

سیاست‌گذاری عمومی در وضعیت تراحم حقوق درمانی بیماران، با تکیه بر مبانی اخلاق و حقوق بشر

باقر شاملو*

داود باقری**

DOI: 10.22096/HR.2023.562072.1505

[تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵]

چکیده

در وضعیت‌های ناشی از شیوع بیماری‌های واگیردار، جنگ و زلزله معمولاً کادر درمانی با وضعیتی مواجه خواهند بود که منابع و امکانات درمانی پاسخگوی همه بیماران نیست. رده‌بندی بیماران و تشخیص اولویت برای تخصیص خدمات درمانی مهم‌ترین تنگنای اخلاقی و حقوقی است که در چنین موقعیتی ظهور کرده و سیاست‌گذاران، پزشکان و بیماران را درگیر می‌کند. مسئله مورد نظر این مقاله بررسی این پرسش است که نظام‌مندسازی اولویت‌دهی به بیماران باید مبتنی بر چه معیارهایی است؟ آیا در توزیع منابع سلامت باید صرفاً به معیارهای بالینی که عمدتاً پیامدگرایانه هستند توجه شود یا اینکه معیارهای برابرخواهانه بیمار دارای اولویت را تعیین می‌کنند؟ نسبت، تقدم یا تأخر رعایت حق‌های بشری بیماران با معیارهای اتخاذی چگونه است؟ پاسخ به پرسش‌های فوق در این نوشتار با اتخاذ روش تحلیلی-توصیفی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای صورت گرفته است. یافته‌ها نشان از آن دارد که پاسخ به مسائل فوق باید با در نظر داشتن رعایت حداکثری حقوق بشری بیماران و با اتخاذ رویکرد مرکب بالینی و غیربالینی و وزن‌دهی به مؤلفه‌های گذشته‌نگر برابرخواهانه و مؤلفه‌های آینده‌نگر مبتنی بر پیامد باشند.

واژگان کلیدی: تراحم حقوق؛ منابع سلامت؛ توزیع؛ اولویت‌دهی.

* دانشیار، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: b_shamloo@sbu.ac.ir

** دانشجوی دکتری حقوق، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: d_bagheri@sbu.ac.ir



۱- مقدمه

توزیع و اولویت‌بندی منابع مرتبط با درمان از چالش‌های قابل توجه در سیاست‌گذاری، حقوق بشر و اخلاق پزشکی است. برای تبیین این چالش موقعیتی فرضی در نظر گرفته شود که در آن تنها یک تخت مراقبت‌های ویژه خالی برای پذیرش بیمار بدحال در اختیار پزشک است و سایر تخت‌ها نیز با پذیرش قبلی بیماران بدحال امکان خالی‌شدن ندارند، فرد «الف» و «ب» تقریباً هم‌زمان و در وضعیت وخیم به بیمارستان می‌رسند؛ بررسی اولیه پزشک نشان‌دهنده آن است که شخص «الف» دچار چاقی ناشی از رژیم غذایی نامناسب، فشارخون بر اثر مصرف زیاد نمک و اعتیاد به دخانیات است که مجموع عوامل در وضعیت فعلی بیمار «الف» مؤثر بوده است. این امر در حالی است که بیمار «ب» در اثر تصادف با خودرویی با راننده مست، مجروح شده و هیچ‌یک از ویژگی‌های بیمار «الف» را ندارد. آیا در این وضعیت می‌توان، به دلیل مشکلات حاد بیمار «الف» که به‌نحو قابل توجهی متأثر از اقدامات سابق خود، علیه سلامتی‌اش بوده است، قائل به اولویت بیمار «ب» در دسترسی به تخت مراقبت‌های ویژه بود؟ از سوی دیگر اگر بیمار «ب» فرد سالمندی با بیماری زمینه‌ای قلبی باشد و فرد «الف» جوانی در ابتدای بهره‌مندی از زندگی باشد؛ آیا سن عامل مؤثری در ترجیح یکی از طرفین است؟ به عبارت دیگر در وضعیت بالینی مشابه چند بیمار که یکی ۸۵ سال و دیگری جوان ۳۰ ساله یا طفل ۱۰ ساله است، باید تفاوتی در اولویت دسترسی به منابع سلامت وجود داشته باشد؟ در صورتی که پزشک اولویت بستری را به بیمار «ب» دهد و در این حین مشخص شود که بیمار «ب» مهاجر غیرقانونی است که برخلاف قوانین و مقررات وارد کشور شده، آیا باید نظر پزشک به جهت حمایت از حقوق درمانی شهروند ایرانی، تغییر کند؟ به‌علاوه می‌توان به اوصاف بیماران «الف» و «ب» جایگاه اجتماعی را نیز اضافه کرد. بدین شرح که ممکن است یکی از بیماران سرباز، پزشک یا پرستاری باشد که سابقاً جان خود را برای دفاع از جامعه به خطر انداخته و اکنون این انتظار را دارد که نسبت به سایر بیماران در اولویت دسترسی به منابع سلامت قرار گیرد یا اینکه یکی از بیماران، قاضی شهر در جایگاه شهروندی بهنجار است و دیگری مجرمی که انواع هنجارهای آن جامعه را نقض کرده است.

از منظری دیگر وضعیت کمبود منابع درمان و تصمیم‌گیری در خصوص تخصیص آن، در واقع توزیع موهبت درمان و سلامتی به یک بیمار و توزیع محرومیت و شر بیماری نسبت به بیمار دیگر است. این نگاه در خصوص توزیع منابع را می‌توان در هنر و ادبیات کشورهای مختلف نیز مشاهده کرد. سعدی در گلستان به نقل داستانی می‌پردازد که نشان‌دهنده توجه به

توزیع امکانات در وضعیت کمبود منابع است. وی بیان می‌دارد: «با طایفه بزرگان به کشتی در نشسته بودم زورقی در پی ما غرق شد دو برادر به گردابی در افتادند... ملاح در آب افتاد و تا یکی را برهانید آن دیگر هلاک شد. گفتم بقیّت عمرش نمانده بود از ین سبب در گرفتن او تأخیر کرد و در آن دگر تعجیل. ملاح بخندید و گفت آنچه تو گفتی یقین است و دگر میل خاطر برهانید این بیشتر بود که وقتی در بیابانی مانده بودم و مرا بر شتری نشانده، وز دست آن دگر تازیان‌های خورده‌ام در طفلی»^۱. دقت در این حکایت نشان از آن دارد که در نظر سعدی توزیع منابع محدود امری مرتبط با حکمرانی و مواجهه با رعایا است؛ به عبارت دیگر حکایت در ذیل سیرت پادشاهان آمده و تعالیم آن ناظر به رفتار حکمرانان و کسانی است که قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری برای اشخاص دیگر را دارند. دیگر آنکه مبنای انتخاب ملاح برای نجات یکی از دو شخص، متأثر از سن، شغل و وضعیت شخص در بهره‌مندی از زندگی نبوده، در این رابطه معیار مدنظر ملاح، استحقاق مکافات یا پاداش بوده است. بدین معنا که رفتار گذشته هر یک از اشخاص نیازمند به نجات، در تصمیم ملاح برای نجات مؤثر بوده است. در این راستا همچنین جوزپ دیزایر کورت (Joseph Désiré Court) نقاش قرن نوزدهم فرانسه، در نقاشی «صحنه‌ای از سیل عظیم» به تصویرپردازی طوفان نوح می‌پردازد. او با نگاهی متفاوت به طوفان نوح، مردی در میانه سیل را به تصویر می‌کشد که ناچار به انتخاب میان نجات پدر سالمند یا فرزند و همسرش از غرق شدن است؛ به عبارت دیگر او در مقام حل تراحم حق حیات فرزند، همسر و پدر باید این تنگنایی اخلاقی را از سر بگذراند که کدام‌یک از این افراد را ابتدا نجات دهد. در نقاشی مذکور مرد در حالی به تصویر آمده که دست به‌سوی فرد سالمند دارد، حال آنکه مادر سعی دارد کودک را برای نجات به دستان همسر برساند.^۲ ملاحظه نقاشی مذکور کاملاً می‌تواند بیان‌کننده مسئله توزیع منابع محدود و معیارهای قابل اتخاذ حل تراحم حقوق باشد. بدین شرح که در نگاهی گذشته‌نگر و مبتنی بر توزیع منابع به‌مثابه نظام پاداش و مکافات، این پدر سالمند است که به پاس جایگاه اجتماعی و زحمات سابق و تجربه اندوخته‌اش استحقاق اولویت دسترسی را دارد. در این خصوص معیار فوری بودن نیاز نیز می‌تواند علاوه بر معیار فوق، منجر به نجات پدر سالمند شود. درحالی‌که شاید مرد می‌توانست با اتخاذ معیاری آینده‌نگر و آلی، ابتدا مادر را نجات دهد، چراکه مادر با داشتن نقش مراقبتی و زایایی، اطمینان‌بخش ادامه نسل و مراقبت خواهد بود. هرچند در

۱. مصلح‌بن عبدالله سعدی، کلیات سعدی، تصحیح: محمدعلی فروغی (تهران: نشر هستان، ۱۳۷۸)، ۶۳.

