نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۳۵۷ تا ۳۶۶

مروری

صورت‌بندی مسائل متناسب‌سازی (عدالت در) سلامت

حمید ایزدبخش[۱]، سیدمجتبی امامی[۲*]، حسن دانایی فرد[۳]، کامران باقری لنکرانی[۴]، مهدی سپهری[۵]

۱. دانشجوی دکتری تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی و پژوهشگر مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران
۲. *نویسنده مسئول: استادیار گروه مدیریت دولتی و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران، emami@isu.ac.ir
۳. استاد گروه مدیریت دولتی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۴. استاد ممتاز دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۵. استادیار گروه فلسفه و کلام اسلامی دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: ایده صورت‌بندی مسائل عدالت در سلامت، توسط دنیلز مطرح شده و نظریه عدالت در سلامت خود را براساس چهار سؤال اصلی بسط داده است. این مقاله با هدفی مشابه مطالعه دنیلز، تلاش کرده است مهمترین سؤالات عدالت در سلامت را براساس مطالعه‌ای مروری تنظیم و سازماندهی کند.

روش: روش مورد استفاده در این مقاله مطالعه مروری است که با روش تحلیل مضمون (با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 2020) تکمیل شده است.

یافته‌ها: ادبیات متناسب‌سازی سلامت در سه محور «غایت سلامت چیست؟»، «چگونگی رسیدن به غایت» و «نیاز ارزش‌محوری» متناسب با مهمترین سؤالات متناسب‌سازی سلامت مطرح شده است.

نتیجه‌گیری: مهمترین سؤالات عدالت در سلامت که ذیل سه دسته اصلی «غایت سلامت چیست؟»، «چگونگی رسیدن به غایت» و «نیاز ارزش‌محوری» قرار گرفته‌اند، مهم‌ترین دستاورد این مطالعه هستند. در میان سؤالات مختلف، محور اول از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نسبت به سایر سؤالات محوریت دارد. در چگونگی رسیدن به غایت سلامت، ارزش‌ها و نحوه ارزش‌گذاری مطرح می‌شوند که حجم قابل‌توجهی از ادبیات را به خود اختصاص داده بودند. همچنین «مسئول سلامتی» که به وظیفه جامعه در قبال سلامت افراد می‌پردازد، ذیل همین دسته قرار می‌گیرد. از میان ارزش‌های مختلف، نیاز و پاسخ به آن، در ادبیات عدالت در سلامت جایگاه ویژه‌ای دارد؛ از اینرو در مورد انواع و سطوح مختلف آن و همچنین نحوه پرداختن به نیازها، سؤالات مختلف مطرح است.

کلیدواژه‌ها: بیمه سلامت ارزش‌محور، حق سلامت، عدالت اجتماعی، متناسب‌سازی سلامت

مقدمه

ممکن است اینگونه تصور شود که تعریف متناسب‌سازی در سلامت یک مسئله معنایی است. (۱). عدالت اجتماعی یک ارزش اصلی سلامت عمومی است (۲). همین ارزش است که پیشنهادهای مختلف سیاسی-اخلاقی در مورد عدالت اجتماعی، متناسب‌سازی (Equity)، اقدام یا عدم فعل خط‌مشی را جهت‌دهی کرده و تعریف می‌کند (۳). این جایگاه و اثرگذاری حتی از این هم مهمتر است، آنجا که حتی قبل از جمع‌آوری شواهد قرار می‌گیرد (۴).

باوجود چنین ضرورتی؛ اما درحال‌حاضر اجماع و اتفاق نظر کمی در تعریف متناسب‌سازی سلامت و اصطلاحات مرتبط با آن وجود دارد (۶). با وجود اینکه تمایل به پرداختن به اقدامات در راستای متناسب‌سازی در سلامت عمومی زیاد شده است؛ اما مفاهم اصلی در این زمینه ناهماهنگ و محدود هستند (۷).

یک مسیر در پاسخ به این نیاز، رسیدن به نظریه عدالت در سلامت از طریق صورت‌بندی مسائل است. این مسیری است که دنیلز برای توسعه نظریه عدالت اجتماعی رالز در سلامت طی می‌کند. رالز به تبیین مهمترین سؤالات عدالت در سلامت پرداخته و ادعا می‌کند هر نظریه عدالت در

Copyright: © Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]

سلامتی باید به آن‌ها پاسخ دهد (۸). آنچه هدف این پژوهش قرار گرفته است بسط همین ایده در صورت‌بندی مهمترین مسائل عدالت در سلامت است.

روش

به منظور دقیق کردن سؤالات و مسائل اصلی عدالت در سلامت مطالعه‌ای مروری طراحی شد. در این بررسی به مطالعه و بررسی مقالات تأییدشده در پایگاه PubMed در بازه ۲۰۱۸ الی ۲۰۲۲ که از مسیر جستجوی زیر (با استفاده از قابلیت mesh) به دست آمد پرداخته شد.

(Social Justice [N05.350.958.750]) OR (Social Justice [N03.706.437.700]) OR (Right to Health [I01.880.604.473.688]) OR (Right to Health [N03.706.437.688]) OR (Right to Health [N04.590.374.350.750]) OR (Health Equity [N04.590.374.350.500]) OR (Health Equity [N05.300.430.383]) OR (Value-Based Health Insurance [N03.219.521.576.343.972]) OR (Value-Based Health Insurance [N04.761.744.750])

معیار اصلی در انتخاب مقالات ارائه چالش و یا مسئله‌ای (نظری) در حوزه عدالت در خط‌مشی سلامت قرار داده شد. تعداد مقالات یافت‌شده در این جستجو در مجموع ۷۶۰۳ مقاله بود که با بررسی عنوان و چکیده آن‌ها، ۱۹۳ مقاله انتخاب شد. در این مرحله بیشتر مقالات تا سطح چکیده نیز بررسی شدند تا انتخاب دقیق‌تری صورت گیرد. در ادامه هر کدام از ۱۹۳ مقاله با دقت بیشتری بررسی و در برخی از موارد تا سطح متن آنها مطالعه و بررسی و غربال شد. سپس در طول مطالعه نیز برخی مقالات غیرمرتبط شناخته شد. همچنین در مسیر پژوهش تعداد مقاله به صورت گلوله‌برفی به دامنه مقالات اضافه شدند (۹۹ مقاله غربال‌شده به همراه ۲۴ مقوله گلوله‌برفی) که در مجموع تعداد مقالات به ۱۲۳ مورد رسید.

