



Analyzing Norman Daniels' Theory Regarding the Permissibility of Age Discrimination in the Allocation of Medical Resources in Accordance with Iran's Legal System

Mohammad Hasan Sadeghi Moghadam^{1*}, Amin Ghasempour¹

1. Department of Private Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Daniels denies that age-based preferential treatment, regarding the allocation of medical resources, is discriminatory in the way that race or sex preferences are. Daniels argues that we should switch our focus from age groups to any individual lifespan. We all grow older, but we do not change our race and most of us do not change our sex. If we treat the young one way and the old another, then over time and within each lifespan, each person is treated both ways. Over time, the young and the old are thus treated equally. On the other hand, in Iran's legal system, there are constraints that make it necessary to examine the mentioned theory against them.

Method: This research is a theory and the research method is descriptive-analytical and the method of collection is library and it is information by referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In order to organize this research, while observing the authenticity of the texts, honesty and fidelity have been observed.

Results: In the field of allocation of medical resources, various factors such as the patient's prognosis, life expectancy after treatment, the probability of treatment success, its costs and many other factors are important. A one-dimensional approach such as the age criterion cannot respond to practical realities.

Conclusion: Daniels' theory is not compatible with religious foundations and specifically with the Holy Quran and subsequently with Iran' Constitution Law .The "age" factor should be considered along with other important factors.

Keywords: Norman Daniels; Age-Based Discrimination; Old; Lifespan

Corresponding Author: Mohammad Hasan Sadeghi Moghadam; **Email:** mhsadeghy@ut.ac.ir

Received: September 20, 2023; **Accepted:** January 22, 2024; **Published Online:** April 18, 2026

Please cite this article as:

Sadeghi Moghadam MH, Ghasempour A. Analyzing Norman Daniels' Theory Regarding the Permissibility of Age Discrimination in the Allocation of Medical Resources in Accordance with Iran's Legal System. Medical Law Journal. 2025; 19: e79.



واکاوی نظریه نورمن دنیلز مبنی بر جواز تبعیض سنی در تخصیص منابع پزشکی در انطباق با نظام حقوقی ایران

محمدحسن صادقی مقدم*¹، امین قاسم پور^۱

۱. گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نورمن دنیلز در بحث تخصیص منابع پزشکی معتقد است اولویت‌بندی مبتنی بر سن، آن‌گونه که اولویت‌بندی‌های مبتنی بر نژاد و جنسیت تبعیض‌آمیزند، تبعیض‌آمیز نیستند و در این خصوص باید توجه خود را از «گروه‌های سنی» به «عمر افراد» معطوف کنیم، بدین توضیح که ما همه سالخورده می‌شویم، اما نژاد خود را تغییر نمی‌دهیم و اصولاً جنسیتمان نیز تغییر نمی‌یابد. اگر ما همواره با جوانان طوری رفتار کنیم و با پیران طوری دیگر، آنگاه با گذر زمان و درون عمر یک فرد، با هر شخص (اعم از پیر و جوان) به هر دو طریق مذکور رفتار خواهد شد و این وضعیت نیز ترجمانی از عدالت و تساوی است. از سوی دیگر در نظام حقوقی ایران، احکامی وجود دارد که بررسی نظریه مذکور را در برابر آن‌ها ضروری می‌سازد.

روش: این روش از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: در زمینه تخصیص منابع پزشکی، عوامل و فاکتورهای مختلفی همچون وضعیت پیش‌آگهی بیمار، میزان امید به زندگی پس از درمان، احتمال موفقیت درمان، هزینه‌های آن و بسیاری از عوامل دیگر مهم و اثرگذارند و رویکرد تک‌بعدی مانند سنجه سنی به تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی واقعیات عملی باشد.

نتیجه‌گیری: نظریه نورمن دنیلز به عنوان نماینده نظریات مبتنی بر تبعیض سنی، با مبانی دینی و به طور مشخص با قرآن کریم و متعاقباً با قانون اساسی ایران (از جمله اصل چهارم) سازگار نیست. عامل «سن» را باید در کنار سایر عوامل مهم در نظر گرفت.

واژگان کلیدی: نورمن دنیلز؛ تبعیض سنی؛ سالمندان؛ طول عمر

نویسنده مسئول: محمدحسن صادقی مقدم؛ پست الکترونیک: mhsadeghy@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۲۹

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Sadeghi Moghadam MH, Ghasempour A. Analyzing Norman Daniels' Theory Regarding the Permissibility of Age Discrimination in the Allocation of Medical Resources in Accordance with Iran's Legal System. Medical Law Journal. 2025; 19: e79.

مقدمه

نحوه توزیع منابع در هر زمینه‌ای، آنگاه که منابع مزبور تکافوی همه نیازها را نداشته باشد، همواره بحثی چالش‌برانگیز بوده است؛ اینکه توزیع عادلانه در این‌گونه موارد چگونه باید باشد؟ نیازمندان را بر چه اساسی اولویت‌بندی کنیم؟ اصلاً «اولویت‌بندی» (به فرض آنکه نتایج خوبی در پی داشته باشد) چهره نخستین «عدالت» است یا ضرری که با قواعد ثانویه مباح دانسته شده است؟ و سؤالاتی از این دست، همواره محل نزاع بوده است و چشم‌امیدی برای خاتمه‌یافتن این نزاع‌های نظری نیز وجود ندارد.

یکی از مهم‌ترین رویکردهای پاسخ‌دهی به سؤالات فوق، رویکرد مبتنی بر «سن» داوطلبان دریافت منابع پزشکی است. در واقع، معیار «سن» یکی از مهم‌ترین معیارها در بحث توزیع منابع پزشکی است که البته چالش‌های مهمی را نیز به همراه داشته است. ایده اصلی در معیار مبتنی بر «سن»، به طور خلاصه عبارت است از اینکه کهنسالان (در مقایسه با جوانان)، شایستگی کمتری برای دریافت منابع پزشکی دارند، زیرا تخصیص منابع برای ایشان، «فایده» و صرفه اقتصادی ندارد.

گفتنی است از اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش نباید غافل بود، ضرورت انجام این پژوهش حول همین محور، یعنی اصل «مقرون به صرفگی» اقتصادی (Cost Effectiveness) در توزیع منابع پزشکی می‌چرخد، چنانکه اگر بتوان نظریه مزبور را منطبق با ساختار فقهی - حقوقی کشور دانست، اثرات اقتصادی مهمی را می‌توان بر آن مترتب دانست. در هر حال، این رویکرد، در واقع خود مبتنی بر دیدگاه فایده‌گرایی (Utilitarianism) به عنوان شاخه اصلی نتیجه‌گرایی (Consequentialism) در نظر گرفته می‌شود و بسیاری اندیشمندان، نظریات مختلفی را بر این اساس ارائه کرده‌اند و در این میان، برخی از تلاش‌های فکری ایشان در نوع خود، بدیع و شایسته واکاوی به نظر می‌رسد. نورمن دنیلز (Norman Daniels) یکی از این‌گونه اندیشمندان است.