2. "Scene of Deluge," Joseph Désiré Court, accessed August 23, 2022, <https://narrativepainting.net/?p=517>.

اینجا شاید معیار فوریت نیاز، همراه با اولویت نجات مادر نیست و مبتنی بر این معیار، باید کودک یا سالمند در ابتدا نجات پیدا کند.

به هر روی مسئله اولویت دسترسی به منابع محدود سلامت اگرچه معمایی بسیار آزاردهنده و دشوار است، انتخاب در چنین شرایطی امری ناگزیر است. در این رابطه دستورالعمل کشوری «تریاژ بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه» مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران در سال ۱۳۹۸^۳ قابل توجه است که در قسمت «نکات تکمیلی و قابل توجه» و در بند ۲، در رابطه با رده‌بندی بیماران (تریاژ) برای تخصیص منابع سلامت، وضعیت را بدین‌گونه شرح می‌دهد که: «تریاژ در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه، نه صد در صد کامل و بدون اشکال است و نه صد در صد عادلانه؛ ولی امری است اخلاقی و گریزناپذیر». به‌علاوه تصریح شده است که: «در تریاژ جایی برای احساسات و توجه به ویژگی‌های فردی مصدومین وجود ندارد و تنها نتیجه و کارایی عملیات از اهمیت برخوردار است. دشوارترین تصمیم‌گیری در مورد مصدومینی است که علی‌رغم زنده‌بودن، امیدی به نجات آنها نیست و با حذف آنها از چرخه درمان یا دست‌کم تأخیر منطقی در رسیدگی به ایشان، شانس زنده ماندن و نجات تعداد بیشتری از دیگر مصدومین افزایش خواهد یافت». ترجمان حق مدار از وضعیت کمبود منابع درمان نسبت به نیاز بیماران و لزوم اولویت‌بندی بیماران برای دسترسی به منابع، آن است که هر بیمار صرف‌نظر از سن، بیماری‌های زمینه‌ای، جایگاه اجتماعی، اقتصادی، معلولیت و اقدامات سابق خود، در مقایسه با بیماران دیگر در مقام داشتن حق و ارزش ذاتی نه چیزی افزون و نه چیزی کم دارد. در همین رابطه کادر درمان و مؤسسات درمانی حسب قوانین و مقررات و همچنین الزامات اخلاق حرفه‌ای، وظیفه ارائه خدمات برابر به همه بیماران در حدود امکانات و توانایی را دارند.^۴ بدین ترتیب این نوشتار در پی پاسخ به این پرسش است که معیارهای سیاست‌گذاری عمومی در وضعیت تراحم حق‌های درمانی بیماران، کدام هستند؟ چه نسبتی میان اتخاذ معیارهای توزیع منابع درمان و اولویت‌بندی بیماران با نقض یا حمایت از حق‌های بشری آنان وجود دارد؟

۲- الزامات پیشینی سیاست‌گذاری تخصیص منابع سلامت

از نظر نگارندگان، سیاست‌گذاری مدبرانه در حوزه توزیع منابع سلامت، الزامات پیشینی دارد

۳. بخشنامه به شماره ۴۰۰/۹۸۰۸ مورخ ۱۳۹۸/۰۴/۳۰.

۴. محمد راسخ، «مبانی و نظام حقوق سلامت عمومی در وضعیت اضطرار»، فصلنامه تحقیقات حقوقی ۲۴، شماره ۹۵ (آبان ۱۴۰۰): ۶۳. <https://dx.doi.org/10.29252/jlr.2021.221972.1914>

که همچون سنجه‌ای به بررسی و ارزیابی تدابیر اتخاذی می‌پردازد. ملاک‌های مورد نظر از سویی ناشی از بایسته‌های سیاست‌گذاری عمومی و از سوی دیگر ناشی از ویژگی‌های خاص حوزه سلامت و درمان است؛ همچنین برخی از این الزامات ناظر به ضروریات شکلی و آیینی است و برخی دیگر ناظر بر محتوای سیاست‌های اتخاذی است.

۲-۱- شناسایی نظام موهبت‌های شبکه‌ای و پیچیده اجتماعی

بهره‌مندی از موهبت‌های اجتماعی، اشخاص را در وصول به امیال عقلانی‌شان به‌نحوی یاری می‌دهد که اشخاص، میزان بیشتری از موهبت‌ها را خواهان هستند؛ به عبارت دیگر میزان دارا بودن از خیرهای اجتماعی شاخص موفقیت در تحقق اهداف است.^۵

موهبت‌های اجتماعی اگرچه هر یک در حوزه مستقل خود مطرح هستند، در عمل دارای تأثیر و تأثر از سایر موهبت‌ها هستند. بدین معنا که مثلاً موهبت سلامتی مرتبط با وضعیت اقتصادی، آموزشی و شهروندی اشخاص است، از این‌رو، باید از نگاه‌ها و تحلیل‌های جزئی، جزیره‌ای و تخصص‌گرایی افراطی گذر کرده و به شبکه مؤثر در توزیع و بهره‌مندی از موهبت‌ها پرداخت.^۶ در این رابطه مایکل والزر در ارائه نظریه خود راجع به «حوزه‌های عدالت» به معرفی دو مفهوم قابل توجه می‌پردازد؛ وی در ابتدا مفهوم «برابری پیچیده» را در مقابل «برابری ساده» قرار داده و در ادامه مفهوم کلیدی «جباریت مواهب» را مطرح می‌کند. مقصود از برابری پیچیده، اولاً شناسایی حوزه‌های متکثری است که در هر یک از آنها موهبت ویژه‌ای، ملاک بهره‌مندی در آن حوزه است. برای مثال، در حوزه خانواده موهبت اصلی عشق و محبت است و این موهبت قابلیت جایگزینی با موهبت ثروت را ندارد و از سوی دیگر در حوزه هنر موهبت خلاقیت و توان آفرینش هنری است که دارای اهمیت است و نه مثلاً موهبت زیبارویی یا منصب. در مقابل در برخی وضعیت‌های اجتماعی ممکن است موهبتی دارای چنان اقتدار شناخته‌شده‌ای باشد که بتواند به‌راحتی به دیگر مواهب تبدیل شود. برای مثال، موهبت ثروت در صورتی که بتواند با کنار زدن ویژگی‌های خاص حوزه سلامت، به‌راحتی تبدیل به موهبت سلامتی شود، با جباریت موهبت ثروت مواجه خواهیم بود.^۷ بدین

۵. جان رالز، *نظریه‌ای در باب عدالت*، ترجمه مرتضی نوری (تهران: نشر مرکز، ۱۳۹۶)، ۱۲۱-۱۲۲.

۶. باقر شاملو، «بازخوانی سیاست جنایی پیشگیرانه در پرتو پاندمی کووید-۱۹ و تئوری آشوب»، *فصلنامه تحقیقات حقوقی* ۲۳، ویژه‌نامه حقوق و کرونا شماره ۱ (مرداد ۱۳۹۹): ۱۲۰.

<https://dx.doi.org/10.22034/jlr.2020.185110.1655>

۷. مایکل والزر، *حوزه‌های عدالت: در دفاع از کنترت‌گرایی و برابری*، ترجمه صالح نجفی (تهران: نشر ثالث، ۱۳۹۶)، ۴۹-۵۱.

ترتیب شناخت روابط و گوناگونی مواهب اجتماعی مقدمه‌ای بر سیاست‌گذاری در حوزه توزیع موهبت سلامتی و درمان است.

