

Health Inequality Among Vulnerable Groups in Society and the Impact of Government Policies on Its Reduction

Majid Jarahi^{*}, Reza Simbar^{}**

Arsalan Ghorbani Sheikhneshin^{*}, Garineh Keshishyan Siraki^{****}**

Abstract

This article examines health inequality among vulnerable groups in society and the policies adopted by the government to reduce this inequality. The research aims to answer the question of how universal health coverage policies have influenced the allocation of resources, particularly to vulnerable groups such as women, children, and marginalized populations, in terms of implementing health equity policies. The hypothesis of this study is based on the premise that sociological and political factors in the allocation of resources for health transformation in Iran are primarily influenced by existing inequalities in healthcare and the demand for social justice in this area. Findings indicate that attention to vulnerable groups has consistently been a priority in the macro health policies of the Islamic Republic from the beginning, leading decision-makers to allocate resources to address these inequalities and focus on these vulnerable populations. The research concludes that despite some reductions in inequalities, the health sector still requires the establishment and expansion of key elements for implementing social justice, including universal health insurance, shifting from

* Department of Political Science, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran,
mjarahi60@gmail.com

** Department of Political Science, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran,
Professor of Political Science and International Relations at the University of Guilan (Corresponding Author),
simbar@guilan.ac.ir

*** Department of Political Science, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran,
Professor of International Relations, Kharazmi University, arsalangh@yahoo.com

**** Associate professor, Department of Political Science and International Relations, South Tehran Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran, g_keshishyan@azad.ac.ir

Date received: 05/09/2024, Date of acceptance: 29/09/2024



employer-based to government-based insurance coverage, remote healthcare, such as telemedicine and digital health, and a paradigm shift from the volume of healthcare services to the value of healthcare services. This article employs a qualitative, descriptive-analytical method, with data collected through literature reviews and document analysis.

Keywords: Social Justice, Equality, Human Rights, Government-Based Insurance, Digital Health.

Introduction

In recent years, achieving equality and addressing existing inequalities in the health system, especially among vulnerable groups, has become a significant concern for policymakers and health experts. The government has implemented various policies and initiatives to address these issues within the framework of the Health System Transformation Plan. However, it is important to recognize that health and its inequalities are closely linked to various social, economic, and political factors, including income level, education, occupation, and access to healthcare services. This study aims to analyze the impact of health inequalities on vulnerable groups, including women, children, and marginalized populations, by examining macro-level policies aimed at addressing these issues and assessing their effectiveness in reducing health inequalities and promoting social justice in health. The central question is: What role does universal health coverage play in shaping the allocation of healthcare resources in Iran, particularly concerning vulnerable groups such as women, children, and residents of impoverished areas? The hypothesis of this article is based on recognizing the right to health for all individuals in society. Accordingly, the government has an obligation to ensure this right comprehensively. The government's responsibility should be directed towards achieving social justice, particularly health equity. This article reviews government policies regarding vulnerable groups, identifies existing challenges, and examines the necessity of implementing new policies.

Materials and methods

The research method in this article is qualitative-descriptive, focusing on analyzing inequalities among vulnerable groups in society through a review of literature, studies, and published reports to examine the impact of government policies on addressing inequalities in health based on available data.

Discussions and Results

The analysis of health inequalities among vulnerable populations in Iran reveals significant differences among various social and demographic factors, such as gender, age, socioeconomic status, and geographical location. These inequalities highlight the need for targeted government policies to address the unique healthcare needs of these groups and ensure equitable access to quality healthcare services. This article examines three groups based on age, gender, and social status: infants, children, adolescents, and the elderly as the first group; women as the second group; and populations residing in impoverished and marginalized areas as the third group. Statistics and recent research confirm that these vulnerable groups still face challenges, such as limited resources, discrimination, and a lack of well-planned and principled policymaking. Nevertheless, the examination of macro-level policies since the revolution underscores that the status of these groups, particularly the implementation of social justice for them, has been a key focus and concern. It has also contributed to improving their situation and advancing justice to some extent. The findings suggest that reducing health inequalities in Iran, alongside other government initiatives, has achieved successes, particularly through a focus on universal health coverage and improving healthcare infrastructure in impoverished areas. However, further efforts are needed to achieve health equity in Iran, emphasizing the prioritization of the needs of vulnerable populations.

Conclusion

The research confirms that the government of the Islamic Republic of Iran has taken significant steps to ensure equal opportunities for all citizens to access optimal health and well-being. However, the existence of inequalities in the health system necessitates the establishment of additional key elements, which are categorized into three areas in this article: universal health insurance and the transition from employer-based insurance to government-based coverage; remote healthcare, including telemedicine and digital health; and the paradigm shift from the volume of healthcare services to the value of healthcare services.

Bibliography

- Abedini, Arash. (2014). *Examining the concept of social justice*. Tehran, Iran: Islamic Council Research Center. 1-65 <https://sid.ir/paper/802192/fa>. [in Persian]
- Bac Dorin, Paul (2008), "A history of the Concept of Sustainable Development: Literature Review", *Annals of University of Oradeo, Economic Science Series*, Vol. 17. Issue 2, PP. 581-585.