از سوی دیگر نظام حقوقی ایران نظامی است که در آن به حکم اصول متعدّد قانون اساسی، قوانین و مقررات کشور نباید

تعارضی با موازین اسلامی داشته باشد. به عنوان مثال بارز، اصل چهارم قانون اساسی مقرر می‌دارد: «کلیه قوانین و مقررات مدنی، جزایی، مالی، اقتصادی، اداری، فرهنگی، نظامی، سیاسی و غیر این‌ها باید بر اساس موازین اسلامی باشد. این اصل بر اطلاق یا عموم همه اصول قانون اساسی و قوانین و مقررات دیگر حاکم است...». اصول دیگر این قانون نیز هر کدام به نحوی همین معنا را تأیید و تأکید کرده‌اند. اکنون به عنوان سؤال و چالش اصلی مقاله، نگارندگان این مقاله درصددند تا میزان انطباق نظریه دنیلز را با بافتارهای نظام فقهی و حقوقی ایران بسنجند.

فرضیه‌ای که ابتدائاً می‌توان در این خصوص مد نظر داشت با توجه به اصول پیش‌گفته از قانون اساسی و متعاقباً زمینه‌های دینی نظام حقوقی، عدم امکان اعمال نظریه نورمن دنیلز در نظام حقوق پزشکی ایران است. در بدنه مقاله به تفصیل به بررسی این فرضیه و میزان اعتبار آن خواهیم پرداخت.

در خصوص پیشینه انجام پژوهش نیز لازم به ذکر است که در منابع پارسی‌زبان، پژوهشی که به بررسی نظریه نورمن دنیلز (ولو به صورت غیر تطبیقی) بپردازد، رؤیت نشد و این پژوهش از این حیث در نظام حقوقی ایران، نوآورانه محسوب می‌گردد، البته در آثار خارجی نظراتی پیرامون نظریه نورمن دنیلز به یافت گردید. همچنین آثار فراوانی (اعم از داخلی و خارجی) در خصوص مقرون به صرفگی اقتصادی در حقوق پزشکی نگاشته شده است که در جای‌جای مقاله به فراخور بحث، مورد اشاره قرار خواهند گرفت، بدین ترتیب در ادامه، ابتدا به شرح نظریه دنیلز و سپس به نقد و بررسی آن در نظام حقوقی ایران می‌پردازیم.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

این روش از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها

در زمینه تخصیص منابع پزشکی، عوامل و فاکتورهای مختلفی همچون وضعیت پیش‌آگهی بیمار، میزان امید به زندگی پس از درمان، احتمال موفقیت درمان، هزینه‌های آن و بسیاری از عوامل دیگر مهم و اثرگذارند و رویکرد تک‌بعدی مانند سنجه سنی به تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی واقعیات عملی باشد.

بحث

۱. شرح نظریه دنیلز: نورمن دنیلز معتقد است اولویت‌بندی مبتنی بر سن، آن‌گونه که اولویت‌بندی‌های مبتنی بر نژاد و جنسیت تبعیض‌آمیزند، تبعیض‌آمیز نیستند؛ دنیلز استدلال می‌کند که ما باید توجه خود را از «گروه‌های سنی» به «عمر افراد» معطوف کنیم. برخورد متفاوت بر پایه جنسیت یا نژاد همواره نابرابری میان اشخاص را نتیجه می‌دهد، حال آنکه برخورد متفاوت بر پایه سن لزوماً چنین نیست؛ ما همه سالخورده می‌شویم، اما نژاد خود را تغییر نمی‌دهیم و اصولاً جنسیت‌مان نیز تغییر نمی‌یابد. «اگر ما همواره با جوانان طوری رفتار کنیم و با پیران طوری دیگر، آنگاه با گذر زمان او درون عمر یک فرد[۱] با هر فرد (اعم از پیر و جوان) به هر دو طریق مذکور رفتار خواهد شد» (۱) و این وضعیت نیز ترجمانی از عدالت و تساوی است. وانگهی، «حتی اگر برخورد متفاوت بر پایه سن، برخورد ناعادلانه با گروه‌های سنی در هر «مقطعی از زمان» محسوب گردد، این امر، متضمن برخورد ناعادلانه با اشخاص «جدا و متفاوت» نیست [چون همه افراد جامعه مشمول چنین رفتاری قرار می‌گیرند و در نهایت باز هم شاهد تساوی خواهیم بود] (۱)، نتیجه آنکه، ما نمی‌توانیم برخورد متفاوت بر پایه سن را از طریق توسل مستقیم به مساوات کنار بگذاریم، اما می‌توانیم (و بلکه باید) برخورد

متفاوت بر پایه جنسیت یا نژاد را با توسل به مساوات طرد کنیم.

تحلیل دنیلز از سهمیه‌بندی سنی در بهداشت و درمان بازتابی از آن چیزی است که او «رویکرد کل‌نگر (یا کلان‌نگر)، نسبت به طول عمر (Prudential Lifespan Approach)» می‌نامد. وارینگ (Duff R. Waring) از این نام‌گذاری و رویکرد کل‌نگرانه دنیلز نتیجه می‌گیرد که دنیلز به نوعی «همگرایی طبیعی عدالت بین گروه‌های سنی» و «تخصیص اول‌شخص (First-Person Allocation/ First-Come-First-Served)» منابع اعتقاد دارد (۲)؛ بر اساس رویکرد تخصیص اول‌شخص (به طور خلاصه) هر کس پیش از سایر رقبا به منابع دسترسی حاصل کند، هم او سزاوار دریافت منابع است و اکنون منظور وارینگ آن است که از آنجا که در مانحن فیه جوانان اولویت یافته‌اند، می‌توان گفت نظریه دنیلز برخاسته از رویکرد «تخصیص اول‌شخص» است (در بند بعدی به ارزیابی این سخن وارینگ خواهیم پرداخت). همچنین گفته شده است که در دیدگاه دنیلز، انتقال منابع میان گروه‌های سنی در طی زمان، هم‌سنگ انتقال منابع درون زندگی یک فرد است (۲) و اکنون بحث بر سر آن است که «چگونه منابع محدود بهداشت و درمان را بین کودکی، جوانی، میانسالی و اوایل پیری و دوران پیری پیشرفته، بی‌طرفانه بودجه‌بندی کنیم» (۳).

یکی از مفروضاتی که دنیلز در رویکردش بنا می‌نهد، این است که فراهم‌آوردن «خدمات بسیار گران و کمیاب تمدیدکننده حیات برای کسانی که به عمر بهنجار رسیده‌اند، تنها به واسطه کاهش دسترسی جوانان به منابع می‌تواند در دسترس قرار گیرد» (۱). به عبارت دیگر، از نظر دنیلز، تدارک منابع گران‌قیمت برای سالمندان، منحصراً مستلزم دریغ‌کردن منابع از جوانان و کسر از سهم ایشان است.