۲-۲- انطباق سیاست‌ها با سنجه‌های حقوق بشری

با قرار گرفتن سلامتی در قالب مفهوم حق و ساماندهی آن ذیل نظام حقوق بین‌الملل بشر، حقوق موضوعه به حمایت و صیانت از اشخاص می‌پردازد؛ همچنین اصول و هنجارهای بنیادین حقوق بشری نظیر کرامت انسانی، احترام، عزت، شرافت، برابری، عدم تبعیض و آزادی به‌مثابه معیارهای بالادستی و فراقانونی به سیاست‌های اجرایی، تقنینی و قضایی اشراف و اولویت دارند. از این رو است که سیاست‌های اتخاذی در حوزه توزیع منابع درمان، نه تنها باید با هنجارها و ضوابط حقوق بشری مغایرت نداشته باشد، بلکه باید تأمین‌کننده مسئولیت دولت در احترام، حمایت و اجرای آن حقوق نیز باشد.^{۸ و ۹}

۲-۳- تعامل سیاست‌گذاری آرمانی با ویژگی‌های انضمامی

تصور زندگی در ناکجا و تصمیم‌سازی ایده‌آل بدون در نظر گرفتن محدودیت‌ها و امیال انضمامی انسان‌ها، به عقیم‌ماندن اجرای سیاست اتخاذی و از سوی دیگر تحمیل تکالیفی بدون پشتوانه و الزام اجرایی و اخلاقی منتهی می‌شود؛ به عبارت دیگر سیاست‌گذاری خصوصاً در حوزه سلامت که مستقیماً با انسان‌ها در مقام بیمار یا معالج سروکار دارد، نمی‌تواند صرفاً آرمانی و فاقد توان اقتناعی باشد. اگرچه سیاست‌گذاری باید از منظری غیرشخصی و ناظر بی‌طرف صورت گیرد و با فراتر رفتن از خویشتن، قصد و منافع شخصی را از نظر دور دارد، بعضاً این‌گونه سیاست‌گذاری چنان با دغدغه‌ها و ارزش‌های افراد ذی‌مدخل غریبه است که گویی سیاست‌ها و رهنمودها برای قدیسانی بریده از اینجا و اکنون تهیه شده و چنان در قله‌های اخلاقی و عملی قرار گرفته که پرتلاش‌ترین انسان‌ها نیز برای دست یافتن به آن دچار مشقت خواهند بود. به بیان تامس نیگل «اگر نتوان افراد معقول را برانگیخت تا از آرمان پیروی کنند آن آرمان هرچقدر هم برای تأمل جذاب باشد، خیال‌پردازانه و ناکجاآبادگرایانه است».^{۱۰} دست آخر آنکه، در مقام سیاست‌گذاری باید به انسان‌ها از دو

۸. سید علی میرموسوی، «تعهد و مسئولیت دولت در برابر حقوق بشر»، دو فصلنامه حقوق بشر ۳۱، شماره ۱ (بهار و تابستان ۱۴۰۰): ۳۴-۳۵. <https://dx.doi.org/10.22096/hr.2021.134788.1237>

۹. باقر انصاری، «ابعاد و چالش‌های حقوق بشری مقابله با کووید ۱۹»، فصلنامه تحقیقات حقوقی ۲۵، ویژه‌نامه حقوق و کرونا شماره ۲ (خرداد ۱۴۰۱): ۸۵. <https://dx.doi.org/10.29252/jlr.2022.226840.2178>

۱۰. تامس نیگل، برابری و جانبداری، ترجمه جواد حیدری (تهران: انتشارات فرهنگ نشر نو، ۱۳۹۹)، ۱۲۶.

دیدگاه پرداخت: یکم انسان‌ها به‌عنوان افرادی با چشم‌انداز غیرشخصی و فراتر از نقش و جایگاه هر فرد، دوم انسان به‌عنوان افرادی دارای انگیزه‌های شخصی، خاص و پیچیده. اینگونه مواجهه با موضوعات چالش‌برانگیزی چون توزیع منابع محدود سلامت، هم‌داعیه در نظر داشتن ارزش‌های مشترک عام فارغ از فاعل را دارد و هم به امیال، انگیزه‌ها و محدودیت‌های فردی اذعان دارد.^{۱۱}

۲-۴- انصاف آیین‌های تخصیص منابع سلامت

با در نظر گرفتن این امر که نتیجه نهایی در تخصیص منابع محدود، بهره‌مندی بعضی و محرومیت برخی دیگر را در پی دارد؛ باید این فرآیند با مشارکت افراد سهیم از جمله پزشکان، بیماران، سالمندان و... تهیه شده باشد. به‌علاوه معیارها باید به‌نحوی شفاف باشد که هر شخص بتواند وضعیت آتی خود را در صورت بیمار شدن پیش‌بینی نماید. شفاف و پیش‌بینی‌پذیر بودن حس اعتماد و اطمینان به فرآیند توزیع منابع را افزایش می‌دهد. همچنین قابل تجدیدنظر بودن رأی کادر درمانی که نظر بر محرومیت فردی از دسترسی به منابع درمان دارند، می‌تواند موارد احتمالی خطا را کاهش دهد.^{۱۲}

۳- نظام‌مندسازی توزیع منابع محدود سلامت و معیارهای آن

نظام‌مندسازی توزیع منابع و اولویت‌بندی بیماران به‌مثابه امری ناگزیر، با توجه به دخیل بودن دیدگاه‌ها و مؤلفه‌های متنوع، نیازمند ارائه و در نظر داشتن معیارهای متفاوت با خواستگاه‌های ناهمخوان است. برخی از معیارها، گذشته‌نگر هستند؛ بدین معنا که توزیع منابع سلامت واکنشی در برابر اقدامات سابق بیمار است. در این‌گونه معیارها، رفتارهای پیشینی بیماران می‌تواند به‌نحو سلبی، مانع دسترسی، یا به‌نحو ایجابی، سبب اولویت دسترسی به منابع سلامت شود. در مقابل، معیارهای آینده‌نگر اندیشه پیامدهای آتی را دارد. در این معیارها، مطلوبیت نتیجه، گره‌گشای معمای اولویت در دسترسی به منابع سلامت است.

از سوی دیگر می‌توان معیارها را حسب حساس بودن یا نبودن به وضعیت بالینی بیماران و میزان حساس بودن به مؤلفه‌های بالینی و غیربالینی دسته‌بندی کرد. برخی از معیارها کاملاً

۱۱. نیگل، برابری و جانبداری، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۶۵.

۱۲. سید امیرحسین سیدی و سید محمد مهدی غمامی، «مدیریت تراحمات اجتماعی ناشی از بحران در پرتوی حاکمیت قانون؛ مطالعه موردی بیماری کرونا»، فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات امنیت اجتماعی، ۱۲، شماره ۶۵ (بهار ۱۴۰۰): ۱۷۹.

بالینی هستند، بدین معنا که شاخص‌های سلامتی فعلی و آتی بیمار که به صورت تخمینی و با استفاده از الگوریتم‌ها و نظام‌های نمره‌دهی تعیین می‌شود، معین می‌کند که کدام بیمار در اولویت است. بالعکس در معیارهای حساس به مؤلفه‌های غیربالینی، اساساً شاخص‌های سلامتی فرد مطرح نیست و به جای آن، شانس، بخت، تقدم یا مکافات و پاداش عمل، نشانگر بیمار دارای استحقاق است. در این میان برخی از نظام‌ها نیز با دو یا چند مرحله‌ای کردن تشخیص، در هر مرحله معیار متفاوتی را به کار می‌گیرند و از این نظر خصیصه‌ای مرکب را در مقابل نظام‌های بسیط تک‌معیاری به نمایش می‌گذارند. در ادامه به بررسی اهم معیارهای به‌کاررفته در نظام‌های توزیع منابع محدود سلامت پرداخته می‌شود.