- Baloch Rafsanjani, Goddess; Maruti Sharif Abad, Mohammad Ali, Jam Bersang, Sara; Mirzaei, Mohsen. (1401). "Health needs of the elderly in Rafsanjan, Iran". *Salamand: Iranian Journal of Geriatrics*. Volume 17. Number 2. 232-245. [in Persian]
- Baoush, Masoumeh; Shiani, Maliha; Musaei, Maitham. (2016). "Analysis of socio-economic factors affecting poverty and inequality in the field of health during the years 2015-2016". *Social Welfare Quarterly*. 17th year Number 67. Winter. 71-108. [in Persian]
- Behbahani brothers, Ali; Bahrami, Fahima. (2019) "Poverty and inequality in the health sector". *The collection of reports on poverty, inequality and conflict of interests of the Office of Social Welfare Studies of the Ministry of Cooperation, Labor and Social Welfare*. No. 76. 1-142. [in Persian]
- Constitution of the World Health, Organization. Geneva, 1946. Available online at: <http://www.who.int/governance/eb/>
- Encyclopedia Britannica, <https://www.britannica.com/topic/human-rights>
- Faraji Arpanahi, Zahra; Ebrahimifar, Jalal; Abdulahi Arpanahi, Masoumeh; Ebrahimifar, Isa; Abdulahi Arpanahi, Zainab. (2019). "Realization of the approach of social justice from the perspective of the Holy Quran and hadiths". *Human Islamic Sciences*, sixth year. Number 22. Summer. 19-26. [in Persian]
- Ghaninejad, Musa. (2010). "Justice, social justice and economy". *Reflection of thought*. Number 15. 9-22. [in Persian]
- Golestani, Sadiq. (2016). "The place of social justice in Islam". *The coaches*. sixth year No. 21. 6-40. [in Persian]
- Haqqanah, Reza. (2008). "Social justice in the Qur'an". *Islamic social studies (former field of thought)*. Number 30. [in Persian]
- Harvard University Press. Revised edition. <http://www.who.int/governance/eb/>
- Ironworkers, Nestern; Pourjamshidi, Zahra. (2021). "Category of cause of death in young people according to ICD10". *Behorz Quarterly*. Year 32. Number 108. 66-71. [in Persian]
- Jafari Niya, Abbas. (2018). "Social justice, spatial justice and development". *Geography quarterly (regional planning) 10th year*. Number 1. Summer. 298-311. [in Persian]
- Jamshidi Mehr, Fardin; Masoudi, Jahangir; Kohensal, Alireza. (2016). "Analysis of the nature of justice in the field of ethics with an emphasis on Ibn Sina's views". *Hekmat Sinavi (Mishkoh Al-Noor)*. The twenty-first year. Number 57. Spring and summer. 107-123. [in Persian]
- Karimi, Jamshid; Badini, Hassan; Abbaslu, Bakhtiar. (2023). "Distributive justice in Iranian civil rights". *The approach of the Islamic revolution*. 17th year, No. 62. Spring. 27-46. [in Persian]
- Michelot, Agnès (2012), "Egalité des sexes, autonomisation des femmes", *Revue Juridique de l'environnement*, Volume 37, PP 631-632.
- Mirhosseini, Mahsa (2016). "Social justice, indicators and tools for its realization from Imam Khomeini's point of view". Imam Khomeini's portal. 04/09/2016. <http://www.imam-khomeini.ir/fa/n126684C>. [in Persian]
- Moghadam, Rizvan. (2024). "Inequality in health and women". *Salamat newspaper*. July 9, 1403. <https://vista.ir/m/a/icl3k>. [in Persian]

241 Abstract

- Momenifar, Mehdi. Vazirinejad, Reza; Ahmadinia, Hassan; Rezaian, Mohsen. (2022). "Investigating the mortality trend of children under 5 years old and the economic and health status of their families during the years 2019-2020 in Rafsanjan city: a descriptive study". *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. Volume 22. Number 4. 401-418. [in Persian]
- Nabipour, Iraj. (2013). "Analysis of macro-trend health policies of the Islamic Republic of Iran". *Southern medicine*. 17th year Number 5. 1007-1030. [in Persian]
- Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Cambridge, Massachusetts: Belknap Press of
- Salari, Ali. (2018). "Equality and non-discrimination in human rights system". *Legal research*. Volume 17. Number 35. November. 145-169. [in Persian]
- Salvati, Abdullah; Shayan Far, Shahnaz. (2017). "Sadrai model in interpreting the principle of equality in human rights". *Hikmat Sadraei bimonthly scientific journal*, 6th year. Number 2. Spring and summer. 107-120. [in Persian]
- Taheri, Seyyed Mehdi. (2008). "Justice from the perspective of martyr Motahari". *Pagah Hoza*. Number 253. [in Persian]
- Theories of Justice, <http://jafarhashemlou.blogfa.com/post/2333>. [in Persian]
- Vaezi, Ahmed. (1400). "Social justice and its relationship with distributive justice". *Scientific research quarterly of political science*. Twenty-fourth year. Number 95. Autumn. 24-7. [in Persian]
- Vahadaniya, Walialah; Seyed Mousavi, Mirsjad, Vahdaninia, Mohammad Amin; Vathouqi Moghadam, Abbas () "Health as a human right, a legal narrative of the logic of governance for health", *Ethics and medical history*, 2019: pp. 1-18. [in Persian]
- Vahdaninia, V. (2010). "Health Paradigm in the Public Policy System: Finding the Right Conceptual Framework for Action?" MSc Thesis [dissertation]. Tehran, Tehran University. [in Persian]
- Whitehead M. (1992), "Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, 1992; 22(3): 429-445.
- Zahedi Asl, Mohammad; Darvishifard, Ali Asghar. (2015). "Social factors affecting the level of social health of the elderly (case study: the elderly of Kohdasht city)". *Welfare and Social Development Planning Quarterly*. seventh year Number 26. Spring. 1-24. [in Persian]

نابرابری سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و تاثیر سیاست‌های دولت بر کاهش آن