گفتنی است در شرح دنیلز، ابتدا دو طرح معرفی شده است: طرح شماره ۱ که در آن عمده منابع به گروه‌های سنی فعال و جوان اختصاص می‌یابد و طرح شماره ۲ که در آن برای جوانان و گروه‌های فعال، اولویتی قائل نمی‌شود و منابع و خدمات پزشکی را در دسترس هر که نیازمند آن باشد، قرار

می‌دهد؛ بدیهی است در طرح اخیر عملاً سالخوردگان استفاده بیشتری از منابع خواهند نمود.

اندیشمندانی همچون دنیلز از میان دو طرح فوق، طرح شماره ۱ را انتخاب می‌کنند که احتمال زیستن در یک عمر بهنجار را بیشتر می‌کند، اما شانس کمتری را برای زیستن بیش از محدوده عمر بهنجار فراهم می‌کند. علت چنین رویکردی آن است که اندیشمندان مذکور، منابع تمدیدکننده حیات را به مراحل ابتدایی‌تر زندگی و نه مراحل متأخرتر، تخصیص می‌دهند، تا بدین ترتیب شانس زیستن با یک طول عمر بهنجار افزایش یابد. طرح شماره ۲ با رویکرد صرفه‌جویی در این منابع برای مراحل متأخرتر زندگی، ممکن است شانس زیستن واری طول عمل بهنجار را افزایش دهد، اما چون منابع را در دوره جوانی به طور وسیعی به جوانان تخصیص نمی‌دهد، شانس رسیدن به یک طول عمر طبیعی را کاهش می‌دهد. استدلال دنیلز این است که کل‌نگری، مستلزم ردّ طرح شماره ۲ خواهد بود. وی سپس به جای اختصاص منابع پزشکی به به مراحل متأخرتر عمر، پرستاری و مراقبت مداوم خانگی را پیشنهاد کرده است (۱) و خلاصه آنکه، طبق مفروضات دنیلز، منع ارائه منابع تمدیدکننده حیات برای اشخاص سالمند، منافاتی با ارزش‌های یک جامعه عادلانه نخواهد داشت.

لازم به ذکر است در میان آثار سایر نویسندگان نیز «از حیث نتیجه»، نظریاتی مشابه آنچه نورمن دنیلز ابراز داشته است، وجود دارد. در واقع، هر کدام از این نویسندگان، استدلال‌های خاص خود را دارند، لکن سرانجام همگی به یک نتیجه رسیده‌اند و آن اینکه تخصیص منابع پزشکی به سالمندان، صرفه اقتصادی ندارد. به عنوان مثال، برخی نویسندگان با استناد به آمارهایی در خصوص هزینه‌های درمانی سالمندان در آمریکا و برخی کشورهای اروپایی، معتقدند افراد سالمند سهم نامنصفانه‌ای از منابع بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند و این رویه در واقع به هزینه جوانان صورت می‌پذیرد (۴). ایشان تخمین زده‌اند که سهم مخارج سیستم بهداشت و درمان عمومی (بیمه افراد سالمند و کم‌برخوردار) برای افراد سالمند در مقایسه با جوانان ۲/۵ به ۱ است. رشد جمعیت سالمندان در چهل سال آتی (که برای جمعیت

آمریکای شمالی ۲۵ درصد تخمین زده شده است) سهم بودجه بهداشت و درمان صرف‌شده برای آنان را افزایش خواهد داد (۴). دنیل کالاهان (Daniel Callahan) با الهام از عبارات دیگر نویسندگان، از این وضعیت به «سیاه‌چاله عظیم اقتصادی (Great Fiscal Black Hole)» تعبیر می‌کند که نشان می‌دهد طی سه دهه آتی، نظام بهداشت و درمان ۲۵ تا ۳۲ درصد از مخارج ملی آمریکا را به خود اختصاص خواهد داد (۴). برخی ادعا کرده‌اند که افزایش مخارج نظام بهداشت و درمان مجرای غیر مولدی است که اقتصاد آمریکا را به طور جدی تهدید می‌کند (۵). پیش‌بینی شده است این هزینه‌ها در سایر کشورها اثرات نامطلوبی بر رقابت‌پذیری اقتصاد آن‌ها، بودجه‌های دولتی و دیگر هنجارهای اجتماعی - اقتصادی داشته باشند (۵).

در ایران آمارهای رسمی مفصلی در این خصوص ارائه نشده و به همین دلیل محققین به مطالعات میدانی روی آورده‌اند؛ نتیجه این مطالعات، تفاوت چندانی با موارد فوق ندارد: «جمعیت ایران با وجود سیاست‌های تشویق فرزندآوری، در حال حاضر در مرحله انتقال ساختار سنی از جوانی به سالخوردگی است» (۶)، اگرچه هم‌اکنون درصد کمتری از جمعیت کشور در سن سالخوردگی هستند، اما با توجه به کاهش سریع باروری در چند دهه اخیر و پیش‌بینی افزایش تعداد و درصد سالمندان در سال‌های آینده، برنامه‌ریزی آینده‌محور برای حل مشکلات این قشر از جمعیت ضروری است. پیش‌بینی بخش جمعیتی سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ حاکی از آن است که «بر مبنای فرض رشد حد متوسط طی دهه‌های ۲۰۴۰ و ۲۰۵۰، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال خواهند بود که این میزان نزدیک به یک‌چهارم از جمعیت ایران در دهه‌های آتی است» (۷).

اکبری کامرانی و همکاران (۸) در مطالعه‌ای که با هدف بررسی هزینه‌های درمانی بیماری‌هایی انجام شد که در افراد سالمند تحت پوشش این سازمان بروز می‌کند، دریافتند سالمندان (گروه سنی بالای ۶۰ سال) با وجود اینکه ۳۱ درصد از مراجعات بستری به اداره کل را تشکیل می‌دادند، ۳۷ درصد

دیگری را می‌توان به عنوان علل بی‌واسطه و نزدیک، در نظر گرفت؟ پاسخگویی به این سؤالات، تنها با ایده‌پردازی‌های صرف ممکن نبوده و نیازمند داده‌های تجربی و نگاهی کاملاً عمل‌گرایانه است. «درک علل محدودیت منابع و نحوه مواجهه با آن از سوی مقامات رسمی مستلزم هزینه‌کردن در یک فرایند دموکراتیک و کل‌نگرانه است» (۹). در ادامه در قالب پاسخگویی به سؤالات فوق، به نقد نظریه دنیلز و نظریات مشابه آن خواهیم پرداخت.

۲. پاسخ و نقد نظریه دنیلز: برخی نویسندگان در مخالفت با نظر دنیلز، استدلال‌هایی را مطرح نموده، لکن به زودی خواهیم گفت که ایشان در این خصوص «در مواردی» راه افراط پیموده‌اند، هرچند به واقع، انتقادهایی جدی متوجه نظریه دنیلز است.