۳-۱- تقدم و نظام صف در تشخیص اولویت

بر اساس این معیار اشخاصی که زودتر به مراکز درمانی مراجعه کنند، زودتر خدمات درمانی دریافت خواهند کرد (First Come First Served) و در ادامه اشخاصی که مازاد بر ظرفیت منابع سلامت مراجعه کنند باید در صف انتظار بمانند تا با رسیدن نوبت از خدمات درمانی برخوردار شوند. حسب بررسی‌های مختلف تجربی که در میان اشخاص در صف رستوران، مغازه یا خرید بلیت انجام شده، ایده صف به‌منزله معیار با پذیرش عمومی، شناخته شده است. در این رابطه تحقیقات نشان‌دهنده آن است که رعایت تقدم و صف، انتظارات اشخاص در خصوص عادلانه بودن تخصیص منابع را برآورد می‌کند؛ به نحوی که اشخاص بررسی شده احساس خرسندی بیشتری در پیروی از صف نسبت به زمانی که این امر رعایت نمی‌شد، داشتند.^{۱۳}

از محاسن توزیع مبتنی بر صف، عینی و کمی بودن معیار است، از این‌رو، امکان اعمال نظرات و تفاسیر شخصی در آن اندک بوده و ذی‌نفعان می‌توانند به صورت مستمر رعایت اصل صف را پایش کنند. همچنین این معیار بسیار ساده و همه‌فهم است، به نحوی که امکان استفاده از معیارهای ظاهراً فنی غیرقابل فهم برای عموم، برای دور زدن صف وجود ندارد. از سوی دیگر این معیار با انتظارات اشخاص نیز منطبق است؛ چراکه سابقاً اشخاص در بسیاری از موارد، این شیوه را رعایت کرده و با آن خوی گرفته‌اند؛ به عبارت دیگر در میان اشخاص این انتظار منصفانه شکل گرفته است که چون آن‌ها در مواجهه با وضعیت کمبود منابع معیار صف

13. Ronen Perry and Tal Z. Zarsky, "Queues in Law," *IOWA LAW REVIEW* 99, no.4 (May 2014): 1604-1607.

را برای دسترسی به منابع رعایت کرده‌اند، باید اشخاص دیگر نیز این معیار را رعایت کرده و منتظر باشند و نباید منطق صف را برهم زده و خارج از صف اقدام کنند. به نظر می‌رسد این معیار بتواند الزامات برابرخواهانه را نیز تأمین کند؛ چراکه در صورت اعمال این معیار، قومیت، نژاد، طبقه اجتماعی، ثروت، تحصیلات و غیره نقشی در بهره‌مندی اشخاص از منابع درمان نداشته و به صورت برابر با آنها برخورد می‌شود. به علاوه معیار صف ارزش یکسانی را برای زمان و وقت اشخاص قائل شده و مانع از آن می‌شود که برخی به این دلیل که وقت آن‌ها با ارزش‌تر است، زمان کمتری را در انتظار باشند.^{۱۴}

اگرچه این معیار از محاسنی در توزیع منابع برخوردار است، به نظر می‌رسد در وضعیت کمبود منابع ناشی از بیماری‌های همه‌گیر، مفید نباشد. در این خصوص یکی از مواردی که در رهنمود ارائه‌شده از سوی دیپارتمان سلامت ایالت مینه‌سوتای آمریکا در خصوص «چهارچوب اخلاقی توزیع داروی رمدسیور در پاندمی کرونا» تصریح شده عدم توجه به معیار «هر کسی زودتر آمد زودتر خدمات دریافت می‌کند» است. البته این عدم توجه ناظر به وضعیتی است که هنوز توزیع دارو در گروه بیماران مشابه با بیمار مورد نظر شروع نشده باشد.^{۱۵} به بیان مایکل سندل این معیار اگرچه برای تفریحگاه‌ها و ایستگاه اتوبوس و تئاتر و استادیوم که مردم پشت در صف می‌کشند مناسب به نظر می‌رسد، در همه حوزه‌های مرتبط با توزیع منابع کاربرد ندارد و این‌گونه نباید در نظر داشت که یک اصل واحد باید بر تخصیص هرچیز حاکم باشد.^{۱۶} به عبارت دیگر به کارگیری منطق صف در وضعیت کمبود منابع درمانی بنا بر موارد زیر مناسب به نظر نمی‌رسد:

۳-۱-۱-۳- عدم توجه به ویژگی نظام سلامت

کمبود منابع درمان در وضعیت بحرانی و تخصیص آن میان بیماران، دارای ویژگی‌های خاصی است که آن را از یک صف خرید بلیت چرخ‌وفلک متفاوت می‌کند. این ویژگی خاص همانا ضرورت رعایت حق حیات بیمارانی است که ممکن است دیرتر به مراکز درمان رسیده باشند، ولی نیاز بیشتری به منابع سلامت داشته باشند. در همین راستا برخی از طرفداران معیار صف نظر بر آن دارند که این معیار همیشه عادلانه نبوده و لازم است بر اساس زمینه و شرایط منابع

14. Perry, "Queues in Law," 1608-1613.

15. Minnesota Department of Health, "Ethical Framework to Allocate Remdesivir in the COVID-19 Pandemic," accessed July 29, 2020.

<https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/hcp/remdesivir.pdf>.

۱۶. مایکل سندل، آنچه با پول نمی‌توان خرید: مرزهای اخلاقی بازار، ترجمه حسن افشار (تهران: نشر مرکز، ۱۳۹۷)، ۳۳ و ۳۴.

درمان در خصوص معیار تخصیص منابع سلامت تصمیم‌گیری شود.^{۱۷} به عبارت دیگر این معیار ضمن گذشته‌نگری، آن هم توجه به زمان رسیدن بیماران به مراکز درمانی، معیاری کاملاً غیربالینی را ارائه می‌دهد که در آن پیامدهای آتی تصمیم نادیده گرفته می‌شود.

۳-۱-۲- ترجیح بیماران با امکانات جابه‌جایی سریع به سایر بیماران

در ملاک تقدم به‌منزله معیار اولویت‌بخشی، اگرچه ظاهراً به جایگاه اشخاص توجه نمی‌شود و معیار زمان رسیدن به‌صورت مساوی نسبت به همه اشخاص اعمال می‌شود، به‌واقع بر اساس این معیار کسانی زودتر به مراکز درمان می‌رسند که از امکانات جابه‌جایی سریع‌تر برخوردارند یا اینکه موقعیت مکانی آنها به مراکز درمان نزدیک‌تر است.^{۱۸} به عبارت دیگر اشخاص کم‌درآمد، ساکنین روستا و مناطق صعب‌العبور در عمل دیرتر از سایر اشخاص از منابع سلامت بهره‌مند می‌شوند درحالی‌که این امر ناشی از دیر رسیدن آنها به مراکز درمانی نیست، بلکه به جهت عدم بهره‌مندی از امکانات پایه‌ای حمل‌ونقل و دسترسی به مراکز درمانی بوده است.

۳-۱-۳- ترجیح بیماران زودتر مبتلا شده

استفاده از ایده تقدم و صف بدین معنا است که هرکس زودتر بیمار شد، زودتر به مرکز درمانی مراجعه کرده و زودتر از منابع سلامت بهره‌مند می‌شود. این در حالی است که دست‌کم بخشی از اشخاصی که زودتر بیمار شده و به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند اشخاصی هستند که رهنمودهای بهداشتی ارائه‌شده از سوی مراکز درمانی را رعایت نکرده و با حضور در مراسم‌ها و تجمعات به بیماری مبتلا شده‌اند؛ به عبارت دیگر مبتنی بر این معیار، کسی که برخلاف رهنمودهای بهداشتی در یک جشن تولد شرکت کرده و بیمار شده بر کسی که در آن جشن جهت رعایت رهنمودهای بهداشتی شرکت نکرده و دیرتر بیمار شده ترجیح داده می‌شود. از این رو، می‌توان این معیار را به مسئولیت افراد در مبتلا شدن به بیماری، بی‌توجه دانست.

۳-۲- کمی‌سازی سلامتی و امکان‌سنجی حیات

استفاده از نظام‌های نمره‌دهی در بخش مراقبت‌های ویژه برای تخمین شدت بیماری و میزان

17. Tyler M Joh and Joseph Millum, "First Come First Served?," *Ethics* 130, no. 2 (January 2020): 205. <https://dx.doi.org/10.1086/705763>.

18. Benjamin Tolchin, Sarah C Hull, and Katherina Kraschel, "Triage and justice in an unjust pandemic," *Journal of Medical Ethics* 47, no. 3 (March 2021): 201. <https://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106457>.