مجید جراحی*

رضا سیمبر**، ارسلان قربانی شیخ نشین***، گارینه کشیشیان****

چکیده

در مقاله حاضر نابرابری سلامت در بین گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و همچنین سیاست‌هایی که به منظور کاهش این نابرابری از سوی دولت اتخاذ می‌شود مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال است که سیاست‌های پوشش همگانی سلامت در شکل‌دهی به تخصیص منابع به‌ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان، کودکان و اقشار محروم تا چه اندازه بر اجرای سیاست عدالت سلامت استوار بوده‌اند؟ فرضیه تحقیق بر این گزاره استوار است که عوامل جامعه‌شناختی و سیاسی تخصیص منابع برای تحول سلامت در ایران بیشتر مبتنی بر نابرابری‌های موجود در مراقبت‌های بهداشتی و مطالبه عدالت اجتماعی در این زمینه بوده است. یافته‌ها حاکی از این واقعیت است که توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر از همان آغاز در دستور کار سیاست‌های کلان جمهوری اسلامی در حوزه سلامت و درمان بوده و همواره باعث شده است که تصمیم‌گیران منابعی برای رفع این نابرابری‌ها اختصاص دهند و تمرکز خود را بیشتر بر این جمعیت‌های آسیب‌پذیر جامعه قرار دهند. نتیجه تحقیق نشان

* گروه علوم سیاسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران، mjarahi60@gmail.com

** گروه علوم سیاسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران، استاد علوم سیاسی و روابط

بین‌الملل دانشگاه گیلان (نویسنده مسئول)، simbar@guilan.ac.ir

*** گروه علوم سیاسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران، استاد روابط بین‌الملل،

دانشگاه خوارزمی، arsalangh@yahoo.com

**** دانشیار گروه علوم سیاسی و روابط بین‌الملل، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران،

g_keshishyan@azad.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۸



می‌دهد که علی‌رغم کاهش نابرابری‌ها، همچنان حوزه سلامت به پایه‌ریزی و گسترش محورهای اساسی جهت استقرار عدالت اجتماعی در زمینه سلامت نیازمند می‌باشد که از آن جمله بیمه سلامت همگانی و چرخش از پوشش بیمه‌ای کارفرمامحور به پوشش بیمه‌ای دولت محور؛ مراقبت‌های سلامت فرامکان از جمله پزشکی از راه دور و سلامت دیجیتال و در پایان تغییر پارادایم از حجم ارائه خدمات سلامت به ارزش ارائه خدمات سلامت می‌باشد. این مقاله به روش کیفی از نوع توصیفی-تحلیلی است و داده‌ها از طریق فیش برداری از منابع کتابخانه‌ای و تحلیل اسناد جمع‌آوری شده است.

کلیدواژه‌ها: عدالت اجتماعی، برابری، حقوق بشر، بیمه دولت محور، سلامت دیجیتال.

۱. مقدمه

عدالت اجتماعی، حقوق بشر و برابری از مهمترین الزامات توسعه پایدار جوامع در دنیای امروز به شمار می‌آیند. با پایان گرفتن جنگ جهانی دوم و سپس جنگ سرد، در کنار مسئله تخریب محیط‌زیست، معضلات مربوط به سلامت و افزایش نابرابری‌ها به عنوان سدی در مقابل توسعه پایدار، همواره در اجلاسها و کنفرانس‌های بین‌المللی مورد تاکید قرار گرفته است (Paul, 2008: 576). از سوی دیگر، ضرورت رفع نابرابری‌ها در هر حوزه‌ای از جمله حوزه سلامت، مستلزم اجرای عدالت اجتماعی می‌باشد. عدالت اجتماعی که با توزیع عادلانه منابع، فرصت‌ها و حقوق در جامعه مشخص می‌شود، سنگ بنای حکومت دموکراتیک و توسعه انسانی است. از اصول بنیادین جان رالز، متفکری که پایه‌گذار نظریه عدالت اجتماعی به شمار می‌آید، این است که نابرابری اجتماعی و اقتصادی باید به گونه‌ای سازمان یابد که دو مورد را محقق نماید: اول منجر به بیشترین منفعت برای کم‌برخوردارترین افراد، هماهنگ با اصل پس‌انداز عادلانه گردد و دوم دستیابی به مناصب و موقعیت‌ها را تحت شرایط برابری منصفانه‌ی فرصت‌ها برای همگان امکان‌پذیر میسر سازد (Rawls, 1971: 266).

در سال‌های اخیر، تحقق برابری و رفع نابرابری‌های موجود در نظام سلامت به ویژه در بین گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، برای سیاست‌گذاران و کارشناسان حوزه سلامت به یک موضوع قابل اهمیت بدل شده است، به طوری که دولت سیاست‌ها و ابتکارات مختلفی برای حل معضلات آن در قالب طرح تحول نظام سلامت اجرا نموده است. با این وجود، باید دانست که مبحث سلامت و نابرابری‌های موجود در آن، ارتباط نزدیکی با عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از جمله میزان درآمد، تحصیلات، شغل و نیز میزان دسترسی به خدمات

نابرابری سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و تاثیر ... (مجید جراحی و دیگران) ۲۴۵

بهداشتی و درمانی دارد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تحلیل تاثیر نابرابری‌های سلامت بر گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله زنان، کودکان و اقشار محروم، سعی خواهد داشت تا با مطالعه سیاست‌گذاری‌های کلان برای رفع این معضل، اثربخشی آنها را بر کاهش نابرابری‌های سلامت برای گروه‌های مذکور مورد بررسی قرار دهد. پرسش اصلی آن است که نقش پوشش همگانی سلامت در شکل‌دهی به تخصیص منابع مراقبت‌های بهداشتی در ایران، به‌ویژه با توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان، کودکان و ساکنین مناطق محروم چیست؟ در این رابطه فرضیه بر این است که عوامل جامعه‌شناختی و سیاسی تخصیص منابع برای تحول سلامت در ایران بیشتر مبتنی بر نابرابری‌های موجود در مراقبت‌های بهداشتی و مطالبه عدالت اجتماعی در این زمینه بوده است که باعث شده تصمیم‌گیران سیاسی منابعی برای رفع این نابرابری‌ها اختصاص دهند و تمرکز خود را بیشتر بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر جامعه گذاشته و لذا به سیستم پوشش همگانی سلامت شکل دهند که این مساله را به ویژه می‌توان در خصوص افزایش اولویت‌بندی خدمات مراقبت‌های بهداشتی برای گروه‌های آسیب‌پذیر مشاهده کرد. با این وجود، نتیجه بدست آمده نشان می‌دهد که نابرابری در زمینه سلامت پیرامون گروه‌های آسیب‌پذیر همچنان وجود دارد و نیازمند شکل‌دهی به یک سیاست جدید برای حل معضلات می‌باشد. روش پژوهش مقاله حاضر روشی کیفی-توصیفی بوده و سعی شده تا ضمن تحلیل نابرابری‌ها بین گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه با استفاده از مرور منابع، مطالعات و گزارش‌های منتشرشده داخلی نحوه تاثیر سیاست‌های دولتی بر حل نابرابری‌ها در حوزه سلامت مبتنی بر اطلاعات موجود بررسی گردد.

