمومی سودگرایان یا نتیجه‌گرایان می‌باشد، به هر حال، عموماً به دلیل نادیده گرفتن ملاحظات عدالت مورد انتقاد می‌باشد. عدالت در توزیع خدمات سلامتی، پیچیده و چندین نگرانی یا مسأله اخلاقی را دربر می‌گیرد (جامیسون، ۲۰۰۶ م.).

تحلیل هزینه اثربخشی تعیین می‌کند که چه مداخلاتی سال‌های زندگی تعدیل شده بر مبنای کیفیت را حداکثر و سال‌های زندگی تعدیل شده بر مبنای ناتوانی را به حداقل می‌رساند؟ ما در حال حاضر مواجه با انتخاب‌های مشکل در مورد چگونگی تخصیص یا توزیع منابع یا خدمات سلامت کمیاب هستیم و امروزه بحث بیشتری در مورد کاراترین روش‌های سهمیه‌بندی این منابع در جریان است. اما سؤالات اخلاقی مهمی در این رابطه مطرح است؛ برای مثال: انصاف یا عدالت در مورد اشکال گوناگون سهمیه‌بندی یا توجه به آزادی عمل بیماران و متخصصان نظام سلامت (منافع مشترک استرالیا، ۱۹۹۳ م.).

موضوعات اخلاقی در تخصیص منابع شامل عدالت و انصاف، آزادی عمل (استقلال) می‌باشد. عدالت بدین معنی است که تا حد ممکن دسترسی برابر افراد جامعه به منابع سلامت پایه تضمین گردد، اگرچه همچنین بیماران این حق انتخاب را دارند که به منابع سلامت خصوصی دسترسی داشته باشد و این که تمامی

بخش‌های جامعه سهم منصفانه‌ای از این منابع را داشته باشند. عدالت به سادگی یک موضوع تأمین بیشترین رفاه برای بیشترین افراد نیست، اگرچه نیازهای اکثریت مهم‌تر هستند. یک سیاست منصفانه و عادلانه بایستی به نیازها و گروه‌های اقلیت و حاشیه‌نشین، که فاقد توان اجتماعی برای لابی کردن برای سهمشان از منابع سلامت و دسترسی به این منابع هستند، توجه داشته باشد. همچنین بایستی به اثر تصمیمات کنونی در مورد منابع روی نسل‌های آینده توجه داشت، این مسأله تحت عنوان عدالت بین نسلی نامیده می‌شود. همچنین یک سیاست یا برنامه سلامت بایستی به مسائل کارایی با این منطق که منابع کمیاب نبایستی تلف شود، توجه داشته باشد. اما لازم نیست میان عدالت و کارایی ارتباط وجود داشته باشد و برنامه‌ای که از لحاظ هزینه تحقق یک پیامد سلامتی مشخص کار است، ممکن است به هیچ وجه عادلانه نباشد. آزادی عمل به معنی حق افراد برای دریافت اطلاعاتی است که آن‌ها را قادر می‌سازد تا رضایت آگاهانه داشته باشند یا در تصمیم‌گیری آگاهانه با توجه به درمان یا مراقبتشان مشارکت نمایند. این موضوع مستلزم این است که مصرف‌کنندگان خدمات سلامتی فرصت داشته باشند تا انتخاب آگاهانه‌ای از خدمات سلامتی داشته باشند، زیرا افراد زمانی که هیچ انتخاب واقعی به آنان داده نشده باشد، نمی‌توانند به‌طور کارا انتخاب کنند. جنبه دیگر از آزادی عمل این است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی این حق را داشته باشند که مهارت‌هایشان را برطبق استانداردهای خدمات سلامتی خوب یا فعالیت پزشکی مطلوب به کار برند. هیچ‌کدام از متخصصان سلامت و دریافت‌کنندگان خدمات مهم‌تر از همدیگر نیستند، اگرچه تصمیم‌نهایی در مورد خدمات سلامتی یا تست‌های درمانی با دریافت‌کننده خدمات است. البته متخصصان سلامت، تعهد اخلاقی برای عمل کردن به بهترین نحو برای سود رساندن