مرگ‌ومیر بیمارستانی بیش از ۳۵ سال است که مورد استفاده قرار می‌گیرد. استفاده از این نظام‌های مبتنی بر پیش‌بینی، نتایج توزیع منابع سلامت و مدیریت نیازهای بیماران بر این اساس است.^{۱۹} در این رابطه رده‌بندی بیماران براساس نمره، ابزاری است که می‌تواند کادر درمان را در تصمیم‌گیری‌های سریع یاری کند. نظام نمره‌دهی مبتنی بر دو مؤلفه اساسی است. یکم احتمال زنده‌مانی کوتاه‌مدت (با فرض دسترسی به درمان و دسترسی به منابع محدود و خدمات مراقبت‌های ویژه)، دوم احتمال زنده‌مانی بلندمدت (مبتنی بر شرایط وجود بیماری‌های همزمان دیگر در بدن بیمار). بر اساس امکان‌سنجی حیات کوتاه‌مدت، بیمارانی که بیشترین احتمال زنده‌مانی با مراقبت‌های ویژه را دارند، بالاترین اولویت دریافت منابع سلامت را در مقایسه با بیمارانی که احتمال زنده‌مانی کمتری با دریافت مراقبت‌های ویژه دارند، خواهند داشت. نظام نمره‌دهی مبتنی بر ارزیابی نارسایی پی‌درپی ارگان‌ها (The Sequential Organ Failure Assessment)، معروف به «سوفا» و نظام نمره‌دهی اختلال عملکرد ارگان لجستیک اطفال (Pediatric Logistic Organ Dysfunction) نظام‌های هستند که به پیش‌بینی میزان مرگ‌ومیر در کوتاه‌مدت می‌پردازند. در تخمین زنده‌مانی بلندمدت به این موضوع پرداخته می‌شود که سودمندی دریافت مراقبت‌های ویژه در زنده‌مانی بلندمدت بیمار پس از درمان چقدر است.^{۲۰} در این رابطه برخی از بیماران دارای بیماری‌های همزمان دیگری هستند که طول عمر آنها را حتی با وجود دریافت موفقیت‌آمیز مراقبت‌های ویژه، در مقایسه با افراد هم‌سن و سالم کاهش می‌دهد. حسب چهارچوب اخلاقی توزیع داروی رمدسیور در پاندمی کرونا، چنانچه اشخاصی باشند که با توجه به وضعیت بالینی به‌صورت قریب‌الوقوع و برگشت‌ناپذیر فوت خواهند کرد یا با در نظر گرفتن بیماری شخص، امید به زنده ماندن وی کمتر از شش ماه است، در صورت کمبود دارو نباید به این اشخاص دارو تخصیص داده شود و تنها پس از اینکه مشخص شد میزان دارو بیش از نیاز است این اشخاص می‌توانند داروی رمدسیور دریافت کنند.^{۲۱}

19. Joseph E. Parrillo and R. Phillip Dellinger, *Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult* (Philadelphia: Elsevier Inc, 2013), 1287-1289.

20. Timothy W. Farrell, et al., "Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults, Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults," *Journal of the American Geriatrics Society* 68, no. 6 (Jun 2020): 1146. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fjgs.16539>.

21. MINNESOTA DEPARTMENT OF HEALTH, 7.

چالش کمی‌سازی وضعیت سلامتی، آن هم با در نظر گرفتن مؤلفه‌های صرفاً فیزیولوژیکی، تبدیل تجربه‌های عمیق انسانی به عدد و عدم توجه به جهان زیسته بیماران است. این نگاه بدن را به‌مثابه ماشین پیچیده متشکل از ارگان‌های مختلف می‌بیند که منفصل از زمینه‌های زندگی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و همچنین احساسات و عواطف بیماران است. این رویکرد به بیماری در قرن بیستم هدف نقدهای پدیدارشناسانه قرار گرفت و در ادامه حتی روش تحقیق تجربی را نیز به سمت روش‌های پدیدارشناسانه سوق داد.^{۲۲} از نظر پدیدارشناسان، شخص همیشه در جهان است و این محیط پیرامون است که ساختار بدن زیسته شخص را شکل می‌دهد؛ به عبارت دیگر محیط نه‌تنها وضعیت سلامتی اشخاص را شکل می‌دهد، بلکه اهداف و معانی زندگانی اشخاص را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درحالی‌که توجه صرف به ساختار فیزیولوژیکی بیمار، توجه به جسم بیمار و عدم توجه به تجربه‌ها و احساسات بیمار است.^{۲۳}

از منظری دیگر تأکید بر وضعیت بیماری‌های هم‌زمان دیگر بدون توجه به زمینه و محیط اجتماعی و اقتصادی در امکان‌سنجی حیات بلندمدت، می‌تواند منجر به بی‌عدالتی مضاعف نسبت به بیمارانی شود که به دلیل فقر، به خدمات درمانی دسترسی نداشته و دارای بیماری‌های گوناگون به‌صورت هم‌زمان هستند.^{۲۴}

۳-۳- درمان به‌مثابه مکافات یا پاداش

این معیار مبتنی بر شناسایی مسئولیت اشخاص در وضعیت سلامتی‌شان است. از کارکردهای این معیار، امکان تفاوت‌گذاری میان بیماران بداقبال که نقشی در بیماری‌شان نداشته‌اند با بیمارانی است که رفتارهای سابق آنها منتهی به بیماری‌شان شده، است. این معیار عمدتاً متأثر از نقدی است که رونالد دورکین نسبت به جان رالز داشت. در نظر دورکین اصل

۲۲. پیمان پرووری، «خوانشی نو از روش پدیدارشناسی: بنیان‌های فلسفی، رویکردها و چارچوب اجرای تحقیق پدیدارشناسی»، *مجله مطالعات جامعه‌شناسی* ۱۲، شماره ۴۴ (آذر ۱۳۹۸): ۹۴-۹۵.
<https://dx.doi.org/10.30495/jss.2019.669587>

۲۳. سمیه رفیعی و محمد اصغری، «نقش پدیدارشناسی مرلوبوتنی در پزشکی»، *مجله پژوهش‌های فلسفی* ۱۱، شماره ۲۰ (بهار و تابستان ۱۳۹۶): ۱۲۵-۱۳۰.

24. Daugherty Biddison, Howard Gwon, Alan Regenberg, Monica Schoch, and Eric Toner "Maryland Framework for the Allocation of Scarce Life-sustaining Medical Resources in a Catastrophic Public Health Emergency," accessed August 23, 2020, <http://bioethicstoday.org/wp-content/uploads/2020/03/Daugherty-Maryland-framework-PH-emergency-2017.pdf>.

بهره‌مندی برابر اشخاص از مواهب باید در کنار شناسایی مسئولیت اقدامات آنها باشد. در نظر او شخصی که با انتخاب خود وارد بازی قمار شده و با باخت در آن خود را در وضعیت نامطلوبی قرار می‌دهد باید با شخصی که بر اثر یک اتفاق چون زلزله یا سیل دچار نیاز می‌شود، متفاوت باشد.^{۲۵} مبتنی بر این معیار است که می‌توان بر این نظر بود که مثلاً در تخصیص کبد برای پیوند، باید میان بیماری که با بی‌احتیاطی و مصرف بی‌رویه الکل منجر به نارسایی کبد شده و بیماری که به صورت غیرارادی و غیرانتخابی به نارسایی کبد مبتلا شده، تفاوت قائل شد یا اینکه مجرمی که در حین فرار از صحنه جرم مشهود مورد اصابت گلوله قرار گرفته مستحق اولویت متفاوتی نسبت به شخصی که در اثر اتفاق و بدشانسی دچار حادثه شده، است.