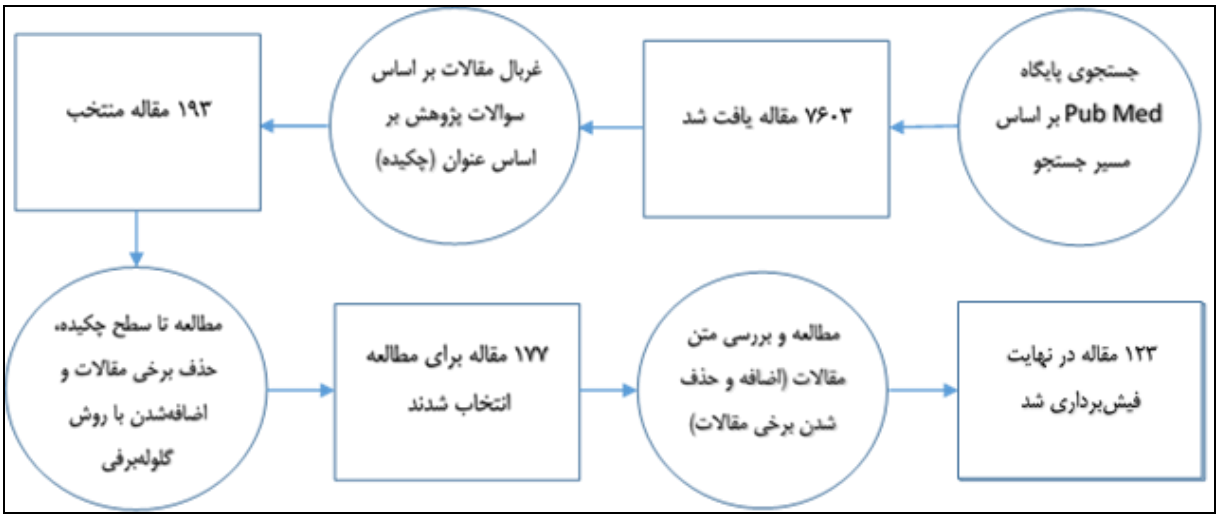
پس از فیش‌برداری از مقالات با توجه به سؤال اصلی پژوهش به طبقه‌بندی فیش (براساس روش تحلیل مضمون) پرداخته شد و در مسیر تلاش شد صورت‌بندی براساس سؤالات اصلی عدالت در سلامت باشد. به منظور دقت بیشتر در این مرحله از نرم‌افزار MAXQDA 2020 و رسم بر روی تخته وایت‌برد (به منظور رسیدن به یک تصویر کلی) بهره برده و سپس تلاش شد بار دیگر براساس این صورت‌بندی جدید، مهمترین سؤالات عدالت احصاء شوند و با طبقه‌بندی مجدد آن‌ها فهرستی از سؤالات مهم معرفی شدند. این توضیح لازم است که پس از این مرحله مجدد متن براساس طبقه‌بندی سؤالات باز تنظیم شد؛ هرچند که تطابق کامل آن‌ها با توجه به اینکه برخی از سؤالات بین بخش‌های مختلف مشترک هستند و همچنین تلاش برای حفظ نظم منطقی موضوع، ممکن نیست.

یافته‌ها

مهمترین سؤالات عدالت در سلامت در سه محور اصلی طبقه‌بندی و در بخش نتیجه‌گیری آمده است. بر همین اساس ادبیات عدالت در سلامت در سه دسته ارائه شده‌اند تا ابتناء آن مسائل بر ادبیات عدالت در سلامت نشان داده شود. از اینرو در ادامه نگاه‌ها و نظرات مختلف پژوهشگران و اندیشمندان عدالت در سلامت ذیل آن دسته مطرح خواهد شد.

غایت سلامت چیست؟

غایت سلامت آن چیزی است که همه برنامه‌ها، اقدامات و حتی نظام سلامت به آن مقصود و در راستای تحقق آن شکل گرفته‌اند و در آن راستا گام بر می‌دارند. با بررسی ادبیات عدالت در سلامت به نظر می‌رسد آن غایتی که نحله‌های گوناگون آن را مقصد خود قرارداده و در رابطه با چگونگی و نحوه رسیدن به آن سخن می‌گویند، «تداوم حیات، و یا بقاء» است.



شکل ۱. مسیر مطالعه مروری

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.22034/8.4.357]

ریشه‌های تداوم حیات و بقاء را می‌توان به نگاه به انسان و خلقت انسان برگرداند. علوم مختلف سلامت مبنای خود را بر شخصیت طبیعی (naturalised persona) که آن را می‌توان به طبیع‌گرایی تکاملی نسبت داد؛ قرار داده‌اند. حیات و به‌زیستن مهمترین دستاورد این نگاه تکاملی است. (۹، ۱۰). منظرهای فلسفه اخلاق زیستی را می‌توان در ادامه طبیعت‌گرایی، به مثابه رویکردهایی دانست که ارزش‌ها و نحوه حیات و یا به عبارتی نحوه به‌زیستن را ترسیم می‌کنند (۱۱). همین ریشه و مبنا را می‌توان در اندیشه آمارتیاسن در نقد توجه صرف به کارکرد (تابع) ملاحظه کرد که از قابلیت‌ها در کنار کارکردها سخن می‌گوید و تداوم حیات را فرض گرفته است؛ زیرا اگر حیات و تداوم حیات وجود نداشته باشد، قابلیت دیگر موضوعیت ندارد (۴).

این سرنخ را می‌توان در تعاریف سلامت جستجو کرد. تعریف سازمان جهانی سلامت که «به‌زیستی کامل» را مطرح می‌کند، در واقع حالت ایده‌آلی از نحوه حیات انسانی را به عنوان تعریف سلامت مطرح می‌کند و یا تعاریف رقیب آن مثل تعریف بیرچر (Bircher) (2005) که سلامت را به وضعیتی پویا از به‌زیستی با پتانسیل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی، که پویایی را در طول حیات فرد دیده است و یا تعریف به «توانایی تطبیق و خود مدیریتی» که به کلی به میراث سازمان جهانی سلامت پشت پا می‌زند و بر ظرفیت و کارکرد افراد تأکید دارد هم از این قاعده مستثنا نیست و همگی نحوه‌ای از حیات را ترسیم می‌کنند؛ حیاتی پویاتر که بتوانند با شرایط متغیر تطبیق‌پذیری بهتری داشته باشد. این تعریف را می‌توان بر مبنای تاب‌آوری دانست که خود دلالت روشنی بر تداوم حیات دارد (توانایی حفظ رفتارهای هنجاری و تحقیق وظایف هدفمند در مراحل مختلف زندگی). در این زمینه می‌توان تعاریف توصیفی مثل تعریف سلامت به «کارکرد عادی» (نرمال؛ بیولوژیک) تا تعاریفی که به هنجاری شدن نزدیک می‌شود مثل تعریف به «اختلال کارکردی» نیز مد نظر قرار داد. همگی این تعاریف در واقع تداوم و نحوه بقاء را از حالتی که تنها ابعاد فیزیولوژیک را در نظر می‌گیرد تا ابعادی که ابعاد روانی و هنجاری را دخیل می‌کند، مطرح می‌کنند؛ اینکه بتواند تنها از منظر فیزیولوژیک یا با لحاظ کردن وجوه هنجاری به زندگی خود ادامه دهد (۱۵، ۱۶، ۱۸).

جامعه و انسان

چیستی جامعه و انسان از مولفه‌های مهم اثرگذار بر غایت سلامت هستند. اینکه جامعه چرا شکل گرفته، ارزش انسان به چیست و موارد مهمی از این دست که در بخش سؤالات نتیجه‌گیری اشاره شده است؛ اما در ادبیات چند دوگان مهم اشاره شده است که به موضوع جامعه و انسان مرتبط می‌شود.

- **فردگرایی- جمع‌گرایی**: بهترین نمونه یا مثال جهت‌گیری فردگرایانه در فلسفه اخلاقی- سیاسی، لیبرالیسم است. اندیشه‌های اولیه لیبرال بر این باور بودند که توزیع هر کالایی (از جمله مراقبت سلامت) نیروهای بازار هستند. لیبرالیسم نیروی قالب و شکل‌دهنده فکری، اقتصادی و سیاسی در جوامع غربی است اما محدودیت و مشکلات آن بدیل‌هایی را شکل داده است (۱۹). در مقابل رویکردهایی هستند که به سمت برنامه‌های جمعی تمایل پیدا کرده‌اند و برنامه‌های رفاهی فراگیر برای پوشش همه شهروندان ارائه می‌کنند (۲۰).
- **فرد-گروه**: ابتکارات و اقدامات سازمان جهانی سلامت در زمینه متناسب‌سازی سلامت و مراقبت سلامت بین ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۸ متناسب‌سازی در سلامت را بر محور گروه اجتماعی تعریف می‌کند؛ اما گروهی از پژوهشگران سازمان جهانی سلامت در طی ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۳ نابرابری‌های سلامت (و با توسعه مفهومی، متناسب‌سازی) را به عنوان تفاوت‌های اجتناب‌پذیر در سلامت میان افراد تعریف کردند. بنابراین به نظر می‌رسد سازمان جهانی سلامت از تمرکز بر گروه و ناتناسبی‌های گروهی بر تفاوت میان افراد متمرکز شده است (۴، ۶، ۲۱، ۲۲)

سلامت و نسبت آن با سایر خیرها

نسبت سلامت با سایر خیرهای اجتماعی در واقع ذیل غایت سلامت قرار می‌گیرد، چون به واقع نسبت غایات مختلف اجتماعی است. سه نگاه به این تناسب وجود دارد. برخی (از جمله نیگل) بر این باورند ارزش ذاتی (و نه ابزاری؛ حق سلامت و مراقبت سلامت برای همه) برای سلامت قائل بوده و آن را با هیچ خیر دیگری قابل مقایسه نمی‌دانند (۴، ۱۴). برخی صاحب‌نظران در ادامه این نگاه دادن ارزش پولی (کمّی) دادن به سلامت را صحیح ندانسته و به عبارتی سلامت را قابل مقایسه با دیگران نمی‌دانند (۲۳, ۲۴). نگاه دوم با ویژه بودن سلامت تاحدی موافق است. سلامت در این حالت به خاطر اهمیت اخلاقی یا اهمیت کاربردی نسبت به سایر خیرها مهم‌تر است؛ اما این اهمیت محدود است نه مطلق (۴، ۲۴). در نگاه سوم؛ اما هیچ سلامت هیچ برتری و رجحانی ندارد و هر خیری‌دارای اهمیت اخلاقی خاص خود است (۴).