۲. چهارچوب نظری

در این بخش دو مفهوم عدالت اجتماعی و برابری مورد بررسی قرار خواهد گرفت تا با استفاده از آن درک بهتری از موضوع ارائه شود.

۱.۲ عدالت اجتماعی

نظریه‌های عدالت اجتماعی مبتنی بر این اصل هستند که نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی بر سازمان‌های جغرافیایی آن تاثیر دارند، در نتیجه هر نوع تغییر در سازمان جغرافیایی و روابط اقتصادی-اجتماعی و توزیع درآمد، اثر مستقیمی بر جامعه خواهد گذاشت (جعفری‌نیا، ۱۳۹۸: ۲۹۱-۲۹۵). عدالت به اعتقاد لینچ روشی برای توزیع هر نوع سود و زیان بین افراد است. در

واقع، نظریه‌های عدالت در دوران مدرن بیشتر بر محور اقتصاد و دانش نحوه توزیع منابع کمیاب قرار دارد. با این وجود، عدالت اجتماعی را نمی‌توان ایده‌ای ثابت و متعین دانست که یک تلقی و تفسیر واحد از آن وجود داشته باشد، بلکه می‌توان نظریات مختلفی در خصوص آن یافت که یکی از آنها رویکرد عدالت توزیعی است. در واقع عدالت اجتماعی به مثابه کل است که مفهوم عدالت توزیعی از آن استخراج می‌شود و هر نظریه‌ای که به عدالت توزیعی پرداخته در شمول عدالت اجتماعی نیز قابل بررسی است (واعظی، ۱۴۰۰: ۱۴-۱۶).

عدالت توزیعی یک مفهوم جدید نیست. در جهان مدرن به خصوص از قرن بیستم به بعد، مفهوم عدالت توزیعی اشاعه دهنده مساوات طلبی است که مشتمل بر برخورداری برابر افراد یک جامعه از رفاه و امکاناتی از جمله مسکن، درمان، آموزش و امکانات مناسب می‌باشد. از سوی دیگر، عدالت توزیعی همواره ایجاد کننده تکلیفی بر دوش دولت‌ها تلقی می‌شود تا آنها را ملزم به مداخله در اقتصاد و وضع مقررات برای تامین این نیازها به شکل برابر بین افراد نماید (واعظی، ۱۴۰۰: ۹-۱۰). بنابراین برای تامین عدالت اجتماعی این جامعه است که مسئول می‌باشد و نه فرد. تحقق این عدالت در نتیجه زمانی می‌تواند امکان‌پذیر باشد که جامعه به لحاظ ساختاری و عملکرد به مثابه سازمانی عمل کند که هر عضوی از آن برای تحقق اهداف سازمان وظیفه مشخصی را ایفا نماید. اما در مقابل این ایفای نقش از امتیازات متناسب با آن نیز برخوردار باشد. عدم تطابق و تناسب امتیازات با عملکردها منجر به تبعیض در توزیع و رفتار عادلانه خواهد شد. در این جاست که ایجاد برابری، اصولاً نیازمند اتخاذ رفتاری نابرابر از سوی حکومت است که این خود به معنای عدالت توزیعی است (غنی نژاد، ۱۳۸۰: ۱۵-۱۹). به همین دلیل است که عدالت اجتماعی از جمله مهمترین و اساسی‌ترین اصول نظام‌های اجتماعی است که تحقق آن مبنایی برای فلسفه وجودی دولت و اصل اساسی مشروعیت اقدامات آن در عرصه‌های سیاسی، اقتصادی و فرهنگی است. اصلی که خود نیازمند چهار بعد اساسی عدالت اجتماعی یعنی برابری، قانونمندی، اعطای حقوق و توازن است. با این وجود، نباید از یاد برد که تحقق عدالت اجتماعی بدون توجه به تفاوت‌ها و بالا رفتن سطح سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی افراد جامعه امکان‌پذیر نیست و در واقع پیش شرط آن مشارکت‌های مردمی در همه مراحل سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری است (عابدینی، ۱۳۹۴: ۲-۱).