اتخاذ معیار مکافات یا پاداش (استحقاق) بدون اینکه راهگشای پزشکان در تخصیص منابع محدود سلامت باشد، متضمن دشواری‌های بسیاری خواهد بود. یکم آنکه پزشکان را در مقام قضاوت و ارزش‌گذاری رفتارهای سابق بیماران قرار می‌دهد، درحالی‌که پزشکان چنین صلاحیت و تخصصی را ندارند. دوم دسترسی به منابع سلامت حق بشری و شهروندی هر بیمار است که در ذیل هیچ جرم یا انحرافی محرومیت از آن به‌مثابه مجازات یا پاسخ، پیش‌بینی نشده است؛ ضمن اینکه مرتکبان در زمان ارتکاب جرم یا انحراف بدین امر واقف نیستند که رفتار آنها می‌تواند منجر به محرومیت از دسترسی به منابع سلامت شود. سومین دشواری مرتبط با مصادیق فراوان و متفاوت رفتارهای مستوجب مکافات یا پاداش است و امکان احراز کامل این مصادیق در وضعیت حاد سلامتی وجود ندارد. در این خصوص یکی از مواردی که در رهنمود ارائه‌شده از سوی دپارتمان سلامت ایالت مینه‌سوتا آمریکا در خصوص «چهارچوب اخلاقی توزیع داروی رمدسیور در پاندمی کرونا» تصریح شده، عدم توجه به شهروند یا مهاجر بودن، جنسیت، هویت جنسی، تمایلات جنسی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی است. به‌علاوه به موجب چهارچوب مذکور کادر درمان در توزیع منابع درمان مجاز به قضاوت در خصوص ارزش اجتماعی اشخاص و کیفیت زندگی آنها نیستند.^{۲۶} همچنین در مقابل این استدلال که باید در انتخاب‌های اخلاقی به ارزش‌های اجتماعی توجه داشت، گفته شده است که این امر می‌تواند منجر به تبعیض نژادی، مذهبی، جنسی و غیره شود.^{۲۷}

25. Hirose, Iwoa, *Egalitarianism* (New York: Routledge, 2015), 43-46.

26. Minnesota Department of Health, 9.

27. Erich H. Loewy M.D and Roberta Springer Loewy, *Textbook of Healthcare Ethics* (New York: Springer, 2005), 212.

۳-۴- قرعه؛ از بخت بد تا اقبال نیک

چهارچوب اخلاقی توزیع داروی رمدسیور در پاندمی کرونا در مینه سوتا بیماران نیازمند به رمدسیور را به سه دسته تقسیم کرده که تفاوت آنها نیاز فوری در دسترسی به دارو است. در این رابطه پیش‌بینی شده است که چنانچه بیماران از جهت معیارهای بالینی در یک سطح باشند و دارو به اندازه کافی در دسترس نباشد، تیم تریاژ باید با استفاده از فرآیند اتفافی به توزیع دارو بپردازد.^{۲۸} همچنین مطابق «چهارچوب مریلند برای تخصیص منابع دارویی محدود حافظ حیات در وضعیت فاجعه‌بار اضطراب سلامت عمومی» مورخ سال ۲۰۱۷، چنانچه پس از انجام تریاژ و دسته‌بندی بیماران، در هر دسته چند بیمار نیازمند وجود داشته باشد، ولی منابع درمان برای همه آنها کافی نباشد؛ کادر درمان باید منابع را از روش‌هایی مثل قرعه به بیمار نیازمند تخصیص دهند.^{۲۹} در دیدگاهی مشابه، در راهنمای ملی تریاژ در کشور بلژیک و کانادا و جامعه بین‌المللی پزشکی مراقبت‌های ویژه، توزیع منابع محدود از طریق قرعه، پیش‌بینی و مورد توصیه قرار گرفته است. در مقابل در راهنمای ملی تریاژ ایالات متحده آمریکا و سوئیس صراحتاً استفاده از معیار قرعه رد شده است.^{۳۰} به نظر می‌رسد در برخی وضعیت‌ها به‌کارگیری معیار قرعه و اتفاق می‌تواند قابل توجیه باشد. بدین شرح که در برخی از موارد نیازمندان به منابع درمان به لحاظ وضعیت بالینی شبیه هم بوده و نمی‌توان وضعیت یکی را بر دیگری ترجیح داد؛ در این وضعیت به‌کارگیری قرعه می‌تواند گره انتخاب را باز کرده و بیمار دریافت‌کننده منابع را شناسایی کند.^{۳۱}

اگرچه قرعه نسبت به تفاوت‌های بالینی و نابالینی بیماران بی‌توجه است و از این‌رو مانع تبعیض‌های غیراخلاقی شده و با افراد مواجهه مساوی دارد، منجر به ایستایی استدلال اخلاقی می‌شود. بدین معنا که عامل اخلاقی جهت‌گرایز از آوردگاه استدلال‌های متفاوت و معارض اخلاقی، به تقدیر پناه برده و در نتیجه بدون موضع‌گیری در خصوص صحت یا سقم

28. Minnesota Department of Health, 7.

29. Biddison, "Maryland Framework for the Allocation of Scarce Life-sustaining Medical Resources," 13.

30. Sussane Jobegs, Rasita Vinay, Valerie A Luyckx, and Nikola Biller-Andorno "Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis," *Bioethics* 34, no. 9 (Nov 2020): 4. <https://dx.doi.org/10.1111/bioe.12805>.

31. Tom L Beauchamp and James F Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (New York: Oxford University Press, 2013), 290.

استدلال‌ها، انتخاب را به قرعه تقدیر واگذار می‌کند.^{۳۲} به لحاظ عملی نیز مهم‌ترین چالشی که به کارگیری معیار قرعه به همراه دارد، آن است که در وضعیت بلایای طبیعی و بیماری‌های همه‌گیر، تصمیم‌گیری فوری برای بیمار بسیار مهم است، از سوی دیگر، به کارگیری قرعه ملازمه با آن دارد تا همه بیماران نیازمند به منابع سلامت حاضر شده و سپس قرعه‌کشی شود. زمان‌بر بودن توسل به قرعه از سویی این مزیت را دارد که همه بیماران را داخل در فرآیند قرعه قرار می‌دهد و قرعه صرفاً میان بیمارانی که زودتر به مرکز درمان رسیده‌اند اجرا نمی‌شود و از سویی همین زمان‌بر بودن، آسیبی جدی بر فرآیند درمان بیمار محسوب می‌شود و چه‌بسا در برخی موارد منجر به از دست رفتن حیات بیمار شود.

۳-۵- سالمندی؛ مهنت یا مزیت

در پی گسترش ویروس کووید ۱۹ و کمبود امکانات درمانی برای اختصاص به بیماران، در ایتالیا دستورالعملی با عنوان «توصیه‌های اخلاق بالینی در خصوص پذیرش برای اقدامات درمانی ویژه و توقف آن در شرایط خاص عدم تعادل میان نیازمندی‌ها و منابع در دسترس» منتشر شد که به موجب آن انتخاب‌های اخلاقی پزشکان و پرستاران در وضعیت اضطراری ناشی از بیماری کووید ۱۹ همانند وضعیتی است که پزشکان در تریاژ زمان جنگ با آن مواجه می‌شوند. تهیه‌کنندگان این دستورالعمل مبتنی بر اصل «پیشینه‌سازی فایده برای تعداد بیشتری از اشخاص» پیشنهاد داشتند که اقدامات درمانی ویژه، به بیمارانی اختصاص یابد که بیشترین شانس بهبودی را دارند. تهیه‌کنندگان دستورالعمل جهت نائل شدن به پیشنهاد مذکور، توصیه‌های متعددی را مطرح کرده‌اند که از جمله آنها ایجاد محدودیت مبتنی بر سن در دریافت و دسترسی به اقدامات درمانی ویژه و بررسی و رده‌بندی بیمارانی است که دارای بیماری زمینه‌ای دیگری نیز هستند. بدین معنا که بیماران بسیار مسن که احتمال بهبودی اندکی دارند یا اینکه حتی در صورت بهبودی سال‌های چندانی را زنده نخواهند بود، رها خواهند شد تا بمیرند.^{۳۳} به عبارت دیگر برخی از نظام‌های توزیع مشخصاً سن را معیاری برای اولویت‌بندی استفاده کرده‌اند. در همین راستا مطابق پژوهشی که در ایالات متحده میان ۳۰۰۰ نفر انجام شده، میانگین پاسخ‌دهندگان بر این نظر بودند که سن اشخاص باید در برنامه‌های

32. Peter Stone, *The Luck of Draw* (New York: Oxford University Press, 2011), 145-146.

33. Yascha Mounk, "The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors," *The Atlantic*, accessed March 25, 2020, <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>.