چگونگی رسیدن به غایت

پس از آنکه غایت سلامت و ارزش سلامت روشن شدند، باید به این پاسخ گفت که چگونه و با چه سازوکاری می‌توان به غایت سلامت رسید. سه محور در ادبیات عدالت در سلامت ناظر به چگونگی رسیدن به غایت ترسیم شده است. اولین محور در مورد ارزش(ها) و یا اصول اصلی سلامت است. این محور پیوند وثیقی با نحوه تعریف غایت دارد و البته رویکردهای مختلف نظری نقش تعیین‌کننده‌ای در تعیین ارزش‌ها و اصول محوری سلامت دارد. رویکردهای نظری اصلی اشاره شده در ادبیات، هر کدام مواضع خاص خود را خواهند داشت (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۵).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]

محور دوم که ارتباط روشنی با محور اول دارد، نحوه ارزش‌گذاری و یا برخورد با ارزش‌هاست. سازوکار و منطقی که باید در قابلیت ارزش‌ها و معضل انتخاب میان ارزش‌های مختلف در پیش گرفت در این محور قرار می‌گیرند. همواره تصمیم‌گیران و خط‌مشی‌گذاران با ارزش‌های مختلف هنگام تصمیم مواجه‌اند. اینکه چگونه باید به این تعارضات و نسبت میان ارزش‌های مختلف پرداخت. محور سوم ناظر به مسئولیت و تعهد ناظر به سلامتی است. اینکه جامعه در قبال سلامت چه تعهدی دارد؟ تعهد و مسئولیت خود فرد چیست؟ از جمله مهترین سؤالات این محور است.

ارزش(های) سلامت

ارزش‌ها راهنماهای ما برای زندگی بوده و کنش‌های قابل‌قبول و مناسب را تعیین می‌کنند (۲، ۲۶). دامنه ارزش‌ها و ارتباط آن با سلامت بسیار گسترده است و تعیین‌کننده‌ی اصلی تعریف سلامت و حق سلامت، ارزش‌ها هستند و عدالت نیز نسب وثیقی با ارزش‌ها و تناسب میان ارزش‌ها دارد. حتی در مواردی مثل غذا نیز دیگر نمی‌توان تنها با زبان زیست پزشکی سخن گفت و ارزش‌ها و ملاحظات مختلف اخلاقی در آن مطرح است (۲۷).

ارزش در تعریف سلامت یک نقش و جایگاه اساسی دارد هم از نظر اینکه تعاریف مختلف ارزش یا ارزش‌های خاصی را اولویت می‌دهند و برجسته می‌کنند و هم آنکه مفاهیم در بافت فرهنگ‌ها و جوامع فهم شده و شکل خاص آنجا را به خود می‌گیرند. حتی برخی در ضرورت تعریف تشکیک کرده و داشتن چارچوب مفهومی جهت‌دار را کافی می‌دانند (مگر برای سنجش سلامتی). با این نگاه به سلامتی است که تعاریف هنجاری جایگاه ویژه‌ای یافته‌اند و حتی برخی در دوگانه ارزش و سلامتی (اثربخشی)، ارزش را اولویت می‌دهند (۱۵، ۱۶، ۱۸). در ارتباط با حق سلامت نیز می‌توان همین نسبت را یافت به طوری که ارزش‌ها دامنه و مرز حقوق سلامت را تعیین می‌کنند و به عبارتی دیگر حقوق سلامت در نسبت ارزش‌ها یک سؤال پسینی است. حقوق سلامت چیزی جز ارزش‌های مطلوب نیستند (۲۸) و در مواردی مثل حقوق جنسیت ارزش‌ها جایگاه ویژه‌ای دارند (۲۹). ناتناسبی هم پرسش از ارزش‌هاست(۳۰) به‌طوری‌که پذیرش اهداف ارزش محور، دلالت‌های قابل‌توجهی در توزیع منابع در سراسر سیستم مراقبت سلامت دارد (۱۸). از جمله شخص‌محوری و یا مفاهیمی مثل مثبت‌بودن رابطه جنسی نشان‌دهنده جایگاه هنجارها و ارزش‌های اجتماعی در این رابطه است(۳۱). دونوسو با توجه به این جایگاه به ضرورت یک خردمایه روشن برای آنکه مفاهیم سلامت (و بیماری)، خروجی‌های سلامت و ارزش مداخلات پزشکی را به هم متصل کند اشاره می‌کند (۱۶). به نظر می‌رسد این خردمایه علاوه بر مفاهیم سلامت می‌تواند با توجه به ارزش‌اندود بودن مفاهیم اصلی اشاره شده، با تعیین و تدقیق کردن ارزش‌ها یک انسجام قابل‌قبولی میان این مفاهم برقرار کند.

مصادیق و انواع ارزش (های) سلامت

خلاصه دسته‌بندی‌ها و طبقه‌بندی‌های مختلفی که از ارزش‌ها صورت گرفته به علاوه تعارضات و تزاحمات میان ارزش‌ها، به علت محدودیت منابع از مقاله حذف شد. شاید مهمترین آن‌ها نوع‌شناسی بر اساس نظریه، نیاز، خروجی-فرآیند باشد؛ هرچند که هر کدام از آن‌ها در جای خود دلالت‌های قابل‌توجهی دارند.

نگاه ارزش‌محور به مراقبت سلامت که بر مراقبت بر خروجی و یا سلامت مردم را تأکید می‌کند (۳۲) نگاه مطلوبیت‌گرایی در اولویت‌بندی تخصیص منابع، را نیز می‌توان با تأکید بر خروجی‌ها منتسب کرد (۳۳). همین نحوه ارزش‌گذاری را می‌توان در تعریف عدالت در سلامت دنبال کرد. گاهی عدالت به برابری خروجی‌ها تعریف می‌شود. البته برخی در مقابل توجه صرف بر خروجی، بر علل خروجی‌های مختلف سلامت از جمله عوامل اقتصادی اجتماعی و فرآیندهایی که منجر به بی‌عدالتی شده است، تأکید می‌کنند (۳۴). توجه به تعیین‌کننده‌های سلامت و یا علل ناعدالتی باعث بروز تعاریفی از ناتناسبی شده است که پرداختن به ریشه‌های نابرابری را برای مقابله با ناعدالتی لازم می‌دانند. تعریف به انصاف یکی از تعاریف غالب در این زمینه به حساب می‌آیند. (۲۱، ۳۴).

اینکه چه سطحی از خروجی سلامت محل مقایسه قرار بگیرد، محل بحث است (۵)؛ اما اصل مقایسه در تفاوت خروجی‌ها یک طیف مهم از تعاریف عدالت در سلامت را تشکیل می‌دهد (۳۵). همواره با تعریف اختلاف (Disparity) سلامت، متناسب‌سازی در سلامت به صورت ضمنی تعریف می‌شود. تصور ضمنی این است که اختلاف‌های سلامت، ظهور نقص متناسب‌سازی در سلامت است (۱). کسانی که عدالت را به تفاوت و اختلاف معنا می‌کنند، به صورت پیش‌فرض بر قیاس‌پذیربودن تفاوت‌ها صحه می‌گذارند هرچند برخی با تأکید بر تجربه تبعیض‌آمیر در شکل‌دهی به سلامت، قیاس‌پذیری و تمرکز بر تمایزات (differentials) را نادرست می‌دانند (۹).