۲.۲ عدالت اجتماعی در اسلام

در شریعت اسلام عدالت به معنای قرار دادن هر چیز در جای خود آمده است و در اندیشه اسلامی به عدالت اجتماعی و نفی ظلم و لزوم مبارزه با آن تاکید بسیار شده است و قرآن یکی از اهداف ارسال پیامبران را تحقق عدالت اجتماعی می‌داند (گلستانی، ۱۳۸۵: ۹). از منظر قرآن عدالت فضیلتی پیشرو بوده و هدف اصلی اسلام مبتنی بر آن قرار دارد و لذا این شریعت آسمانی رویکردی جامع و وسیع نسبت به عدالت دارد و فرض را بر این قرار داده که هر راهی که به عدالت ختم شود مبتنی بر قانون اسلامی است. کلمه عدل و ترکیبات برآمده از آن بیش از ۲۸ بار در جای جای قرآن به کار رفته که در هشت معنای مختلف می‌باشند لکن این هشت معنا همگی بر ضرورت عدالت اجتماعی به عنوان تشابه در قانون برای همه تاکید دارند و از این منظر قرآن کریم عدالت را یک ارزش بزرگ و مطابق با نگرش توحیدی می‌داند که در آن همه انسان‌ها از حقوق مساوی و برابری در وضعیت اجتماعی برخوردار هستند. علاوه بر آن قرآن عدالت سیاسی و اقتصادی را نیز مورد توجه قرار داده تاکید فراوانی نسبت به آن دارد. به عنوان مثال در قرآن در سوره مانده آیه ۸ می‌خوانیم که «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ لِلَّهِ شُهَدَاءَ بِالْقِسْطِ وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَا نُ قَوْمٍ عَلَىٰ آلَا تَعْدِلُوا اعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ» «ای اهل ایمان، برای خدا پایدار و استوار بوده و به عدالت و راستی و درستی گواه باشید، و البته شما را نباید عداوت گروهی بر آن دارد که از راه عدل بیرون روید، عدالت کنید که به تقوا نزدیکتر (از هر عمل) است، و از خدا بترسید، که البته خدا به هر چه می‌کنید آگاه است.» و یا در سوره انعام آیه ۱۱۵ می‌خوانیم «وَتَمَّتْ كَلِمَتُ رَبِّكَ صِدْقًا وَعَدْلًا لَا مُبَدِّلَ لِكَلِمَاتِهِ وَهُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ» «کلام خدای تو از روی راستی و عدالت به حد کمال رسید و هیچ کس تبدیل و تغییر آن کلمات نتواند کرد و او خدای شنوا و داناست.» همچنین خداوند در سوره شوری آیه ۱۵ خطاب به پیامبر می‌فرماید: «فَلِذَلِكَ فَادْعُ وَاسْتَقِمْ كَمَا أُمِرْتَ وَلَا تَتَّبِعْ أَهْوَاءَهُمْ وَقُلْ آمَنْتُ بِمَا أَنْزَلَ اللَّهُ مِنْ كِتَابٍ وَأُمِرْتُ لِأَعْدِلَ بَيْنَكُمْ اللَّهُ رَبُّنَا وَرَبُّكُمْ لَنَا أَعْمَالُنَا وَلَكُمْ أَعْمَالُكُمْ لَا حُجَّةَ بَيْنَنَا وَبَيْنَكُمْ اللَّهُ يَجْمَعُ بَيْنَنَا وَإِلَيْهِ الْمَصِيرُ» (به دین اسلام و کلمه توحید) دعوت کن و چنانکه مأموری پایداری کن و پیرو هوای نفس مردم مباش و بگو که من به کتابی که خدا فرستاد (قرآن) ایمان آورده‌ام و مأمورم که میان شما به عدالت حکم کنم، خدای یگانه پروردگار همه ما و شماست، (پاداش) عمل ما بر ما و عمل شما بر شماست (و پس از تبلیغ رسالت) دیگر هیچ حجت و گفت و گویی بین ما و شما باقی نیست. خدا (روز

جزا برای حکم حق) میان ما جمع می‌کند و بازگشت همه به سوی اوست.». علاوه بر آن خداوند در سوره نساء آیه ۵۸ می‌فرماید: «إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُمْ بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا» «همانا خدا به شما امر می‌کند که امانتها را به صاحبانش باز دهید و چون حاکم بین مردم شوید به عدالت داوری کنید. همانا خدا شما را پند نیکو می‌دهد، که خدا شنوا و بیناست.» (فرجی آرپناهی و همکاران، ۱۳۹۹: ۲۱-۲۳).

همگی این مثال‌ها نشان از آن دارد که قرآن توجه ویژه‌ای به موضوع عدالت اجتماعی دارد و از این موارد بر می‌آید که قرآن کریم عدالت را در چهار سطح مدنظر دارد اول در سطح فردی به عنوان ویژگی نفس انسان که بین غرائز و ویژگی‌های درونی توازن برقرار می‌سازد، دوم در سطح نظام هستی به عنوان عدالت تکوینی همچنین به عنوان ایجاد توازن و عدالت و تناسب در جهان هستی، سوم در سطح تشریح و قانونگذاری و مبتنی بر استحقاق‌های بشر، و چهارم عدالت اجتماعی در سطح جامعه که این سطح بندی نشان می‌دهد که عدالت از منظر اسلام هم توصیفی و هم تجویزی است (فرجی آرپناهی و همکاران، ۱۳۹۹: ۲۳-۲۴).

علاوه بر این اندیشمندان و مفسران اسلامی نیز به واسطه قرآن و تفسیر به بررسی عدالت اجتماعی در اسلام پرداخته‌اند. از آن جمله می‌توان به ابن ابی الحدید اشاره کرد که معتقد است عدالت به معنای خُلُقی بین افراط و تفریط است که این تعریف او به معنای تعادل است (حق پناه، ۱۳۸۰). همچنین عدالت نقش مهمی در اندیشه فارابی بازی می‌کند و یکی از مفاهیم کلیدی اندیشه او است اندیشمندان دیگری همچون خواجه نصیرالدین طوسی، ابن سینا، و ابن مسکویه نیز به این مهم پرداخته‌اند.