چنانکه در بند قبل ذکر شد، وارینگ در توصیف نظریه دنیلز معتقد است این نظریه نشان از رویکرد «تخصیص اول‌شخص» در ذهن دنیلز است؛ وارینگ پس از این توصیف، به بیان انتقادهایی که نسبت به نظریه دنیلز دارد، می‌پردازد و در این راستا بدون ذکر استدلال تفصیلی می‌نویسد: «ادعای دنیلز مبنی بر اینکه سهمیه‌بندی سنی، با افراد در طی عمر به طور یکسان برخورد می‌کند، به فرض هم که چنین باشد، برای اثبات عادلانه‌بودن این سازوکار کافی به نظر نمی‌رسد. این واقعیت که سیاست عدم پذیرش درمان‌های تمدیدکننده حیات برای افراد بالای شصت و پنج سال بر همه کسانی که بالای شصت و پنج سال سن دارند، اثر می‌گذارد، عدالت این سیاست را محرز نمی‌سازد» (۲).

در خصوص گفته وارینگ (به شرح فوق) باید توجه داشت که از نظریه دنیلز لزوماً تخصیص اول‌شخص استنباط نمی‌شود؛ آنچه دنیلز بدان معتقد است، عبارت است از اینکه اگر رفتار واحدی نسبت به همه افراد صورت گیرد، باز هم شاهد عدالت هستیم، پس تقریر دیگر نظریه دنیلز (صرفاً از حیث مصداق یافتن عدالت) آن است که بگوییم: «اگر کلیه منابع پزشکی فقط به (مثلاً) افراد ۵۵ ساله اختصاص داده شود، باز هم با توجه به برخورد مساوی با همه افراد و با توجه به اینکه هر فرد

از هزینه‌ها به خود اختصاص داده بودند که مؤید هزینه‌های نسبتاً زیاد این گروه سنی از بیمه‌شدگان است (۸). به عبارتی دیگر، میانگین هزینه هر مرتبه بستری در گروه سنی بالای ۶۰ سال بیش از مقدار میانگین کل بوده است، این در حالی است که میانگین هزینه در گروه‌های سنی دیگر به جز گروه ۴۵ تا ۵۹ سال بسیار کمتر از میانگین کل بوده است. در نهایت مشخص شد بیمه‌شدگان اداره کل در آینده نزدیک، رشد روزافزونی در جمعیت بالای ۶۰ سال خواهند داشت. زیاده‌بودن هزینه‌های درمانی گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال باعث افزایش هزینه‌های درمانی سازمان‌های بیمه‌گر خواهد شد.

بسیاری از نویسندگان با توجه اوصاف فوق در مورد ایران معتقدند روند سالخورده‌شدن جمعیت مؤید این نکته است که سازمان‌های بیمه‌گر باید به فکر آمادگی لازم برای مدیریت بهینه منابع و صرفه‌جویی باشند.

شاید با اندکی مسامحه بتوان دیدگاه نویسندگان به شرح فوق را معادل آنچه در حقوق ایران «استیفای ناروا» و یا داراشدن بلاجهت نام دارد، در نظر گرفت. در هر حال، صرف نظر از واژه‌پردازی بحث، باید گفت به طور کلی این وضعیت در مورد همه کشورها، کم و بیش صدق می‌کند و بعید است قاعده «افزایش هزینه‌های درمانی به موازات افزایش سن»، به فراخور منطقه جغرافیایی، تفاوت «اساسی» پیدا کند. چنانکه در آیه ۶۸ سوره یس می‌خوانیم: «وَمَنْ نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ» و اگر این آیه را یکی از «سنت»‌های الهی بدانیم، پس «تبدیل» و «تحویلی» برای آن متصور نیست.

با وجود این، یافته‌های جدید، اگرچه صحت گزاره‌های فوق را رد نمی‌کنند، عناصر و علل دیگری را شناسایی کرده و می‌کنند که نشان می‌دهد در تصمیم‌گیری در خصوص نحوه توزیع منابع پزشکی، به جای تمرکز بر سن نامزدهای دریافت منابع، می‌توان و بلکه باید به چاره‌اندیشی در سایر حوزه‌ها پرداخت. در واقع، برخی محققین با بررسی دقیق‌تر درصدد پاسخگویی به این سؤال برآمده‌اند که علل واقعی و عملی بالابودن هزینه‌های درمانی سالمندان چیست؟ آیا صرفاً بروز بیشتر بیماری در سنین کهنسالی علت آن است؟ آیا علل

سنی را ناعادلانه فرض کرده است) قابلیت استفاده دارد، اما بخش نخست استدلال دنیلز را که مدعی عدالت ماهوی است همچنان بی‌پاسخ می‌گذارد.

البته نتیجه‌گیری دنیلز این نیست که وقتی سهمیه‌بندی سنی همچون سیاستی دیده شود که طی عمر به اجرا درمی‌آید، دیگر نیازی نیست آن را از منظر عدالت مد نظر قرار داد، بلکه توجیه او برای سهمیه‌بندی سنی مبتنی بر این ادعا است که می‌توان سهمیه‌بندی را از منظر تخصیص دوراندیشانه و کلان‌نگرانه در گذر یک عمر نگریست.

به نظر می‌رسد اگرچه نظریه دنیلز مصون از انتقاد نیست، لکن منتقدانی که به مخالفت با این نظریه برخاسته‌اند یا از ابتدا مبنای غلطی را انتخاب کرده‌اند و یا در مسیر استدلال خود منحرف شده، کار را ناتمام گذارده‌اند؛ در واقع، نظریه دنیلز، برخلاف آنچه سوزان شروین (Susan Sherwin) ادعا کرده است (۱۰)، نسبت به واقعیات عملی غافل نیست که عین ضرورت‌های عملی را به میدان بحث کشانده است (۱۲). همچنین اینکه وارینگ معتقد است «به سختی می‌توان فرضی را تصور کرد که در آن با استفاده از رویکرد دنیلز، طرح شماره ۱ بر سایر طرح‌های جایگزین، ارجحیت داشته باشد»، به نظر، همان افراطی است که در ابتدای این بند به آن اشاره شد؛ در حالی که چنین تصویری به ویژه در کنار سایر عوامل و در مواقع بحرانی مانند دوران همه‌گیری کووید-۱۹ و امثال آن، چندان هم دشوار نیست (۱۳).