نجات جان اشخاص مدنظر قرار گیرد. بدین ترتیب که در نظر آنها نجات هشت شخص شصت‌ساله مساوی با نجات یک شخص بیست‌ساله بوده و نجات هفت شخص شصت‌ساله معادل نجات جان یک شخص چهل‌ساله است. قابل توجه است که در نظر پاسخ‌دهندگان نجات یازده فرد شصت‌ساله معادل نجات یک فرد ۳۰ ساله است.^{۳۴}

توجیه اخلاقی معیار قرار دادن مستقیم یا غیرمستقیم سن در تخصیص منابع سلامت از دو منظر فایده‌گرایانه و برابرخواهانه مورد بررسی قرار گرفته است. رویکرد فایده‌گرایانه به سن بر آن است که تخصیص منابع درمان به اشخاصی که برآورد زنده ماندن بیشتری پس از دریافت منابع درمان دارند، در اولویت قرار دارند؛ چراکه با میزان مشخصی از هزینه‌های درمانی میزان رفاه بیشتری برای بیمار نسبت به سایر بیماران با سن بالاتر ایجاد می‌گردد. رویکرد برابرخواه با نگاه به گذشته بر آن است که اشخاص با سن بالاتر نسبت به اشخاص جوان‌تر از امکانات عمومی و زندگی بهره بیشتری برده، بنابراین لازم است با تخصیص منابع محدود درمان به اشخاص جوان‌تر این تفاوت سابق در بهره‌مندی از منابع جبران شود.^{۳۵}

این امر در حالی است که معیار قرار دادن باقی‌مانده عمر بیماران با توجه به عدم امکان پیش‌بینی دقیق آن، نمی‌تواند تنها معیار برای تخصیص منابع باشد، چراکه عوامل مرگ‌ومیر در اشخاص بسیار گوناگون است که برخی از آن مانند تصادفات، قتل و خودکشی ارتباط مستقیمی با سالمندی و کاهش توان جسمانی ندارد. از سوی دیگر مبتنی بر نظریه حق‌مدار، مسن بودن نه تنها سبب تضعیف حق حیات و حق دسترسی به منابع سلامت نمی‌شود، بلکه در رویکردی حمایتی سالمندی از ویژگی‌های موجب توجه و اولویت افراد مسن در دسترسی به منابع سلامت است. در این راستا بند ۶ منشور حقوق بیمار در ایران، سالمندان را از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر معرفی کرده است که لازم است توجه ویژه‌ای به آنها صورت گیرد.

۳-۶- کیفیت‌سنجی حیات بیمار

مطلوبیت و اثربخشی درمان در مقایسه با هزینه‌های درمان می‌تواند از معیارهای چگونگی تخصیص منابع باشد. در این معیار تأثیر درمان و هزینه‌های آن در کیفیت زندگی بیمار مورد

34. Maureen L. Cropper, Sema K. Aydede, and Paul R. Portney, "Preferences for life saving programs: how the public discounts time and age," *Journal of Risk Uncertain* 8, no. 3 (May 1994): 244-245.

35. Greg Bognar, "Priority Setting and Age," in *Prioritization in Medicine: An International Dialogue*, eds. Eckhard Nagel and Michael Lauere (New York: Springer, 2016), 165-168.

تحلیل قرار گرفته و نتیجه سلامتی در قالب شاخصی بیان می‌شود که تعداد سال‌های باقیمانده زندگی را در عامل کیفیت زندگی بیمار ضرب می‌کند. این معیار، شاخص تعداد سال‌های زندگی تعدیل‌شده باکیفیت (Quality Adjusted Life Years (QALYs)) نامیده شده است.^{۳۶} به عبارت دیگر کیفیت زندگی پس از درمان نقش مهمی در نحوه توزیع منابع سلامت دارد.^{۳۷} برای مثال، شخص «الف» و «ب» نیازمند پیوند کبد هستند. با توجه به اینکه «الف» نیازی به جزی پیوند کبد ندارد، اگر کبد دریافت کند نمره کیفیت زندگی وی مبتنی بر نظام امتیازدهی فوق ۱۰۰۰ برای ۲۰ سال آتی خواهد بود. این امر در حالی است که شخص «ب» علاوه بر نیاز به پیوند، نیم‌ته‌اش فلج نیز است. مطابق نظام نمره‌دهی فوق، در صورت دریافت کبد، زندگی وی در ۲۰ سال آتی همراه با نیم‌ته فلج باکیفیت ۰.۵۵ خواهد بود. بنابر معیار فوق در تخصیص منابع سلامت باید «الف» را نسبت به «ب» ترجیح داده و منابع را با توجه به اثربخشی بالاتری که نسبت به «الف» دارند به وی تخصیص دهند.^{۳۸} همانطور که در مثال فوق مشخص شد، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیشروی نظام امتیازدهی بر مبنای کیفیت زندگی آتی بیماران، مواجهه با بیماران دارای معلولیت است. همچنین این رویکرد با معیار قرار دادن ویژگی‌های عینی، توجهی به ارزیابی‌های فردی اشخاص در خصوص ارزش زندگی خود ندارد، از این رو است که این رویکرد منجر به تبعیض در دسترسی به منابع سلامت علیه افراد دارای معلولیت و سالمندان خواهد بود.^{۳۹}

۴- نتیجه‌گیری

نظام‌مندسازی توزیع منابع محدود سلامت میان بیماران همزمان دارای جنبه‌های مختلف پزشکی و غیرپزشکی است، به نحوی که نیروهای مؤثر و متأثر از سیاست‌گذاری توزیع منابع محدود سلامت، گروه‌های مختلف متشکل از پزشکان، اخلاقیون، متشرعین، اقتصاددانان و افراد عادی هستند. لازمه وزن‌دهی و دیده شدن این گوناگونی و تکثر، اتخاذ رویکردی

۳۶. علی محمد مصدق راد، محمود زمندی، و ابراهیم جعفریویان، «تحلیل هزینه-اثربخشی مداخلات بهداشتی»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۸، شماره ۱ (بهار ۱۳۹۹): ۳۱.

37. Beauchamp, *Principles Of Biomedical Ethics*, 230.

38. Tyler M. John, Joseph Millum and David Wasserman, "HOW TO ALLOCATE SCARCE HEALTH RESOURCES WITHOUT DISCRIMINATING AGAINST PEOPLE WITH DISABILITIES," *Economics and Philosophy* 33, no. 2 (July 2017): 163. <https://dx.doi.org/10.1017/S0266267116000237>.

39. Lewis Vaughn, *Bioethics Principles, Issues and Cases* (New York: Oxford University Press, 2016), 729.

مشارکتی در زمان تعیین سیاست‌ها، در سطحی عمومی و تخصصی است. از سوی دیگر باید توجه داشت سیاست‌گذاری در این حوزه در بستری حقوقی صورت می‌گیرد که دارای ملاک‌های پیشینی برای سنجش میزان مطابقت تدابیر با بایسته‌های حقوق بنیادین و اساسی است و نظام در نظر گرفته‌شده برای حل و فصل تزاخم حقوق بیماران نباید مغایرتی با آن بایسته‌ها داشته باشد.

معیارهای توزیع منابع محدود را به‌طور کلی می‌توان ذیل رویکردهای کلان گذشته‌نگر یا آینده‌نگر، معیارهای مبتنی بر پیامدگرایی یا برابرخواهی، معیارهای منفعل یا فعال قرار داد. بررسی معیارها نشان‌دهنده آن است که هر یک از آنها در مواردی با حق‌های بیماران در مواجهه و چالش قرار می‌گیرد؛ چراکه رویکرد حق‌مدار از سویی منجر به وظیفه‌ای مثبت در تأمین و رعایت حق بیماران می‌شود که با معیارهای منفعل، مانند قرعه و صف که فاقد جنبه‌های درمانی-پزشکی است، چندان تطابق ندارد و از سویی با ملاک قرار دادن ارزش مساوی حیات انسان‌ها منجر به بی‌اعتباری رویکردهای فایده‌گرایانه همچون معیار سن و کیفیت زندگی، در عرصه حقوق بشر می‌شود.