خواجه نصیرالدین طوسی عدالت اجتماعی را به معنای رعایت استحقاق‌ها و شایستگی‌ها دانسته و قوام حکومت را وابسته به عدالت می‌داند و شرط اول این عدالت را منحرف نشدن هر صنف از جایگاه خود تلقی می‌کند و شرط دوم آن را مبتنی بر تعیین کردن مرتبه هر کس به قدر استحقاق و استعداد او می‌داند. از سوی دیگر ابن سینا عدالت را اجتماع سه فضیلت عفت، شجاعت، و حکمت می‌داند که این سه فضیلت در واقع حد اعتدال سه قوای شهوی، غضبی، و عاقله هستند و لذا احراز از افراط و تفریط در این قوا و ملزم بودن به رعایت حد اعتدال در خصوص این قوا سه فضیلت پیش گفته را ایجاد می‌کند (جمشیدی مهر و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۱۱). همچنین ابن مسکویه نیز به بحث در خصوص عدالت پرداخته و عدالت نسبت به خود

نابرابری سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و تاثیر ... (مجید جراحی و دیگران) ۲۴۹

و عدالت نسبت به دیگران را با هم جمع کرده است که مورد اول یعنی عدالت نسبت به خود متأثر از آراء افلاطون و مورد دوم یعنی عدالت نسبت به دیگران متأثر از آرای ارسطو به اندیشه ابن مسکویه شکل داده اند. تعادلی که ابن مسکویه بین این دو نوع عدالت برقرار کرده مبتنی بر مفاهیم فیثاغورثی و نوافلاطونی است که وحدت بین این دو را در ارتباط با خیر مطلق می بیند. از منظر او فضایی که به عدالت منجر می شوند شامل دوستی، الفت، صله رحم، مکافات، حسن شرکت، حسن قضاوت، تودد و عبادت هستند. در واقع حدوسطی که ابن مسکویه بین فضیلت و رذیلت می بیند فضیلت است و معتقد است که شخصی که عادل است عدالت را در مورد خود و دیگران به کار می برد اما شخص ظالم ظلم را در حق خود و اطرافیان و دیگر مردم به کار می برد.

همچنین شیخ انصاری عدالت را به معنای استواری و استقامت تعریف کرده که این استقامت در خصوص فضائل و دوری از رذایل می باشد. علامه طباطبایی نیز ضمن بررسی عدالت آن را برپا کردن مساوات و برقراری موازنه بین امور می داند به گونه ای که هر چیزی سهم مورد استحقاق خود را به دست آورد. وی همچنین معتقد است که عدالت حالتی میانه و به دور از افراط و تفریط است که از این منظر به دیدگاه شیخ انصاری نزدیک است (حق پناه، ۱۳۸۰).

محمد باقر صدر نیز معتقد است که مفهوم عدالت در اسلام نه انتزاعی و باز بلکه مفهومی انضمامی، متعین و زنده است و لذا عدالت اجتماعی پیوند کاملی با بینش اسلامی دارد چرا که این مفهوم اساس شکل‌گیری خط مشی اقتصادی است (عابدینی، ۱۳۹۶: ۲۱).

از سوی دیگر شهید مطهری ضمن تبیین مفهومی عدالت در چهار معنای موزون بودن و تعادل، تساوی و نفی هر گونه تبعیض، رعایت حقوق افراد و اعطای حق به ذی حق، و در نهایت رعایت قابلیت‌ها در افاضه وجود و عدم امتناع از افاضه و رحمت الهی به آنچه دارای امکان وجود یا کمال؛ تعریف سوم را پذیرفته و آن را الگویی می داند که هم در حوزه عدالت فردی و هم در حوزه عدالت اجتماعی قابل کاربرد است (طاهری، ۱۳۸۸).

در نهایت امام خمینی (ره) ضمن آنکه عدالت را از جمله مهمترین ارزش‌های بشر در همه زمان‌ها و مکان‌ها می داند عدالت اجتماعی را دارای خصلت و حالتی می داند که اجتماعی بوده و از جمله ویژگی‌های قوانین سیاسی و اجتماعی و گروه‌ها و نهادهای اجتماعی و سیاسی و در نهایت جامعه انسانی است به طوری که ایشان حتی ویژگی اصلی حکومت جمهوری اسلامی ایران را تحقق عدالت بر می شمردند. در واقع امام خمینی (ره) نگاهی

جندبعدی نسبت به عدالت دارد و معتقد است که مفهوم عدالت در سه سطح خرد، متوسط، و کلان عمل می‌کند که نقطه شروع آن از خود انسان است و سپس میان انسان با افراد دیگر، در سطح بعدی میان گروه‌ها، پس از آن کل جامعه و در نهایت بین ملل و جوامع مختلف را در بر می‌گیرد. بنابراین عدالت از منظر شریعت اسلام همچون دیگر ادیان آسمانی مورد توجه بوده است و همواره به رعایت آن توسط دولت‌ها و حکومت‌ها تاکید شده اما چگونه می‌توان عدالت اجتماعی را در جامعه برپا کرد این سوالی است که جواب آن را باید در مفهومی با عنوان حکمرانی خوب جست.

۳.۲ سلامت به مثابه یک حق بشری

سلامت در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به «حالتی از خوب‌زیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (Constitution of the World Health Organization, Geneva, 1946) تعبیر شده است. در این تعریف، خوب‌زیستی از یک طرف جزیی از مفهوم سلامت به حساب آمده است و از سوی دیگر با مقوله سلامت درهم تنیده شده است. بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، خوب‌زیستی دو بعد دارد: عینی و ذهنی؛ بعد عینی به «استانداردهای زندگی» یا «سطح زندگی» مربوط می‌شود: استانداردهایی مثل درآمد و اشتغال، مسکن، بهداشت و تغذیه، سطح بهره‌مندی از خدمات سلامت، آموزشی، تفریحی و اوقات فراغت، حقوق بشر و ... بعد ذهنی نیز به «کیفیت زندگی» مربوط می‌شود (وحدانی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۹: ۴). در این تعریف سلامت که در نهایت منجر به به‌زیستی می‌گردد، برای انسان امروز به شکل یک حق قرار داده شده است. این امر باعث می‌شود تا از این بعد حق مذکور در چارچوب مسئولیت‌های دولت در مقابل شهروندانش مطرح شود. در واقع باید گفت که «تلفیق مباحث سلامت و حقوق بشر صورت‌بندی جدیدی از مقاصد سلامت و سیاست‌گذاری سلامت را ارائه داده است که به دلیل برتری سیاسی و قانونی روایت حقوقی از سلامت، دولت‌ها را ملزم می‌دارد تا از نظر قانونی به سلامت شهروندانشان متعهد باشند (وحدانی‌نیا، ۱۳۹۹: ۵).