اما در نقد منصفانه دیدگاه دنیلز می‌توان گفت عادلانه‌بودن این دیدگاه، با محظوری به نام «عدم تساوی در کیفیت درمان و منابع» مواجه است که ظاهراً از چشم منتقدین مخفی مانده است: پیشرفت‌های پزشکی و درمانی، اگر نگوئیم ماهانه، به طور سالانه، ارمغان تازه‌ای را برای زندگی بشر به همراه دارد؛ هر روز در جراید مختلف، خبر از کشف دارویی جدید و یا اختراع فناوری نوینی در گوشه‌ای از جهان اعلان می‌گردد و به زودی با تولید انبوه به سرتاسر گیتی می‌رسد؛ بسیاری از کهنه‌ابزارهای پزشکی که هفتاد سال پیش، جان‌پناه بیماران محسوب می‌شدند، اکنون منبع درآمدی برای موزه‌داران است؛ کهنسالی که در جوانی، از فناوری آن دوران بهره‌مند بوده،

در طول عمر خود اقلأ یک مرتبه و در سنی که سایر افراد، منابع را دریافت می‌کنند، منابع پزشکی را دریافت کرده است، عدالت اجرا شده است» و این در حالی است که افراد ۵۵ ساله، «اول‌شخص» نیستند، وانگهی، اگر نظریه دنیلز برخاسته از رویکرد تخصیص اول‌شخص باشد، پس در رقابت بر سر دریافت منابع، قاعدتاً جنین‌های آسوده در رحم و یا نوزادان می‌بایست برنده این مسابقه محسوب گردند، نه جوانان. به طور خلاصه، برخلاف نظر وارینگ، دیدگاه دنیلز نباید توهم «تخصیص اول‌شخص» را به ذهن متبادر نماید.

وارینگ در بخش دیگری از نقد خود می‌افزاید «به سختی می‌توان فرضی را تصور کرد که در آن با استفاده از رویکرد دنیلز، طرح شماره ۱ بر سایر طرح‌های جایگزین، ارجحیت داشته باشد». برخی نیز ادعا کرده‌اند دنیلز با بافتارهای اخلاقی عینی و مشخص سروکار پیدا نکرده و از واقعیات عملی فاصله دارد (۱۰) و مادامی که چنین است تحلیل وی نمی‌تواند نشان بدهد که سنجه سنی در انتخاب بیماران جهت تخصیص منابع پزشکی، ماهیتی متفاوت با تبعیض نژادی و جنسی دارد و متعاقباً نمی‌تواند نشان دهد که قُبَح این دو گروه («تبعیض سنی» در یکسو و «تبعیض نژادی یا جنسی» در سوی دیگر) یکسان نیست. پیرامون دو ادعای مذکور در این بند به زودی سخن خواهیم گفت.

مارک ویکلر (Wicclair) انتقاد دیگری را نسبت به نظریه دنیلز وارد کرده است؛ وی در استدلالی درخور توجه می‌گوید: «[اگر نظر دنیلز صحیح باشد]، پس ظلمی که به طور مساوی نسبت به همه آحاد جامعه اعمال شود، با مبانی عدالت، ناسازگار نیست» (۱۱)، مانند آنکه در اثر تقصیر یا تعمد مسئولان یا صاحبان صنایع، گازی سمی از یک کارخانه به فضای شهر مجاور سرایت کرده و همه شهروندان به طور یکسانی تحت تأثیرات سوء آن قرار گیرند. سیاستی که بر همگان تأثیر (منفی) مشابهی در مدت زمان حیاتشان می‌گذارد، صرفاً موازین صوری عدالت را برآورده می‌سازد، در حالی که الزامات ماهوی و اخلاقی باید مطمح نظر قرار گیرند. استدلال ویکلر استدلال هوشمندانه‌ای است، لکن در فرض پذیرش، فقط برای قسمت دوم استدلال دنیلز (که تبعیض

۱۹۹۰ آمریکا نگاهی بیفکنیم، برخی شواهد حاکی از آن‌اند که سهم تولید ناخالص ملی آمریکا در جهان از اواسط دهه ۱۹۷۰ ۲۳ درصد ثابت مانده است؛ دورانی که برخی ادعا کرده‌اند هزینه‌های بهداشت و درمان سالانه دو تا سه برابر نرخ عمومی تورم افزایش یافته است (۵).

دغدغه افزایش مخارج بهداشت و درمان سالمندان شاید ناخودآگاه برخاسته از این حس باشد که با صرف کردن چنین هزینه‌هایی بودجه کشور «به جای آنکه به چرخه اقتصاد بازگشته و وارد جیب نیروی کار متخصص و جوان شود» در یک «فضای بیرونی» به هدر می‌رود (۱۴)، در حالی که تصور مزبور، چندان دقیق نیست، چراکه در برخی محاسبات آماری پیرامون هزینه‌های نظام بهداشت و درمان، تفکیک دقیقی بین هزینه‌های مربوط به سالمندان صورت نمی‌گیرد: بخشی از آنچه دولت‌ها صرف نظام بهداشت و درمان می‌کنند سود یا درآمد اشخاص دیگر همچون پزشکان، پرستاران و به طور کلی کادر درمان و همچنین تجهیزات نوین درمانی در آن حوزه بوده است (۱۴)، این یعنی اشخاص سالمند تنها ذی‌نفعان مخارج افزایش‌یافته نبوده‌اند، بلکه حتی می‌توان چنین وضعیتی را همسو با هدف «اشتغال‌زایی» تعبیر کرد.

به علاوه، در بسیاری از کشورها این ادعا که سالمندان سهم نامتناسب و غیر منصفانه‌ای از منابع بهداشت و درمان را به ویژه در آخرین سال عمر خود، مصرف می‌دارند، با مثال نقض مواجه شده است و مطالعه سال ۱۹۹۳ لوبیتز و رایلی این دغدغه را به طور جدی به چالش می‌کشد (۱۵)؛ آن‌ها نتیجه می‌گیرند که هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد افراد در آخرین سال زندگی خود سهم بیشتری از هزینه‌های پزشکی را در مقایسه با سال‌های قبل، به خود اختصاص می‌دهند؛ «از سال ۱۹۷۶ که ۱۵ میلیارد دلار صرف «طرح بیمه سلامت آمریکا (Medicaid)» شد، تا سال ۱۹۸۸ که این مبلغ به ۷۳ میلیارد دلار رسید، تعداد افرادی که سالیانه از این طرح، بهره‌مند می‌شدند، از ۲۳/۴ میلیون نفر به ۲۹/۱ میلیون نفر افزایش یافت. درصد مخارج بیمه‌ای که صرف اشخاص در آخرین سال زندگی‌شان شده بود، از ۲۸/۲ درصد در سال

اینک هم‌عصر جوانانی است که از فناوری‌های پزشکی بسیار پیشرفته‌تر برخوردارند و ای بسا با دیدن اختراعات و درمان‌های جدید، با خود زمزمه کند: «آمدی جانم به قربانت ولی حالا چرا...»؛ در چنین شرایطی نمی‌توان پذیرفت که چون سالمندان، در جوانی منابع پزشکی را به قدر دریافت کرده‌اند، لذا اکنون برای آن‌ها باید قائل به سهمیه‌بندی شده و منابع را عمدتاً به جوانان تخصیص دهیم، چراکه در این صورت، دست کم کیفیت درمان و کیفیت منابع پزشکی به نحو عادلانه‌ای توزیع نشده است.