بنابر موارد فوق سیاست‌گذاری در این حوزه نیازمند آشتی ملاحظات پیامدگرا، برابری خواه و حق‌مدار است؛ همچنین لازم است سیاست اتخاذی به صورت چندمرحله‌ای و ترکیبی از چند معیار باشد. مرحله‌بندی سیاست‌گذاری امکان انعطاف و ارائه پاسخ متناسب را می‌دهد و همچنین ترکیبی بودن محتوای سیاست اتخاذی، پاسخ‌های متنوع و مؤثر را در دسترس متولیان امر قرار می‌دهد. توضیح آنکه در گام نخست سیاست اتخاذی، باید کمترین میزان منابع سلامت برای بیشترین تعداد بیماران تأمین شود. در گام دوم باید رویکردهای پیامدگرای بالینی، معیار توزیع منابع سلامت میان بیماران باشد، به نحوی که مطلوبیت توزیع به حداکثر ممکن برسد. در گام آخر چنانچه بیمارانی با وضعیت مشابه بالینی وجود داشته باشند، اتخاذ معیارهای برابرخواهانه است که بیمار دارای اولویت را مشخص می‌کند.

سیاست‌گذاری عمومی در وضعیت تراحم حقوق درمانی بیماران... / شاملو و باقری ۴۹

سیاهه منابع

الف- منابع فارسی:

انصاری، باقر. «ابعاد و چالش‌های حقوق بشری مقابله با کووید ۱۹»، فصلنامه تحقیقات حقوقی ۲۵، ویژه‌نامه حقوق و کرونا شماره ۲ (خرداد ۱۴۰۱): ۵۳-۹۱.

<https://dx.doi.org/10.29252/jlr.2022.226840.2178>

پروری، پیمان. «خوانشی نو از روش پدیدارشناسی؛ بنیان‌های فلسفی، رویکردها و چارچوب اجرای تحقیق پدیدارشناسی»، مجله مطالعات جامعه‌شناسی ۱۲، شماره ۴۴ (آذر ۱۳۹۸): ۸۷-۱۰۶.

<https://dx.doi.org/10.30495/jss.2019.669587>

راسخ، محمد. «مبانی و نظام حقوق سلامت عمومی در وضعیت اضطرار»، فصلنامه تحقیقات حقوقی ۲۴، شماره ۹۵ (آبان ۱۴۰۰): ۵۷-۸۰.

<https://dx.doi.org/10.29252/jlr.2021.221972.1914>

رالز، جان. نظریه‌ای در باب عدالت. ترجمه مرتضی نوری. تهران: نشر مرکز، ۱۳۹۶.
رفیعی، سمیه، و محمد اصغری. «نقش پدیدارشناسی مرلویوتی در پزشکی»، مجله پژوهش‌های فلسفی ۱۱، شماره ۲۰ (بهار و تابستان ۱۳۹۶): ۱۱۷-۱۴۰.

سیدی، سید امیرحسین، و سید محمدمهدی غمامی. «مدیریت تراحمات اجتماعی ناشی از بحران در پرتوی حاکمیت قانون؛ مطالعه موردی بیماری کرونا»، فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات امنیت اجتماعی ۱۲، شماره ۶۵ (بهار ۱۴۰۰): ۱۶۱-۱۸۱.

سعدی، مصلح‌بن عبدالله. کلیات سعدی. تصحیح: محمدعلی فروغی. تهران: نشر هستان، ۱۳۷۸.
سندل، مایکل. آنچه با پول نمی‌توان خرید: مرزهای اخلاقی بازار. ترجمه حسن افشار. تهران: نشر مرکز، ۱۳۹۷.

شاملو، باقر. «بازخوانی سیاست جنایی پیشگیرانه در پرتو پاندمی کووید-۱۹ و تئوری آشوب»، فصلنامه تحقیقات حقوقی ۲۳، ویژه‌نامه حقوق و کرونا شماره ۱ (مرداد ۱۳۹۹): ۱۱۱-۱۴۲.

<https://dx.doi.org/10.22034/jlr.2020.185110.1655>

مصدق راد، علی محمد، محمود زمندی، و ابراهیم جعفری پویان. «تحلیل هزینه-اثر بخشی مداخلات بهداشتی»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۸، شماره ۱ (بهار ۱۳۹۹): ۲۹-۸۰.
میرموسوی، سید علی. «تعهد و مسئولیت دولت در برابر حقوق بشر»، دو فصلنامه حقوق بشر ۱۶، شماره ۱ (بهار و تابستان ۱۴۰۰): ۲۵-۵۲.

<https://dx.doi.org/10.22096/hr.2021.134788.1237>

نیگل، تامس. برابری و جانبداری. ترجمه جواد حیدری. تهران: انتشارات فرهنگ نشر نو، ۱۳۹۹.
رالز، مایکل. حوزه‌های عدالت: در دفاع از کثرت‌گرایی و برابری. ترجمه صالح نجفی. تهران: نشر ثالث، ۱۳۹۴.

ب- منابع لاتین:

- Beauchamp, Tom L, and James F Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2013.
- Biddison, Daugherty, Howard Gwon, Alan Regenberg, Monica Schoch, and Eric Toner. "Maryland Framework for the Allocation of Scarce Life-sustaining Medical Resources in a Catastrophic Public Health Emergency." accessed August 23, 2020. <http://bioethicstoday.org/wp-content/uploads/2020/03/Daugherty-Maryland-framework-PH-emergency-2017.pdf>.
- Bognar, Greg. "Priority Setting and Age." In *Prioritization in Medicine*, Edited by Eckhard Nagel, and Michael Lauerer 163-179. New York: Springer, 2016.
- Cropper, Maureen L, Sema K. Aydede, and Paul R. Portney. "Preferences for life saving programs: how the public discounts time and age." *Journal of Risk Uncertain* 8, no.3 (May 1994): 243-265.
- Désiré Court, Joseph. "Scene of Deluge." accessed August 23, 2022. <https://narrativepainting.net/?p=517>.
- Farrell, Timothy W, Leslie Francis, Teneile Brown, Lauren E Ferrante, Eric Widera, Ramona Rhodes, Tony Rosen, Ula Hwang, Leah J Witt, Niranjan Thothala, Shan W Liu, Caroline A Vitale, Ursula K Braun, Caroline Stephens, and Debra Saliba. "Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults." *Journal of the American Geriatrics Society* 68, no. 6 (Jun 2020): 1143-1149. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fjgs.16539>.
- Hirose, Iwoa. *Egalitarianis*. New York: Routledge, 2015.
- Jobegs, Sussane, Rasita Vinay, Valerie A Luyckx, and Nikola Biller-Andorno. "Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis." *Bioethics* 34, no. 9 (Nov 2020): 948-959. <https://dx.doi.org/10.1111/bioe.12805>.
- John, Tyler M, and Joseph Millum. "First Come First Served?." *Ethics* 130, no. 2 (January 2020): 179-207. <https://dx.doi.org/10.1086/705763>.
- Loewy M.D, Erich H., and Roberta Springer Loewy. *Textbook of Healthcare Ethics*. New York: Springer, 2005.
- M. John, Tyler, Joseph Millum, and David Wasserman. "HOW TO ALLOCATE SCARCE HEALTH RESOURCES WITHOUT DISCRIMINATING AGAINST PEOPLE WITH DISABILITIES." *Economics and Philosophy* 33, no. 2 (July 2017): 161-186. <https://dx.doi.org/10.1017/S0266267116000237>.
- Minnesota Department of Health. "Ethical Framework to Allocate Remdesivir in the COVID-19 Pandemic." accessed July 29, 2020.

سیاست‌گذاری عمومی در وضعیت تراحم حقوق درمانی بیماران... / شاملو و باقری ۵۱

<https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/hcp/remdesivir.pdf>.

Mounk, Yascha. "The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors." *The Atlantic*, accessed March 25, 2020.

<https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>.

Parrillo, Joseph E, and R. Phillip Dellinger. *Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult*. Philadelphia: Elsevier Inc, 2013.

Perry, Runen, and Tal Z. Zarsky. "Queues in Law." *IOWA LAW REVIEW* 99, no. 4 (May 2014): 1595-1658.

Stone, Peter. *The Luck of Draw*. New York: Oxford University Press, 2011.

Tolchin, Benjamin, Hull, Sarah C, Kraschel, Katherina. "Triage and justice in An Unjust Pandemic." *Journal of Medical Ethics* 47, no. 3 (March 2021): 200-202
<https://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106457>

Vaughn, Lewis. *Bioethics Principles, Issues and Cases*. New York: Oxford University Press, 2016.