از سوی دیگر، از اوایل دهه ۱۳۹۰ مفهوم جدیدی تحت‌عنوان «عدالت سلامت» در ردیف ارزش‌های سازمان جهانی بهداشت وارد شده است (وحدانی‌نیا، ۱۳۹۹: ۶). «عدالت در سلامت به معنی این است که به طور آرمانی، همه باید فرصتی منصفانه برای کسب پتانسیل کامل سلامتی‌شان را داشته باشند (رجوع شود به وحدتی‌نیا، ۱۳۸۹)». پذیرش عدالت سلامت به طور

نابرابری سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و تاثیر ... (مجید جراحی و دیگران) ۲۵۱

قطع به دنبال خود نیاز به مداخلاتی را می‌طلبد که برای از بین بردن اختلافاتی که غیر منصفانه به نظر می‌رسند و اجتناب‌پذیرند، ایجاد می‌شود؛ بدین ترتیب، دسترسی برابر به عوامل تعیین‌کننده سلامت، برای ایجاد جامعه‌ای عادلانه برای پیشرفت سلامت کل جمعیت و تضمین توزیع صحیح سلامت خوب، حیاتی است (وحدانی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۹: ۶).

در یک جمع‌بندی کلی باید به این واقعیت اذعان نمود که با تعریف سلامت به مثابه یک حق بشری که می‌تواند ضامن اجرای عدالت باشد، این مقوله در یک رابطه تنگاتنگ با سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت و بهداشت درمانی قرار می‌گیرد.

۳. یافته‌ها

۱.۳ نابرابری‌های سلامت در میان گروه‌های آسیب‌پذیر

روشن است که همه نابرابری‌ها و اختلافات الزاما ناعادلانه نیستند، چرا که عواملی مثل سن، جنس و وراثت می‌تواند گاهی منجر به بروز نابرابری‌هایی در حوزه سلامت افراد شود، بدون اینکه بی‌عدالتی به شمار آیند. عدم رعایت عدالت جایی است که نابرابری‌ها اجتناب‌پذیر باشند، اما به شکل غیرعادلانه‌ای بروز نمایند. (در این حوزه، غالبا شرایط نامساعد مسبب بی‌عدالتی، مربوط به محیط و عواملی است که متمایل به ترکیب و تقویت یکدیگر بوده و به طور قطع، گروه‌هایی را نسبت به بیماری و ناخوشی، آسیب‌پذیرتر می‌کنند و به دنبال آن احساس بی‌عدالتی هم افزایش می‌یابد). این گروه‌ها در این پژوهش به سه تقسیم شدند. در این دسته‌بندی سه عامل سن، جنسیت و پایگاه اجتماعی لحاظ شده است.

۲.۳ گروه اول: نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان

نوزادان و کودکان: مطابق با آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علی‌رغم کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، فوت در بین آنها بیشتر ناشی از بیماری از جمله بیماری‌های زمان تولد، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های عفونی و انگلی و بیماری‌های دستگاه گوارش بوده است. همچنین این گزارش حاکی از واقعیت دیگری است که بر اساس آن میزان مرگ و میرها در روستاها بیشتر از شهرها بوده و گریبان‌گیر افراد کم‌برخوردار اعم از ایرانی و یا مهاجر می‌باشد که ریشه در شرایط و امکانات نامناسب خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه در ارتباط با مراقبت‌های ویژه نوزادان است. اجرای عدالت اجتماعی

در این زمینه نیازمند بالارفتن کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری در روستاها و مناطق کم‌برخوردار و جلوگیری از زایمان‌های زودرس و وجود تیم پزشکی متخصص در این زمینه در کنار وجود تجهیزات و امکانات بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان کودکان است (مومنی‌فر و همکاران، ۱۴۰۲: ۴۱۲-۴۱۴).

نوجوانان و جوانان: از دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه نوجوانان و جوانان هستند که نابرابری‌های سلامت به گونه دیگر بر آنها تاثیر داشته است. در یک مطالعه انجام شده در تهران در دهه ۱۳۸۰ مشخص شد که بالغ بر ۶ درصد جوانان از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند و ۳۷ درصد آنها تغذیه مناسب نداشته‌اند. این امر بدان علت است که دانش نوجوانان و جوانان در زمینه تغذیه به عنوان رفتار پایه‌ای بهداشت و سلامت ضعیف بوده است. همچنین در مطالعه دیگری مشخص شده است که علی‌رغم آگاهی دانش‌آموزان، والدین و مسئولان مدارس از تغذیه سالم، اما به لحاظ عملکردی این آگاهی‌ها را به درستی به کار گرفته نمی‌شود، به طوری که به عنوان مثال در خصوص چربی میانگین کلسترول دختران گروه سنی بین ۱۱ تا ۱۴ سال و ۱۵ تا ۱۸ سال از میزان استاندارد یعنی کلسترول کل بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ و سطح کلسترول LDL بین ۷۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، بالاتر بوده است. این امر نشان از مصرف زیاد غذاهای آماده در بین نوجوانان است (بنی‌جمالی، ۱۳۹۵: ۱۰-۱۱). در اینجا نابرابری نه در بیماری و درمان، بلکه در زمینه آموزش‌های مربوط به تغذیه سالم می‌تواند محل بحث باشد. به عبارت دیگر، نابرابری در حوزه سلامت، دربرگیرنده ایجاد بسترهای مورد نیاز برای آموزش در این حوزه نیز می‌باشد.