نحوه ارزش‌گذاری

انتخاب بین تزاحمات اخلاقی در اولویت‌بندی خدمات کار روزمره‌ای است که در کشورهای با درآمد متوسط و یا کم انجام می‌شود. (۳۶). اینکه چه کسی باید برای مثال، هنگام تعیین تعهدات اخلاقی، انتخاب معیارهای قابل اندازه‌گیری، اهمیت نسبی به آن معیارها یا ارزیابی تزاحمات تصمیم‌گیری کند، یک چالش اساسی است (۲۳). سؤال اصلی در اینجا آن است که چگونه و با چه ترتیباتی باید نیاز سلامت را پاسخ داد (۳۷).

ارزش‌گذاری سلامت را می‌توان به دو طیف طبقه‌بندی کرد (البته مانعه‌الجمع نیستند): یک دسته که بر استاندارد کردن ارزش‌ها تأکید دارد و دسته دیگر که با توجه به دامنه موسع ارزش‌ها این کار را غیرممکن دانسته

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.22034/8.4.357]

و تنها بر استاندارد کردن فرآیند تصمیم‌گیری تأکید دارد. دنیلز و سابین (Daniels and Sabin) (۲۰۰۸) اجماع بر اصول تخصیص را غیرممکن می‌دانند و بر این باورند که باید به سمت یک فرآیند منصفانه که به «پاسخگویی برای عاقلانه بودن» شناخته می‌شود حرکت کرد (۱۱). به همین منظور در چارچوب‌های کاربردی (سلامت عمومی) علاوه بر معرفی استانداردهای هنجاری و مراحل ارزیابی، شرایط رویه‌ای را برای یک فرآیند تصمیم‌گیری منصفانه و تضمین پاسخگویی برای معقول‌بودن (accountability for reasonableness) پیشنهاد کرده‌اند (۳۸). راهنماهای مراقبت نیز اکثرا به فرآیند تصمیم‌گیری با هدف اطمینان از کیفیت مراقبت و تقویت رابطه مراقبت سلامت تأکید کرده‌اند (۳۹) حتی گوپتا منظر ذی‌نفعان را در تحلیل هزینه وارد می‌کند و تلاش می‌کند از منظر ذی‌نفعان مختلف به هزینه‌ها نگاه کند (۴۰) و اشتایگنبرگر و همکاران هم به همراهی شناخت ارزش‌ها و ترجیحات استفاده‌کنندگان و ذی‌نفعان مختلف با مطالعات هزینه اثربخشی در ارزیابی فناوری سلامت تأکید کرده است (۴۱). مهم آنکه عدم توجه به ذی‌نفعان می‌تواند نه تنها شرایط را بهبود نکند؛ بلکه به وخامت اوضاع بیانجامد (۲).

چالش دیگر در نحوه ارزش‌گذاری، چالش انتخاب مورد به مورد یا تعیین معیارهای کلی است. مورد به مورد به معنای تخصیص منابع بدون خودکارسازی یا معیاری است که با آن بیماری به واسطه تعلق به طبقه یا دسته خاص کنار گذاشته شود. در این رویکرد بر طبق نیاز فردی بیمار، هدف واقع بینانه مراقبت و نگرانی فردی بیمار کمک ارائه می‌شود (۳۷، ۳۹، ۵۶).

مسئول سلامتی

اینکه مسئول سلامت کیست سؤال مهمی است که پاسخ آن هنوز مشخص نیست (۴، ۴۲). آیا دولت مسئول سلامت است؟ حد آن تا کجاست؟ آیا حقی است که به هر ترتیب باید تأمین شود و یا وظیفه‌ای در کنار سایر وظیفه‌های دولت است؟ آیا حد آن به مراقبت سلامت ختم می‌شود و یا تعیین‌کننده‌های سلامت را نیز در بر می‌گیرد؟ (۴۳، ۴۴).

سه احتجاج در این زمینه مطرح می‌شود که می‌توان آن‌ها را از نقش جدی و اثربخش برای دولت تا نقش حداقلی در یک طیف دید. رویکرد حق- محور با «تضمین عمومی بخشی یا همه نیاز سلامت» بر اقدامات قانونی برای رسیدن به متناسب‌سازی تأکید دارد. در این رویکرد متناسب‌سازی وارد حیطه قانون و مسئولیت دولت می‌شود به جای اینکه تنها یک امر پسندیده باشد (۲۱). در موافقت با این رویکرد برخی بر مزایای آن تأکید دارند؛ اما متنقدان در مقابل مسائل و چالش‌های مختلف آن را به رخ می‌کشند (۲۸، ۴۵–۴۹، ۴۹). شواهد در این زمینه روشن نیستند (۴۷) اما می‌توان گفت قضایی کردن باید متناسب با واقعیات، شرایط خاص، فرهنگ، خط‌مشی‌ها و قوانین آن محل مورد توجه قرار گیرد (۴۶).

احتجاج دوم که در مقابل قضایی-حقوقی کردن سلامت قرار می‌گیرد، بر این باور است که «هر کس خودش بهتر نیازش را تشخیص می‌دهد». رویکردهای ویژه‌گرایی (particularist) که یکی از برجسته‌ترین مثال‌های آن شخصی‌سازی مرسوم شده است، فرد را در مرکز تصمیم‌گیری قرار می‌دهند و مردم را قادر می‌سازند تا در مورد خدمات مورد نیازشان تصمیم بگیرند (۱۸، ۵۰، ۵۱). نقد و بررسی شخصی‌سازی نیز برخی بر مزیت‌ها و برخی بر معایب و چالش‌های آن اشاره داشته‌اند (۵۰، ۵۱، ۵۲).

احتجاج سوم را می‌توان در میانه دو احتجاج قبلی قرار داد و منتسب به عمل‌گرایی (فرد به تنهایی نمی‌تواند) کرد. عمل‌گرایان تلاش می‌کنند با تمرکز بر مسئله، شناخت ابعاد، ریشه‌ها و علل آن و همچنین مسیرها و نظریه‌های تغییر علل مسئله (نظریه برنامه)، مسیر حل مناسب را پیشنهاد کند (۲۰، ۵۳). در همین راستا می‌توان نظریات فرهنگی و رویکرد احتیاط همگانی را در نظر گرفت که با رویکردهای مختلف دنبال آماده کردن نظام ارائه خدمت برای مقابله با نژادپرستی هستند (فرد به تنهایی نمی‌تواند) (۵۴، ۵۵).

نیاز ارزش‌محوری؟

به نظر می‌رسد در ادبیات عدالت در سلامت، نیاز در میان سایر اصول و ارزش‌ها محوریت دارد. معمولا در پرداختن به نیاز سلامت دو دسته کلی یافت می‌شود؛ برابر دانستن نیاز و یا متفاوت دانستن آن میان افراد یا گروه‌های مختلف. تعریف و سنجش نیاز متفاوت است. برخی نیاز مستقیم سلامت (downstream, individual patient needs) را مبنا قرار می‌دهند ولی برخی دیگر شرایط اقتصادی اجتماعی (upstream, socially determined population needs) را نیز لحاظ می‌کنند (۱۷، ۲۱، ۳۴، ۳۵). نیاز مستقیم را می‌توان به نیاز کاذب در مقابل نیاز حقیقی تقسیم کرد. نیاز کاذب نیازی است که پرداختن و ارائه خدمات متناظر با آن نیاز مشروع و مورد پذیرش نیست؛ حال البته خود این مشروعیت و مورد پذیرش بودن گاهی محل سؤال و چالش قرار می‌گیرد مثل عمل چاقی (۵۷) یا ختنه زنان (۵۸). همچنین در طبقه‌بندی دیگر نیاز مستقیم را به دو دسته فیزیولوژیک و ادراکی-روان تقسیم می‌کنند (۵۹،۶۰).