نقد دیگری که متوجه نظریه دنیلز است آنکه برخی افراد ممکن است ارزش متفاوتی (نسبت به دیگران) برای سلامت، زندگی و مراحل مختلف آن قائل شوند. پس به جای اینکه تصمیمات هر فرد راجع به نحوه بودجه‌بندی منابع، با تصمیم‌های دیگران هماهنگ و مشابه باشد، ممکن است شاهد اختلافات آشتی‌ناپذیری باشیم. به عبارت دیگر، دنیلز نباید تصور کند که همه افراد در مورد ارزش مراحل مختلف زندگی همانند وی می‌اندیشند.

به علاوه، در بسیاری از کشورها کاهش دسترسی جوانان به درمان‌های تمدیدکننده حیات، تنها راه فراهم کردن خدمات و منابع پزشکی برای سالمندان نیست؛ سیاست‌های جایگزین دیگر، شامل افزایش مالیات‌ها و مخارج، اقدامات ناظر به صرفه‌جویی در هزینه‌ها که شامل سهمیه‌بندی سنی نمی‌شود و کاهش بودجه اختصاص داده‌شده در امور دفاعی نیز می‌تواند در خدمت منابع پزشکی برای پیر و جوان قرار گیرد.

اولاً اینکه ادعا شده است هزینه‌های مراقبت سالمندان تأثیر قابل توجهی بر اقتصاد کشورها دارد و از جمله می‌تواند رشد اقتصادی را با کندی مواجه کند، چندان دقیق نیست. مثال نقض این ادعا، مطالعه‌ای است که در خصوص کشور آمریکا صورت گرفته است و مشابه آن را می‌توان در مورد برخی کشورهای دیگر نیز یافت. شکوفایی اقتصاد آمریکا طی دهه نود، به رغم افزایش هزینه‌ها در بهداشت و درمان، رخ داد و به نظر می‌رسد سالمندان تنها گروهی نبودند که از این رونق اقتصادی افزوده‌شده منتفع شدند. اگر به اقتصاد پیش از دهه

۱۹۷۶ به ۲۸/۶ درصد در سال ۱۹۸۸ رسید.» به واقع، این پژوهشگران دریافتند که «پرخرج‌ترین بیمارانِ طرح بیمه در آخرین سال زندگی، لزوماً سالمندترین آن‌ها نبوده‌اند... به نظر نمی‌رسد استفاده از فناوری‌های تمدیدکننده حیات برای بیماران کهنسالِ لاعلاج، عامل هزینه‌های قابل توجهی بوده باشد که برخی تصور می‌کنند، در نتیجه باید گفت تلاش‌های بی‌وقفه برای حفظ حیات در آخرین ماه‌های زندگی اثر نامتناسبی بر افزایش هزینه‌های بیمه نداشته است» (۱۵).

به علاوه، اعمال نظریه دنیلز در موقعی که رویکرد دینی حکم‌فرما است نیز با مشکلات و انتقاداتی رو به رو خواهد بود: در مکتب اسلامی سخنی از صلاحیتِ کمتر سالمندان در بهره‌مندی از منابع جامعه، منطوقاً یا منطوقاً شنیده نشده است. بنگریم به اطلاق آیه ۳۲ سوره مائده که می‌فرماید: «هر کس، کسی را زنده بدارد، چنان است که گویی تمام مردم را زنده داشته است.» همچنین در قرآن کریم، آیات متعددی مانند آیه ۳۴ سوره لقمان، در خصوص عدم قابلیت پیش‌بینی مرگ و نیز فضیلت تیمار والدین سالمند وجود دارد: در آیه ۲۴ سوره اسراء می‌خوانیم: «وَاحْفَظْ لَهُمَا جَنَاحَ الذَّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيْنِي صَغِيرًا» و چنین رویکردی نشان از فضیلت‌مندانه بودن جبران آورده گذشته افراد و قُبْح بی‌توجهی به آن دارد. کما اینکه در عرف نظام بهداشت و درمان در اکثر کشورها، از جمله ایران، کسانی که مبادرت به اهدای خون می‌کنند، در صورت نیازمند شدن به خون در آینده، در اولویت قرار خواهند گرفت. به همین ترتیب می‌توان گفت سالمندان نیز همان نیروی‌های کاری هستند که در جوانی خدمات خود را به جامعه تقدیم کرده‌اند.

ممکن است ایراد شود که دستورالعمل مقرر در آیه فوق‌الذکر، در رابطه بین والدین و فرزندان بیان شده است و ارتباطی به بحث حاضر ندارد، اما در پاسخ باید در نظر داشت، نه تنها می‌توان ملاک آیه را در سطح اقتصاد کلان جامعه و خارج از روابط خانوادگی نیز صادق دانست، بلکه به فرض هم که آیه را مختص روابط خانوادگی بدانیم، در این صورت اگر همه فرزندان به تکلیف مقرر در آیه شریف عمل کنند و والدین کهنسال خود را به صورت همه‌جانبه مورد رسیدگی قرار

دهند، نتیجه کار همان وضعیتی خواهد بود که مورد نقد حامیان سهمیه‌بندی سنی است. به عبارت دیگر، با توجه به «امری» بودن سیاق آیه و استفاده و جوب از آن، باید گفت با اجرای مکلف‌به آیه از سوی همه مکلفین، اکثریت متأخم به کل سالمندان (در مقام والد) از هزینه‌های درمانی و بهداشتی بهره‌مند می‌گردند و این همان چیزی است که حامیان سهمیه‌بندی سنی با آن مخالفند، چراکه در نظر آن‌ها صرف بودجه برای سالمندان، عمل فضیلت‌مندانه‌ای نیست و چنین دیدگاهی مبتنی بر پیش‌بینی مرگی است که به‌زعم ایشان به زودی برای سالمندان فرامی‌رسد.

گفتنی است از منظر حکمای مسلمان وظیفه علم طب و پزشکی جلوگیری از تحقق مرگ نیست، بلکه حفظ سلامت جسم و دفع و رفع بیماری وظیفه این دانش است (۱۶). ملاصدرا نیز ضمن طرح برخی ادله ضروری بودن مرگ، نقدی به هر یک وارد نموده است، اما در نهایت با طرح این استدلال که انسان کائن است و هر کائنی می‌میرد، پس انسان می‌میرد (۱۶)، ضرورت مرگ را از حیث فلسفی اثبات می‌نماید.

ملاصدرا مرگ را فرایندی می‌داند که آغاز آن از زمان حدوث نفس شروع می‌گردد و مرگ را دنباله طبیعی و عادی حرکت تکاملی معرفی می‌نماید. وی می‌نگارد: «سبب الموت و حکمته هی حرکات النفوس نحو الکمال» (۱۷). در این دیدگاه نفس به سبب وصول به غایت ذاتی خود، بدن را ترک می‌کند (۱۷)، لذا در دیدگاه حکمای اسلامی، تخصیص منابع پزشکی صرفاً به انگیزه جلوگیری از مرگ نیست تا تخصیص آن به سالمندان ناموجه جلوه کند.