به بیمار را دارند. تعادل صحیح میان حقوق متخصصان و بیماران مشکل می‌باشد. از طرف دیگر بیماران بایستی راضی باشند و تا حدی روی خدمات دریافتی‌شان کنترل داشته باشند و از پدرسالاری (این باور که متخصصان سلامت بهترین‌ها را می‌دانند)، بایستی اجتناب شود. از طرف دیگر متخصصان سلامت، آزادی عمل و حقوق خودشان را دارند که بایستی بیماران به آن احترام بگذارند. به‌طور کلی ارزش اخلاقی آزادی عمل (استقلال) مستلزم حق تمامی جامعه برای مشارکت نسبی در تعیین سیاست‌های سلامتی با مشارکت در تنظیم اهداف سلامت و ارزشیابی این اهداف می‌باشد. این امر مستلزم تنظیم ساختارها و فرایندهایی است که چنین مشارکت‌هایی را از جامعه میسر می‌سازد. سایر موضوعات اخلاقی پایه شامل توجه به زندگی انسان به‌عنوان مثال تخصیص منابع سلامت به کودکان تازه متولد شده ناتوان، لحاظ کردن کیفیت زندگی انسان به‌عنوان مثال چه منابعی بایست برای افراد در حالتی که زندگی نباتی دارند و موقعیت‌های مشابه بایستی موجود باشد، توجه به یکی بودن جسم انسان (رد کردن این ایده که اعضا و بخش‌های بدن کالا هستند) برای مثال بررسی استفاده از اعضا و بافت‌های عمده بدن، ارزیابی این که چه اهمیتی بایستی به ناتوانی‌های بشری داده شود (به‌عنوان مثال منابع به چه درمان‌هایی برای ناباروری و ناتوانی‌های تهدیدکننده مادرزادی بایستی تخصیص داده شود)، قضاوت در مورد ارتباط معیار ثروت اجتماعی (سبک زندگی بیمار و مرگ‌ومیر شخص، ارزش او برای جامعه و غیره) در تعیین این که آیا بیمار بایستی به منابع سلامت دسترسی داشته باشد یا نه؟ برای مثال دسترسی به دیالیز کلیه، پیوند عضو، بارورسازی آزمایشگاهی و سایر اشکال تکنولوژی تولید مثل، می‌باشد (منافع مشترک استرالیا، ۱۹۹۳ م.).

توصیه‌هایی برای پزشکان در تخصیص بهتر منابع شامل این موارد است: مداخلاتی را برای بیمار استفاده کنید که مفید بودنشان از لحاظ اثربخشی شناخته شده باشد، استفاده از تست‌هایی که مفید بودنشان کاملاً مشخص نیست را به حداقل برسانید، به دنبال تست‌ها یا درمان‌هایی باشید که هزینه تشخیص یا درمان را به حداقل برساند، از بیمار جانبداری کنید، اما از دستکاری سیستم برای رساندن سود غیرمنصفانه به آن‌ها خودداری کنید، تضاد ادعاها برای منابع کمیاب به صورت عادلانه را براساس معیار اخلاقی مرتبط مانند نیاز (مثلاً این که ریسک مرگ یا صدمه جدی به بیماران بایستی توسط درمان کاهش داده شود) و مزیت (مثلاً شواهد منتشر شده در رابطه با اثربخشی روش)، استفاده از رویه‌های قابل دفاع منصفانه (به‌طور ایده‌آل، تلفیق ورودی جامعه) را حل نمایید، به بیماران در مورد اثر محدودیت‌های هزینه‌ای در مورد ارائه خدمات البته با ملاحظه اطلاع دهید، از مقصر دانستن نظام‌های دولتی یا مدیریتی در زمان بحث با بیمار در زمینه درمان بایستی اجتناب کنید، زیرا: ممکن است، سبب کم‌اهمیت دانستن خدمات توسط بیمار و کاهش اعتماد و افزایش اضطراب بیمار در زمانی که بیمار خیلی آسیب‌پذیر است شود، به دنبال حل کمبودهای غیرقابل قبول در سطح مدیریت بیمارستان (سطح میانی) یا دولت (سطح کلان) باشید (مک نیلی، ۱۹۹۷ م.).