حلقه‌ای میانی عوامل اجتماعی اقتصادی با سلامت، «در معرض بودن» است که به نسبتی که افراد، گروه‌ها و جوامع بیشتر در معرض این عوامل قرار می‌گیرند، نیاز سلامت (اعم از درمانی و بهداشت و اجتماعی) بیشتری خواهند داشت (۶۱). گروه‌های اجتماعی از طریق در معرض‌بودن به عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت متصل می‌شوند و با مشکلات متعددی دست‌وپنجه نرم می‌کنند (۳۵، ۶۲). توجه به این مقوله البته هنوز عمومی نشده و بسیاری از کشورها توجه درخوری به آن نمی‌کنند(۵۴). سن، جنسیت و مباحث مرتبط با آن از دیگر گروه‌های اجتماعی هستند که تاثیرات آن‌ها بر سلامت محل توجه مقالات قرار

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]

گرفته است (۹، ۶۳، ۶۴، ۶۵). همچنین تلاقی گروه با انگ کـه موجبـات محرومیت‌ها را فراهم می‌کند (۵۵). البته انگ (همانند گروه) به تنهایی در جامعه حضور ندارند و همراه شدن چند انگ با همدیگر می‌توانـد شـرایط سخت‌تری را به وجود آورد (۶۶).

رویکردها در پرداختن به نیاز

در رسیدگی و پیگیری به نیاز سـلامت رویکردهـای مختلفـی مشـاهده می‌شود. ناکیران به دو رویکرد اشاره می‌کند؛ رویکرد اول به دنبال آن اسـت در جریان ساختارهای موجود سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بدون به چـالش کشیدن وضعیت فعلی به صورت وصله‌پینه‌ای مسائل رهاشده را اصلاح کنـد. رویکرد دوم اما با در پیش گرفتن مسیری ارگانیک‌تر به پیگیری نگرانی‌هـای این گروه‌های هدف می‌پـردازد (۹). میلـر نیـز دو دسـته رویکـرد بیمـاری‌زا (pathogenic) و رویکرد سلامت‌زا (salutogenic) را معرفی می‌کند. برای ارتقـاء سلامت می‌توان رویکردی بیماری‌زا که بیشتر به عوامل خطـر مـی‌پـردازد و منجر به رفتارهای تدافعی و پرهیزی می‌شود در پیش گرفـت و یـا رویکـرد سلامت‌زا که بر سازوکارهای حفاظتی، شناسایی منابع عمومی که افراد برای مدیریت تنش استفاده می‌کنند، برجسته‌کرد (۶۷).

جمع‌بندی و ارائه سؤالات اصلی و راهنما

غایت سلامت‌محور سؤالات سلامت قرار می‌گیرد. همانطور که در شکل ترسیم شده است، غایت سلامت متأثر نگاه به انسان و جامعـه اسـت. اینکـه چرا فرد در جامعه زندگی می‌کند و چرا زندگی اجتماعی را برگزیده اسـت و با چه آمال و اهدافی، اثر قابل توجهی بـر تعریـف غایـت سـلامت دارد. اگـر رسیدن به مطلوبیت تک‌تک افـراد، هـدف تشـکیل اجتمـاع باشـد تـا آنکـه اجتماع خود هویت و هدف مستقل داشـته باشـد، غایـت سـلامت، بـه کـل دگرگون خواهد شد. همچنین برای رسیدن بـه غایـت سـلامت بایـد ارزش انسان را مشخص کرد. آیا ارزش انسان‌ها به نیـروی کـار و خـدمات جمعـی است؟ اگر اینگونه است، غایت سلامت نیز حفظ نیروی کـار و قـدرت خلـق سرمایه خواهد بود. این موارد البته بیشتر چیستی غایت سلامت را حـد زده و مشخص می‌کنند، برای معین کردن چگونگی و ویژگی‌های غایت سـلامت باید به ساختار جامعه و همچنین رابطه فرد و جمع پرداخت. اینکـه جامعـه طبقاتی به رسمیت شناخته می‌شود یا اینکـه جامعـه بایـد جمـع جبـری از افراد باشد، واحد تحلیل غایت سلامت را مشـخص خواهـد کـرد. بـه تعبیـر دیگر اینکه غایت سلامت در چه جامعه‌ای محقق می‌شود و در چـه بسـتری حضور خواهد داشت، مشخصات آن را دگرگون خواهد کرد؛ به همـین نحـو است رابطه فرد و جمع. نسبت سلامت با سـایر خیرهـای اجتمـاعی نیـز بـا توجه به ارتباط آن بـا چیسـتی غایـت سـلامت، ذیـل همـین دسـته قـرار می‌گیرد. روشن است که با متفاوت شدن غایت سلامت، نسبت سـلامت بـا سایر خیرهای اجتماعی تغییر خواهد کرد.

از سوی دیگر تعیین غایت سلامت بر سـؤالات بعـدی یعنـی چگـونگی رسیدن به غایت سلامت اثر مستقیم دارد. سه محـور در ادبیـات عـدالت در سلامت ناظر به چگونگی رسیدن به غایت ترسیم شده است. اولین محور در مورد ارزش (ها) و یا اصول اصلی سلامت است. این محور پیونـد وثیقـی بـا نحـوه تعریـف غایـت دارد و البتـه رویکردهـای مختلـف نظـری نقـش تعیین‌کننده‌ای در تعیین ارزش‌ها و اصول محوری سلامت دارد.

محـور دوم کـه ارتبـاط روشـنی بـا محـور اول دارد، نحـوه ارزش‌گذاری و یا برخورد با ارزش‌هاست. سازوکار و منطقی که باید در قابل ارزش‌ها و معضل انتخاب میان ارزش‌های مختلف در پـیش گرفـت در ایـن محـور قـرار مـی‌گیرنـد. همـواره تصـمیم‌گیـران و خط‌مشی‌گذاران با ارزش‌های مختلف هنگام تصمیم مواجه‌اند. اینکه چگونه باید بـه ایـن تعارضـات و نسـبت میـان ارزش‌هـای مختلـف پرداخت. محور سوم ناظر به مسئولیت و تعهد ناظر به سلامتی است. اینکه جامعه در قبال سلامت چه تعهـدی دارد؟ تعهـد و مسـئولیت خود فرد چیست؟ از جمله مهترین سؤالات این محور است.

در مطالعه مروری صورت گرفته در این رساله، حدود نیمی از مقالات به موضوع ارزش سلامت پرداخته بودند که این خود نشان‌دهنده اهمیـت و جایگاه این موضوع در ادبیات عدالت در سلامت است. نیاز و رفع نیـاز از مهمترین ارزش‌های مطرح شده است. غیـر از نیـاز توجـه بـه ارزش‌هـای اقتصادی و مطلوبیت‌گرایی مانند هزینه اثربخشی، کارایی در ادبیات مـورد تأکید قرار گفته است. اثربخشی را نیز می‌توان از پرکاربردترین ارزش‌هـای مورد استفاده دانست و همچنین ارزش‌های ناظر به کرامـت فـردی ماننـد استقلال و خودمختاری از دیگر ارزش‌های حـائز اهمیـت اسـت. خلاصـه دسته‌بندی‌ها و طبقه‌بندی‌های مختلفی که از ارزش‌ها صـورت گرفتـه بـه علاوه تعارضات و تزاحمات میان ارزش‌هـا، بـه علـت محـدودیت منـابع از مقاله حذف گردید.

همانطور که اشاره شد به نظر می‌رسد در ادبیات عـدالت در سـلامت، نیاز از میان سایر اصول و ارزش‌ها محوریـت دارد. از همـین رو بخشـی از سؤالات ناظر به تدقیق ارزش و یا اصل محوری غایت سـلامت در ادبیـات عدالت در سلامت است. سؤالات مهمی در این رابطه مطـرح مـی‌شـود از جمله اینکه نیاز چیست، آیا نیاز اصل محوری سلامت است، ابعاد و سطوح مختلف آن چیز و سؤالات دیگری از این دست.