پاسخ دیگری که به ادعای استیفای ناروا می‌توان داد، آن است که چنین ادعایی در واقع موجب نقض کرامت انسانی (Dignity) و نگاهی کاملاً ابزارگونه به انسان است: سالمندان فعلی در زمان کودکی خود، موجب افزایش آمار کودکان و فی‌الجمله عامل مهمی در نرخ جوانی جمعیت به شمار می‌رفتند و در آن زمان هیچ چالشی در خصوص هزینه‌های تعلیم و تربیت آن‌ها و یا مراقبت‌های پزشکی خاص دوره نوزادی آن‌ها مطرح نشد. همچنانکه کیلتر متذکر می‌شود، «خرج کردن دلارهای آموزشی هنگامت برای کودکان، یک مثال

مشابه [در خصوص این تبعیض] است» (۱۸)، این در حالی است که به نظر می‌رسد در صورتی که نیازهای انسان به فراخور سن تغییر یابد، افزایش هزینه برای اجابت آن نیازها، اقتضای احترام به کرامت و حقوق بشر است، به علاوه چنانکه در بندهای پیشین نیز اشاره شد، تفکر اسلامی (از جمله آیه ۲۴ سوره اسراء که به آن اشاره شد) حاکی از توجه به جبران آورده گذشته افراد و قبح بی‌توجهی به آن است. در هر حال، درمان، اصولاً برای پاسخگویی به بیماری‌های «انسان» تعریف و اندیشیده می‌شود، نه لزوماً برای جوانان.

نکته جالب توجه در بحث کرامت آن است که در دوران همه‌گیری کرونا دفتر حقوق شهروندی وزارت بهداشت آمریکا (OCR: Office for Civil Rights) بولتنی صادر و منتشر کرد که در آن به صراحت رویکرد «فایده‌گرایانه» در نحوه پذیرش بیماران و تخصیص منابع (از جمله تبعیض سنی) مورد تقبیح قرار گرفت و کلیه مراکز درمانی و پزشکی را از اتکا بر این رویکرد بر حذر داشت؛ راگر سِورینو (Roger Severino) رییس دفتر مذکور گفته است: «قوانین حقوق مدنی ما از کرامت برابر (Equal Dignity) در مورد زندگی هر انسانی در برابر فایده‌گرایی بی‌رحمانه محافظت می‌کند» (۱۹)، چنانکه به درستی گفته شده است (۲۰)، «کرامت» برخاسته از رویکرد نتیجه‌گرایانه نیست و در اینجا نیز در تقابل با فایده‌گرایی که مهم‌ترین شاخه نتیجه‌گرایی است ذکر شده است.

پاسخ دیگر، مربوط به کیفیت نیازهای درمانی سالمندان است؛ ساختار نظام بهداشت درمان کشورها اصولاً برای پاسخگویی به نیازهای حاد و مقطعی پیش‌بینی شده است و تناسبی با نیازهای مزمن ندارد؛ افراد نیازمند به مراقبت‌های دائمی پس از چندی که از وضعیت حاد بیماری در بیمارستان رهایی یافتند، اصولاً ترخیص شده و به مراقبت‌های خانگی که قطعاً هزینه‌های کمتری دارد سوق داده می‌شوند. در واقع، بخش قابل توجهی از نیازهای درمانی سالمندان اساساً با ساختار نظام بهداشت و درمان مطابقت ندارد و در خارج از مراکز درمانی مصداق می‌یابد.

و بالاخره، آخرین پاسخی که در این قسمت می‌توان به ادعای دنیلز و هم‌سلکان وی مانند کالاهان داد، ایرادی است که از حیث اثباتی (و نه ثبوتی) به ادعای ایشان وارد است. بخش قابل توجهی از هزینه‌هایی که صرف بهداشت و درمان می‌گردد، مربوط به تجهیزات و امور فناورانه این حوزه است. اکنون (صرف نظر از تجهیزات و درمان‌هایی که عمدتاً در مورد جوانان مصداق می‌یابد، مانند جراحی‌های زیبایی، درمان آسیب‌های ورزشی و...)، باید توجه داشت که اثربخشی این فناوری‌ها تاکنون به طور شایسته مورد سنجش و راستی‌آزمایی قرار نگرفته است تا بدین ترتیب مشخص گردد آیا آن‌ها همه هزینه، به سرمنزل مقصود رسیده است یا خیر؛ برخی محققین در این خصوص متذکر شده‌اند که «دانش ما درباره کارایی بخش اعظم فناوری‌ها اندک است. چنانکه در سال ۱۹۸۵، مؤسسه پزشکی آکادمی ملی علوم و اداره ارزیابی فناوری کنگره، تخمین زدند که کمتر از ۱۰ درصد همه مداخلات پزشکی، مورد کارآزمایی بالینی قرار گرفته‌اند» (۲۱). بر اساس برخی تخمین‌ها «فقط در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد فعالیت‌های استاندارد پزشکی مورد کارآزمایی بالینی تصادفی قرار گرفته‌اند و تعداد قابل توجهی از نظرات کادر درمان در خصوص روش‌های متداول پزشکی، تأمل‌برانگیز بود، گاهی ۰ تا ۱۰۰ درصد!» (۵). کشورها سالانه میلیون‌ها دلار صرف حوزه بهداشت و درمان می‌کنند، اما هزینه چندان‌ی صرف این موضوع نمی‌کنند که آیا این هزینه‌ها مثمر و مقرون به صرفه بوده است یا خیر؟ کاپلان در این زمینه می‌نویسد: «تصمیم‌گیری پیرامون سهمیه‌بندی و ایجاد تکالیف اخلاقی می‌بایست بر اساس «داده‌های سخت (Hard Data)» انجام پذیرد تا بتوان تصمیمات مزبور را آگاهانه دانست و شاهد کارایی و اثربخشی آن‌ها در عمل باشیم» (۲۲). کاپلان معتقد است افزایش سریع فناوری در امر تشخیص و درمان و همچنین بهبود دسترسی به خدمات بهداشت و درمان برای عموم مردم در افزایش هزینه‌ها نقش داشته است. تخمین زده شده است که استفاده بیشتر از تکنولوژی‌های پزشکی به تنهایی عامل ۵۰ درصد افزایش هزینه‌ها بوده است. کاپلان

لذا در حمایت از نظریه دنیلز، نباید آنقدر پیش رفت که معیار «سن»، معیار منحصر در تصمیم‌گیری برای توزیع منابع قرار گیرد؛ همچنین نقد این نظریه نباید به آنجا ختم شود که معیار «سن» به کلی نادیده گرفته شود. با وجود این، نظریه وی به دلیل مغایرت با مبانی دینی، با قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران سازگار نیست، لذا نمی‌توان نظریه وی را در نظام حقوق پزشکی ایران عیناً یا منطناً بدون لحاظ سایر عوامل، به اجرا گذاشت.