نتیجه

امروزه شدیداً مواجه با چالش‌ها، پیچیدگی‌ها و محدودیت‌های رویکردهای کنونی برای تخصیص منابع هستیم. عموماً معیارهای تخصیص منابع گزینه‌های متفاوتی برای صرف هزینه مطرح می‌کنند. نظریه‌های فلسفی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی، مدیریتی و علم سلامت هر کدام جواب متفاوتی می‌دهند: حتی در یک رشته نظریه‌های متفاوت در تضاد با هم قرار می‌گیرند. به‌طور نمونه، در فلسفه نظریه‌های سودگرایانه در مورد عدالت توزیعی روی کارایی تأکید می‌کند، اما مساوات‌طلبان روی نیاز تمرکز دارند، لذا ما نیازمند ایجاد نظریه‌ای از تخصیص منابع هستیم که بین‌رشته‌ای، مبتنی بر محیط و کاربردی باشد. بین‌رشته‌ای یعنی این که این نظریه رشته‌های فلسفه، حقوق، اقتصاد، سیاست، مدیریت، علم سلامت و سایر رشته‌های مرتبط با تخصیص منابع را دربر گیرد. مبتنی بر محیط بدین معناست که این نظریه بتواند به تصمیم‌گیرندگان واقعی در نظام سلامت کشورها کمک نماید. هیچ راه سریعی برای حل این مسأله وجود ندارد، مشکل عدم وجود نظریه نیست بلکه وجود تعداد زیادی از نظریه‌های متضاد است که هرگز با هم سرآشتی ندارند و هیچ‌وقت به دنبال راهنمای عملی برای اجرای تصمیمات واقعی نیستند. در حال حاضر تشخیص مفاهیم اصلی مرتبط با تصمیمات تخصیص منابع ممکن است، این موضوع به دلیل این که چارچوب مفهومی را برای بحث در وضعیت‌های مختلف فراهم می‌کند و همچنین ریشه تضادها را مشخص می‌سازد، مفید می‌باشد. به هر حال، نظریه‌های کنونی راهنمای واضحی برای چگونگی تخصیص منابع در زمانی که معیارهای متضادی برای یک موضوع خاص مطرح است ارائه نمی‌دهند. پیشرفت و بهبود در زمینه تخصیص منابع نیازمند پیشرفت در نظریه‌های تخصیص منابع است، در هر حال بررسی واضح و منظم موضوعات اخلاقی در فرایند تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع کاملاً ضروری و لازم است.

فهرست منابع

- Commonwealth of Australia.(1993). Ethical considerations relating to health care resource allocation decisions.
- Gibson, J. Martin, D. Singer, P. (2005). Evidence, Economics and Ethics: Resource Allocation in Health Services Organizations, *Health Care Quarterly*. 8(2):50-59.
- Hofmann, P. (2011). 7 Factors Complicate Ethical Resource Allocation Decisions, *Healthcare Executive*. 62-65.
- Hyder, A. Merritt, M. Ali, J. Tran, NT. Subramanian, K. Akhtar, T. (2008). Integrating ethics, health policy and health systems in low-and middle-income countries: case studies from Malaysia and Pakistan, *Bulletin of the World Health Organization*. 86 (8):606-611.
- Jamison, D. Breman, J. Measham, A. Alleyne, G. Claeson, M. Evans, D. (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries, SECOND EDITION*, A copublication of Oxford University Press and The World Bank. 259-270.
- KLUGE, E. TOMASSON, K. (2002). Health Care Resource Allocation: Complicating Ethical Factors at the Macro-allocation Level, *Health Care Analysis*. 209-220.
- McKneally, M. Dickens, B. Meslin, E. Singer, P. (1997). Bioethics for clinicians: 13. Resource allocation, *CAN MED ASSOC J*. 157 (2):163-167.
- Singer, P. Mapa, J. (1998). Ethics of Resource Allocation: Dimensions for Healthcare Executives, *Hospital Quarterly*. 1(4):29-31.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: مدیر گروه اخلاق زیستی، کرسی حقوق بشر صلح و دوستی یونسکو و رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس گروه حقوق زیست فناوری دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، دبیر انجمن علمی حقوق پزشکی ایران و نایب رئیس انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی.

نشانی الکترونیک: Dr.abbasi@sbm.ac.ir

عبیدالله فرجی: دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو پیوسته انجمن علمی حقوق پزشکی ایران و عضو پیوسته انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیک: faraji.obeid@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۵