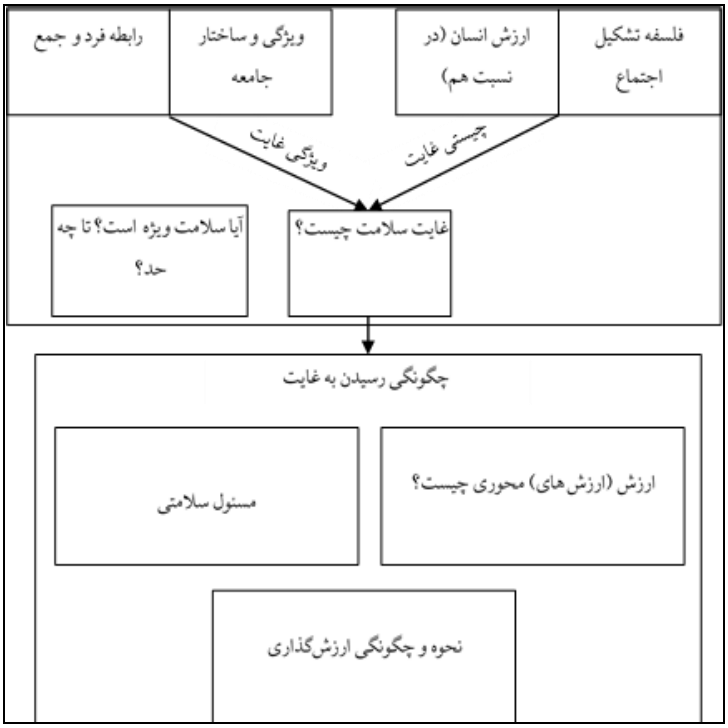
در شکل ۲ شاکله و سـاختار سـؤالات اصـلی را ملاحظـه مـی‌کنیـد. همچنین در جدول ۱ پیوست این سؤالات اصلی به همراه سؤالات راهنمـا ذیل هر دسته آمده‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند در این مقاله هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]



شکل ۲. ساختار و شاکله مهمترین سؤالات متناسب‌سازی سلامت

پیوست

جدول ۱. مهمترین سؤالات متناسب‌سازی سلامت

غایت سلامت
غایت سلامت چیست؟ **(وجه اصلی تفاوت مکاتب اخلاقی مختلف در تعریف آن‌ها از اجتماع و نسبت فرد و جمع است)** • **فلسفه تشکیل اجتماع**: فلسفه تشکیل اجتماع چیست؟ یک فرد در اجتماع به چه چیزی می‌خواهد برسد و انتظار او از اجتماع چیست؟ آیا لذت بردن است، عزت و احترام است، تامین حقوق اساسی است، به زیستن است؟ آیا هدف جامعه و ارزش مطلوب، حداکثر کردن منافع تک‌تک افراد است؟ • **ارزش انسان و زندگی انسان (در نسبت سلامت)**: ارزش یک انسان به چیست؟ ارزش اقتصادی که خلق می‌کند، منفعتی که به دیگران می‌رساند؟ منفعتی که برای اجتماع دارد؟ آیا ارزش زندگی به کیفیت آن یا به طول آن است؟ بیشترین زندگی کردن به خودی خود ارزشمند است؟ آیا همه افراد فارغ از نیازشان برابرند و نیازشان را ثابت فرض می‌کنیم؟ (اولین نفر اولین دریافت‌کننده، همه افراد یک ارزش دارند) • **ویژگی و ساختار جامعه**: ویژگی و ساختار جامعه چیست؟ آیا می‌توان جامعه‌ای بدون گروه تصور کرد؟ آیا جامعه‌ی بدون گروه، جامعه‌ای مطلوب است؟ گروه‌ها در اجتماع چگونه و از کجا شکل می‌گیرند (برساختی- حقیقی)؟ • **رابطه فرد و جمع**: محدوده و نوع رابطه فرد و جمع چیست؟ رابطه فرد و اجتماع بر چه اساسی تعیین می‌شود و حقوق متقابل آن‌ها چیست؟ آیا دولت‌ها حق دارند برای سلامت عمومی به استقلال فردی تجاوز کنند؟ آزادی افراد در اجتماع مقید است یا مطلق، مقید به چیست؟ آیا مداخلات جمعی می‌تواند آزادی افراد را قید بزند؟
• **نسبت سلامت با سایر خیرها**: آیا ارزش سلامت ذاتی (ویژه) است و با سایر خیرهای اجتماعی قابل مقایسه نیست یا اینکه محدود است. در حالت محدود آیا می‌توان گفت تا حدی از سایرین مهمتر است یا اینکه ارزش برابری دارد؟ و یا حتی باید گفت هر خیری ارزش خاص خود را دارد؟ آیا می‌توان ارزش سلامت را کمّی یا پولی کرد و مقایسه با این روش صحیح است؟ تزاحم سودآوری در مقابل سلامت چگونه قابل رفع است؟
چگونگی رسیدن به غایت
ارزش (های) محوری سلامت چیست؟ • ارزش محوری سلامت: ارزش (های) محوری سلامت چیست؟ (کلیه ارجاعاتی که ذیل عنوان « مصادیق و انواع ارزش (های) سلامت» ذکر شده‌اند، منابع این سوال هستند)
جامعه در قبال سلامت تعهد دارد؟ تا کجا؟ • **تعهد جمعی**: آیا جامعه (دولت) در قبال سلامت تعهدی به مردم دارد؟ تا حد و نوع وظیفه دولت تا کجاست (دسترسی، در دسترس بودن، استطاعت و...)؟ آیا باید تامین بخشی و یا همه نیازهای سلامت تضمین شود؟ آیا تعهد دولت تعیین‌کننده‌های سلامت را نیز در بر می‌گیرد؟ آیا این تعهد مطلق است و هیچ چیز نمی‌تواند آن را محدود کند؟ آیا خود فرد مسئول سلامتی خودش است؟ اگر آری آیا به تنهایی می‌تواند به سلامت برسد؟ آیا هر کس بهتر از دیگران نیازش را تشخیص می‌دهد؟ شخص اگر خودش هم مسئول بیماری‌اش باشد، آیا می‌توان از عهده سلامتی‌اش برآید؟ • **میزان مسئولیت فردی**: آیا اگر شخصی به خواسته خود و یا به عمد بیمار شد و یا نیازی پیدا کرد، باید به آن پاسخ داد، آیا جریمه و یا تاخیری در دریافت خدمت نباید برای او تعیین کرد؟ یا اینکه باید با توجه به اینکه هر رفتار ناسالم را نیز می‌توان با در معرض بودن توجیه، نباید اختیار شخصی را لحاظ کرد؟

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]