مشارکت نویسندگان

محمدحسین صادقی مقدم: نظارت و راهنمایی بر مقاله.
امین قاسم‌پور: ارائه ایده، نگارش مقاله، گردآوری منابع و ادیت نهایی مقاله.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

منتقد جدی نحوه استفاده از فناری‌ها و ادامه آن بوده است. او «شواهد و استدلال‌های معتبری را ارائه می‌کند تا بر این ادعا خدشه وارد کند که فناوری‌های موجود، به شکل کارآمد و مؤثری مورد استفاده قرار می‌گیرند.» میزان و هزینه مراقبت بیمارستانی، بیشتر می‌تواند به تعداد پزشکان در جامعه و نیروهای متخصصش مرتبط باشد تا به نیازهای پزشکی آحاد جامعه. به نظر می‌رسد نرخ استفاده از فناوری‌های خاص پزشکی ارتباط کمی با نیازهای پزشکی یک جامعه یا گروهی از آن دارد. کاپلان به طور مشخص می‌گوید: «آنچه باعث می‌شود صورت حساب‌های پزشکی سر به فلک بکشد، مخارج روزافزون سالمندان در روزهای پایانی زندگی آن‌ها نیست»، حتی صرفه‌جویی در کل پولی که این چنین در برنامه‌های بیمه آمریکا صرف می‌شود، مسأله افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان را حل نمی‌کند. صرفه‌جویی گرچه مفید است، اما اثر قابل توجهی بر بودجه کلی بهداشت و درمان نخواهد داشت (۲۲).

نتیجه‌گیری

معیار سن، اگرچه یکی از مهم‌ترین معیارها در زمینه نحوه توزیع منابع کمیاب پزشکی تلقی می‌گردد، اما نباید آن را معیاری منحصر دانست. به گمان ما دنیلز در نظریه خود، به بحثی ضروری و واقعی تحت عنوان «عامل سن در تخصیص منابع» اشاره کرده، اما در حوزه مذکور، تنها به یکی از جنبه‌های واقعیت اشاره کرده است، ضمن اینکه سیاستی که بر همگان ضرر مشابه و یکسانی را در مدت زمان حیاتشان می‌گذارد، صرفاً موازین صوری عدالت را برآورده می‌سازد، در حالی که الزامات ماهوی و اخلاقی باید مطمح نظر قرار گیرند و در هر حال، اینکه در تخصیص منابع به سالمندان قائل به سهمیه‌بندی شویم، تنها در صورتی می‌تواند موجه باشد که سایر عوامل همچون وضعیت پیش‌آگهی بیمار، میزان امید به زندگی پس از درمان، احتمال موفقیت درمان، هزینه‌های آن و بسیاری از عوامل دیگر را مورد لحاظ قرار دهیم؛ عواملی که لحاظ کردن آن‌ها شاید منجر به رنگ‌باختن معیار «سن» گردد،

References

1. Daniels N. Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice between the Young and the Old. Oxford: Oxford University Press; 1988.
2. Waring DR. Medical Utility Judgements and Rights. In: Medical Benefit and the Human Lottery. International Library of Ethics, Law and the New Medicine. 2004; 22: 51-70.
3. Waymack MH. Old Age and the Rationing of Scarce Health Care Resources. Edited by Jecker NS. In: Aging and Ethics: Philosophical Problems in Gerontology. Clifton, New Jersey: Humana Press; 1991. p.247-267.
4. Sadr al-Din Shirazi M. Al-Shavahed al-Robubiya fo al-Manahej al-Soloukiya. Qom: Seminary Publicity Office; 2003. [Arabic]
5. Modarres Zenozi Tabrizi MA. Anvar-e Jaliyeh. Tehran: Amir Kabir Publications; 2002. [Persian]
6. Peterson PG. Will America Grow Up Before It Grows Old?. Atlantic Monthly. 1996; 277(5): 58.
7. Callahan D. Setting Limits: Medical Goals for an Aging Society. New York: Simon and Schuster; 1987. p.17.
8. Morris CR. The Health-Care Economy Is Nothing to Fear. Atlantic Monthly. 1999; 284(6): 86-92.
9. Binstock RH, Post SG. Old Age and the Rationing of Health Care. In: Too Old for Health Care? Controversies in Medicine, Law, Economics and Ethics. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1991. p.15.
10. Sherwin S. Theory versus Practice in Ethics: A Feminist Perspective on Justice in Health Care. Edited by Sumner LW, Boyle J. In: Philosophical Perspectives on Bioethics. Toronto: University of Toronto Press; 1996.
11. Wicclair MR. Ethics and the Elderly. Oxford: Oxford University Press; 1993. p.97-98.
12. Mehri S, Hosseini MA, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi Shahbelaghi F, Akbari Zardkhaneh S. Clarification of Ageism in the Care System. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2020; 15(1): 14-27. [Persian]
13. Moradi M, Navab E, Sharifi F, Namadi B, Rahimidoost M. The Effects of the COVID-19 Pandemic on the Elderly: A Systematic Review. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(1): 2-29. [Persian]
14. Sadeghi R. Population and Development in Iran: Dimensions and Challenges. Findings of Applied Research of the Population and Development Project, University of Tehran. Tehran: Asian and Pacific Population Research Center; 2009. p.20. [Persian]
15. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(2): 156-169. [Persian]
16. Qotbodini Shirazi M. Bayan-al-hajah ela al-Tib. Edited by Zakeri MF. Tehran: Publication of Iran University of Medical Sciences, Institute of Medical History Studies; No Date.
17. Sadr al-Din Shirazi M. Al-Hikma al-Muta'aliya fi al-Asfar al-Arba'a al-'Aqliyya. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-'Arabi; 1981. [Arabic]
18. Akbari Kamrani AA, Shojaei A, Fadayee Vatan R, Azimian M, Ghafari S, Jamali MR. The Health Costs and Diseases in Medical Services Insurance Organization, Tehran Province, 1386. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012; 6(4): 65-74. [Persian]
19. US Department of Health. Available at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-bulletin-3-28-20.pdf>.
20. Savulescu J, Wilkinson D. Consequentialism and the Law in Medicine. Edited by de Campos TC, Herring J, Phillips AM. In: Philosophical Foundations of Medical Law. Oxford: Oxford University Press; 2019. p.76.
21. Gutmann A, Thompson D. Democracy and Disagreement: Why Moral Conflict Cannot Be Avoided in Politics and What Should Be Done About It. Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press; 1996. p.223.
22. Roszak T. America the Wise: The Longevity Revolution and the True Wealth of Nations. Boston and New York: Houghton Mifflin Company; 1998. p.42-44.