ادامه جدول ۱. مهمترین سؤالات متناسب‌سازی سلامت

نحوه ارزش‌گذاری خدمات سلامت چگونه باید باشد؟ • **ارزش‌گذاری کلی/مورد به مورد**: آیا باید مورد به مورد در مورد هر انتخاب و تصمیم عمل شود یا می‌توان معیارهای کلی تعیین کرد؟ آیا توصیه برخی مقیاس‌ها کافی است یا بهتر است برخی معیارها اولویت‌بندی و «نقاط حدی» تعیین شوند؟ • **استاندارد کردن فرآیند یا ارزش‌ها**: آیا صرف معقول کردن فرآیند تصمیم‌گیری و ارزش‌گذاری کافی است یا باید در مورد استانداردهای هنجاری و ارزشی موضع‌گیری کرد؟ • **تطبیق ارزش‌ها**: چه کسی تصمیم می‌گیرد چه معیاری برای اولویت‌بندی افراد استفاده شود؟
آیا نیاز ارزش محوری است؟
جایگاه نیاز و انواع آن در سلامت چگونه است؟ • **جایگاه نیاز**: آیا نیاز در سلامت موضوع محوری است؟ • **انواع نیاز**: انواع نیازها چیست؟ سطوح مختلف نیاز چیست؟ نیاز واقعی و نیاز کاذب چیست و ملاک تعیین آن‌ها چیست؟ آیا نیاز ادراکی هم نیازی است که باید به آن پاسخ گفت؟ • **محدوده نیاز**: آیا نیاز سلامت فقط نیاز مستقیم است یا ریشه‌ها و عوامل مؤثر بر آن هم نیاز به حساب می‌آید و باید به آن در سلامت پاسخ گفت؟ (گروه، انگ، عوامل اجتماعی اقتصادی) آیا باید نیازهای برآمده از عامل و کنش انسانی تنها پاسخ داده شود؟ آیا گستره نیازهای مشمول در عدالت در سلامت به اندازه توان و دانش بشری است؟
رویکرد پرداختن به نیاز در سلامت چگونه باید باشد؟ • **تغییر کلی/جزئی**: آیا باید به عدالت در سلامت در قالب ساختارها و رویه‌های فعلی پرداخت یا اینکه به دنبال رفع فاصله‌ها و شکاف‌ها رفت؟ • **رویکرد ایجابی/سلبی**: آیا باید برای پاسخ به عدالت مستقیم به ریشه ها و عوامل پرداخت یا اینکه با رویکردی ایجابی با برجسته‌کردن نیاز سلامت افراد و ظرفیت ایجاد و حفظ سلامتی تأکید کرد؟ (مثل تأکید بر مقاوم بودن و تطبیق‌پذیری، یا ظرفیت‌سازی و خودکفایی)
سازوکار تطبیق نیاز چگونه باید باشد؟ • **تطبیق بر افراد**: چه کسی در مورد هر بیمار تصمیم‌گیری می‌کند؟ نقش کمیته‌های اخلاق مراقبت سلامت چیست؟

منابع

1. Braveman P. Defining Health Equity. Journal of the National Medical Association 2022; 114(6): 593–600.
2. Igras S, Kohli A, Bukuluki P, Cislaghi B, Khan S, Tier C. Bringing ethical thinking to social change initiatives: Why it matters. Glob Public Health 2021; 16(6): 882-94.
3. Borde E, Hernández M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. Glob Public Health 2019; 14(6-7): 847-62.
4. Asada Y. Is health inequality across individuals of moral concern? Health Care Analysis 2006; 14: 25-36.
5. Liburd LC, Hall JE, Mpofu JJ, Williams SM, Bouye K, Penman-Aguilar A. Addressing Health Equity in Public Health Practice: Frameworks, Promising Strategies, and Measurement Considerations. Annu Rev Public Health 2020; 41: 417–32.
6. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu Rev Public Health 2006; 27: 167-94.
7. Oickle D, Clement C. Glossary of health equity concepts for public health action in the Canadian context. J Epidemiol Community Health 2019; 73(9): 802–5.
8. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly: Cambridge University Press; 2007.
9. Nakkeeran N, Nakkeeran B. Disability, mental health, sexual orientation and gender identity: understanding health inequity through experience and difference. Health Res Policy Syst 2018; 16(Suppl 1): 97.
10. Sancho JC. Can the human person be naturalised? Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica 2021; 77(Extra 295): 455–66.
11. Martinus Hauge A, Otto EI, Wadmann S. The sociology of rationing: Towards increased interdisciplinary dialogue - A critical interpretive literature review. Sociol Health Illn 2022; 44(8): 1287-1304.
12. Mitchell PM. The cost-effectiveness of what in health and care? In: Kohlhammer VW. Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges [Internet]. Schildmann J, Buch C, Zerth J, editors. Stuttgart (DE): W. Kohlhammer GmbH; 2021.
13. Ubels J. The assessment of value in health economics: utility and capability. In: Kohlhammer VW. Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges [Internet]. Schildmann J, Buch C, Zerth J, editors. Stuttgart (DE): W. Kohlhammer GmbH; 2021.
14. Alex K. Ethical conceptualization of a sustainable right to health (care). Versorgung gestalten–Gestaltung der Gesundheits-und Sozialversorgung heute und morgen; 2021.
15. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
16. Donoso FS. The concepts of 'health' and 'disease': Underlying assumptions in the idea of value in medical interventions. In: Kohlhammer VW, author; Schildmann J, Buch C, Zerth J, editors. Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges [Internet]. Stuttgart (DE): W. Kohlhammer GmbH; 2021. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585089/
17. Hall YN. Social Determinants of Health: Addressing Unmet Needs in Nephrology. Am J Kidney Dis 2018; 72(4): 582–91.
18. Fantini B, Vaccaro CM. Value based healthcare for rare diseases: efficiency, efficacy, equity. Ann Ist Super Sanita 2019; 55(3): 251–7.
19. Racine E, Caron R, Stanton-Jean M. Justice and Neurodevelopmental Disability: Moral-Political Philosophies, Policies, and Their Outcomes. Semin Pediatr Neurol 2018; 27: 42–52.
20. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. Journal of Epidemiology & Community Health 2007; 61(6): 473–8.
21. Amri MM, Jessiman-Perreault G, Siddiqi A, O'Campo P, Enright T, Di Ruggiero E. Scoping review of the World Health Organization's underlying equity discourses: apparent ambiguities, inadequacy, and contradictions. Int J Equity Health 2021; 20(1): 70.
22. Asada Y, Hedemann T. A problem with the individual approach in the

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]

WHO health inequality measurement. Int J Equity Health 2002; 1(1): 1–5.
23. Dukhanin V, Searle A, Zwerling A, Dowdy DW, Taylor HA, Merritt MW. Integrating social justice concerns into economic evaluation for healthcare and public health: A systematic review. Soc Sci Med. 2018; 198: 27-35.
24. Himmler S. Estimating the monetary value of health: why and how. In: Kohlhammer VW. Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges [Internet]. Schildmann J, Buch C, Zerth J, editors. Stuttgart (DE): W. Kohlhammer GmbH; 2021.
25. Bellemare CA, Dagenais P, K-Bédard S, Béland JP, Bernier L, Daniel CÉ, Gagnon H, Legault GA, Parent M, Patenaude J. ETHICS IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: A SYSTEMATIC REVIEW. Int J Technol Assess Health Care 2018; 34(5): 447-457.
26. Cislaghi B, Heise L. Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. Sociol Health Illn 2020; 42(2): 407–422.
27. Wahlqvist ML. Benefit risk and cost ratios in sustainable food and health policy: Changing and challenging trajectories. Asia Pac J Clin Nutr 2020; 29(1): 1-8.
28. Uberoi D, Forman L. What Role Can the Right to Health Play in Advancing Equity in Kidney Care? Semin Nephrol 2021; 41(3): 220-229.
29. Parker WJ. The moral imperative of reproductive rights, health, and justice. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2020; 62: 3-10.
30. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? Bulletin of the World Health organization 2000; 78: 3-18.
31. Mitchell KR, Lewis R, O'Sullivan LF, Fortenberry JD. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? Lancet Public Health 2021; 6(8): e608-e613.
32. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results: Harvard business press; 2006.
33. Valente CO, Silva FRd, Mussi FC, Lacerda MR, Freitas KS, Rosa DdOS. Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. Rev Bras Enferm 2021; 75(suppl 1): e20210067.
34. Whitehead J, L Pearson A, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. How can the spatial equity of health services be defined and measured? A systematic review of spatial equity definitions and methods. J Health Serv Res Policy 2019; 24(4): 270-278.
35. Salmond S, Dorsen C. Time to Reflect and Take Action on Health Disparities and Health Inequities. Orthop Nurs 2022; 41(2): 64–85.
36. Luyckx VA, Moosa MR. Priority Setting as an Ethical Imperative in Managing Global Dialysis Access and Improving Kidney Care. Semin Nephrol 2021; 41(3): 230–41.
37. Ruiz-Hornillos J, Hernández Suárez P, Marín Martínez JM, Miguel Beriain Í de, Nieves Vázquez MA, Albert M etal. Bioethical Concerns During the COVID-19 Pandemic: What Did Healthcare Ethics Committees and Institutions State in Spain? Front Public Health 2021; 9: 737755.
38. Abbasi M, Majdzadeh R, Zali A, Karimi A, Akrami F. The evolution of public health ethics frameworks: systematic review of moral values and norms in public health policy. Med Health Care Philos 2018; 21(3): 387-402.
39. Perin M, Panfilis L de. Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19. BMC Med Ethics 2021; 22(1): 36.
40. Gupta R. Health Care Value: Relationships Between Population Health, Patient Experience, and Costs of Care. Prim Care 2019; 46(4): 603-22.
41. Steigenberger C, Schnell-Inderst P, Siebert U. Integrating patients and social aspects into health technology assessment. Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges, Versorgung gestalten–Gestaltung der Gesundheits-und Sozialversorgung heute und morgen 2021: 115-33.
42. O'Keefe-Markman C, Lea KD, McCabe C, Hyshka E, Bubela T. Social values for health technology assessment in Canada: a scoping review of hepatitis C screening, diagnosis and treatment. BMC Public Health 2020; 20(1): 89.
43. Holtzman JN, Schwartzstein RM. Health Care in the United States: Individual Right or Government Duty? Acad Med 2020; 95(6): 868-871.
44. Rahman R. Private sector healthcare in Bangladesh: Implications for social justice and the right to healthcare. Glob Public Health 2022; 17(2): 285–296.
45. Kawwass JF, Penzias AS, Adashi EY. Fertility-a human right worthy of mandated insurance coverage: the evolution, limitations, and future of access to care. Fertil Steril 2021; 115(1): 29–42.
46. Martins A, Allen S. Litigation to Access Health Services: Ally or Enemy of Global Public Health? Ann Glob Health 2020; 86(1): 14.
47. Andia TS, Lamprea E. Is the judicialization of health care bad for equity? A scoping review. Int J Equity Health 2019; 18(1) :61.
48. Chieffi AL, Barata RB. "Judicialization" of public health policy for distribution of medicines. Cadernos de Saúde Pública 2009; 25: 1839-49.
49. Yamauti SM, Barreto JOM, Barberato-Filho S, Lopes LC. Strategies Implemented by Public Institutions to Approach the Judicialization of Health Care in Brazil: A Systematic Scoping Review. Front Pharmacol. 2020; 11: 1128.
50. Carey G, Crammond B, Malbon E. Personalisation schemes in social care and inequality: review of the evidence and early theorising. Int J Equity Health. 2019; 18(1): 170.
51. Malbon E, Carey G, Meltzer A. Personalisation schemes in social care: are they growing social and health inequalities? BMC Public Health 2019; 19(1): 805.
52. Sekalala S, Forman L, Hodgson T, Mulumba M, Namyalo-Ganafa H, Meier BM. Decolonising human rights: how intellectual property laws result in unequal access to the COVID-19 vaccine. BMJ Glob Health 2021; 6: e006169.
53. Fleitas Alfonzo L, King T, You E, Contreras-Suarez D, Zulkelfi S, Singh A. Theoretical explanations for socioeconomic inequalities in multimorbidity: a scoping review. BMJ Open 2022; 12(2): e055264.
54. Lavoie JG, Stoor JP, Rink E, Cueva K, Gladun E, Larsen CVL et al. Cultural competence and safety in Circumpolar countries: an analysis of discourses in healthcare. Int J Circumpolar Health 2022; 81(1): 2055728.
55. Treloar C, Cama E, Lancaster K, Brener L, Broady TR, Cogle A et al. A universal precautions approach to reducing stigma in health care: getting beyond HIV-specific stigma. Harm Reduct J 2022; 19(1): 74.
56. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary: Taylor & Francis; 2019.
57. Craig H, Le Roux C, Keogh F, Finucane FM. How Ethical Is Our Current Delivery of Care to Patients with Severe and Complicated Obesity? Obes Surg 2018; 28(7): 2078–82.
58. Leye E, van Eekert N, Shamu S, Esho T, Barrett H. Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries. Reprod Health 2019; 16(1): 158.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]

59. Pollak U, Serraf A. Pediatric Cardiac Surgery and Pain Management: After 40 Years in the Desert, Have We Reached the Promised Land? World J Pediatr Congenit Heart Surg 2018; 9(3): 315–25.
60. Kuemmel A, Basile J, Bryden A, Ndukwe N, Simoneaux KB. A Primary Care Provider's Guide to Social Justice, the Right to Care, and the Barriers to Access After Spinal Cord Injury. Top Spinal Cord Inj Rehabil 2020; 26(2): 85-90.
61. Hauptvogel D, Bartels S, Schreckenberg D, Rothmund T. Aircraft Noise Distribution as a Fairness Dilemma-A Review of Aircraft Noise through the Lens of Social Justice Research. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(14): 7399.
62. LeClair J, Watts T, Zahner S. Nursing strategies for environmental justice: A scoping review. Public Health Nurs 2021; 38(2): 296-308.
63. van Zwieten A, Saglimbene V, Teixeira-Pinto A, Howell M, Howard K, Craig JC, Wong G. The Impact of Age on Income-Related Health Status Inequalities from Birth to Adolescence: A Systematic Review with Cross-Country Comparisons. J Pediatr 2018; 203:380-390.e14.
64. Redcay A, Bergquist K, Luquet W. On the Basis of Gender: A Medical-Legal Review of Barriers to Healthcare for Transgender and Gender-Expansive Patients. Soc Work Public Health 2021; 36(6): 615-27.
65. Manorama S, Desai R. Menstrual Justice: A Missing Element in India's Health Policies. In: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson KA, Kissling EA, Roberts T-A, editors. The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies. Singapore; 2020. p. 511–27.
66. Mitchell UA, Nishida A, Fletcher FE, Molina Y. The Long Arm of Oppression: How Structural Stigma Against Marginalized Communities Perpetuates Within-Group Health Disparities. Health Educ Behav 2021; 48(3): 342-51.
67. Miller E, Bergmeier HJ, Blewitt C, O'Connor A, Skouteris H. A systematic review of humour-based strategies for addressing public health priorities. Aust N Z J Public Health. 2021; 45(6): 568-577.

Review

Formulating Issues of Health Equity

Hamid Izadbakhsh[1], Seyyed Mojtaba Emami[2*], Hassan Danaei Fard[3], Kamran Bagheri Lankarani[4], Mehdi Sepehri[5]

1. Ph.D student of decision-making and public policy and researcher of the Rushd Center of Imam Sadiq University, Tehran, Iran
2. ∗**Corresponding Author**: Assistant Professor, Department of Public Administration and Public Policy, Faculty of Islamic Studies and Management, Imam Sadiq University, Tehran, Iran, emami@isu.ac.ir
3. Professor of Public Administration Department, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4. Distinguished Professor of Gastroenterology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran- Permanent Member of Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Assistant Professor, Department of Islamic Philosophy and Theology, Imam Sadiq University, Tehran, Iran

Abstract

Background: The idea of formulating issues of health equity was proposed by Daniels and he developed his theory of health justice based on four main questions. This article, with the same purpose as Daniels' study, has tried to identify and organize the most important questions of health equity based on a review study.

Methods: The method used in this article is a review study completed with thematic analysis method (using MAXQDA 2020 software).

Results: The literature of health equity has been proposed in three categories: "What is the ultimate goal of health?", "How to reach the ultimate goal" and "the need is centered value" according to the most important questions of health equity.

Conclusion: The most important questions of health equity, which are under the three main categories of "What is the ultimate goal of health?","How to reach the ultimate goal" and " the need is centered value", are the most important achievements of this study. Among the various questions, the first category is of particular importance and is central to other questions. In"How to reach the ultimate goal of health", the values and the way of valuing are discussed, which had taken a considerable amount of literature. Also, the "responsible for health" which deals with the duty of the society towards the health of people, falls under this category. Among the different values, the need and response to it has a special place in the literature of health equity; Therefore, there are various questions about its different types and levels as well as how to address the needs.

Keywords: Health Equity, Right to Health, Social Justice, Value-Based Health Insurance

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/8.4.357]