مساله سلامت در بین جوانان از منظر دیگری قابل تامل است. آمار نشان می‌دهد که خودکشی پس از حوادث و سوانح رانندگی، دومین علت عمده مرگ و میر در بین جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال است. این موضوع، پای عدالت سلامت را در زمینه آگاه‌سازی و توجه به معضلاتی که منجر به بحران روانی و شخصیتی در جوانان می‌شود را باز می‌نماید. در واقع در این زمینه سیاست‌گذاری‌ها می‌بایست بر اقدامات پیشگیرانه متمرکز باشند. بر طبق آماري که قوه قضائیه در دی ماه سال ۱۳۸۹ ارائه داد، ضرب و جرح عمدی در رأس جرم‌هایی است که عمدتاً منجر به قتل عمد می‌شوند و به خصوص در بین مردان جوان رواج بیشتری دارد (آهنگران و پورجمشیدی، ۱۴۰۰: ۶۸-۷۰). این مساله لزوم توجه به برابری و عدالت اجتماعی نظام سلامت به ویژه در حوزه سلامت روان و برطرف کردن عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی را آشکار می‌سازد.

سالمندان: پیرامون این گروه سنی و اجرای عدالت سلامت در ارتباط با آنها مباحثی همچون میزان حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و اوقات فراغت مورد توجه است. در واقع سلامتی افراد سالمند همچون دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر تابعی از عوامل اقتصادی-اجتماعی می‌باشد. تردیدی نیست که کسانی که پایگاه اجتماعی بهتری دارند از منابع و امکانات مطلوب‌تری نیز بهره‌مند هستند و این موضوع می‌تواند بر سلامت اجتماعی آنها تاثیر مثبتی داشته باشد (زاهدی اصل و درویشی فرد، ۱۳۹۵: ۱۹-۲۰). در این گروه سنی نیز، نیاز به سلامت روانی در کنار سلامت جسمانی مشهود است. این در حالی است که عمدتاً نیازهای دارویی و جسمانی و همچنین نیازهای مربوط به آگاهی در خصوص بیماری‌های آنها تا حدودی مرتفع شده است، با این وجود بخشی از نیازهای سالمندان نیازهای روانشناختی است که همچنان به خوبی تامین نشده است، به طوری که به عنوان مثال نرخ ناراحتی‌های روانی در بین سالمندان ۱۲.۳ درصد برآورد شده است. علاوه بر این سالمندان در مورد مسائل مراقبتی نیز این گروه سنی با مشکلاتی دست و پنجه نرم می‌کند، به گونه‌ای که ۷ درصد نیازهای برآورده نشده سالمندان در زمینه نیازهای مراقبتی بوده است (بلوچ و همکاران، ۱۴۰۱: ۲۳۷-۲۴۳). نابرابری‌ها در این حوزه باعث شده تا معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدابیری را برای حل مسائل مربوط به نیازهای روانشناختی و جسمی و اجتماعی آنها مبتنی بر اسناد بالادستی در نظر داشته باشد تا نابرابری‌های موجود در این عرصه نیز برطرف شوند.

۳.۳ گروه دوم: زنان

از نظر جنسیتی، به نظر می‌رسد که در حوزه سلامت، زنان آسیب‌پذیرتر از مردان می‌باشند. این آسیب‌پذیری، بیشتر از اینکه ناشی از عدالت سلامت باشد، ریشه در وضعیت تاریخی زنان به عنوان جنس دوم و قربانی بودن دارد. به همین دلیل است که در بحث توانمندسازی زنان تاکید می‌شود تا سیاست‌های عمومی در سطوح ملی و یا حتی بین‌المللی، برای تضمین «شرایط زندگی ایمن و سالم برای همه» از جمله برای زنان به عنوان یک هدف حمایتی تلاش نمایند (Michelot, 2012: 631). به طور قطع در سال‌های اخیر با توجه به رویکردی که در سیاست‌گذاری‌های حمایتی در راستای توانمندسازی زنان به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر در بین آنها در ایران انجام شده، در حوزه سلامت نیز بر برقراری عدالت پیرامون آنها اقدامات عملی متعددی صورت پذیرفته است. با این وجود به نظر می‌رسد که این گروه جنسیتی

همچنان نیازمند توجه خاصی در این مورد است. سالانه نرخ مرگ و میر مادران و وضعیت بارداری و زایمان نامناسب سلامت، جان زنان بسیاری را به خطر می‌اندازد. این مساله به ویژه در مناطق محروم به دلیل عدم آگاهی کافی و بهداشت پایین قابل توجه است، چرا که در بین اقشار و مناطق محروم مراقبت های حین بارداری و زایمان کمتر بوده و حتی زایمان توسط افراد غیرمتخصص و در شرایط محیطی آلوده صورت می‌گیرد (اخوان بهبهانی و بهرامی، ۱۳۹۹: ۲۸-۳۴). با این وجود، یکی از عمده‌ترین عواملی که مانع اجرای عدالت سلامت در مورد زنان است به مقوله خصوصی شدن بخش بهداشت و سلامت عمومی برمی‌گردد که در آن اقشار ضعیف‌تر و کم‌درآمدتر بیشتر آسیب می‌بینند از آن جمله زنان فقیر، سرپرست خانوار، مهاجر و حاشیه‌نشین. همچنین زنانی که به وابسته به بخش‌های عمومی سلامت هستند به دلیل عدم وجود امکانات کافی و ناکارآمدی این بخش محرومیت بیشتری را تجربه می‌کنند این در حالی است که هزینه‌های درمانی بخش خصوصی سلامت روز به روز افزایش یافته و دسترسی به آن را برای اقشار مختلف جامعه به ویژه زنانی که از پشتوانه کافی برخوردار نیستند، سخت‌تر می‌کند. همچنین تحدید خدمات و عدم وجود خدمات پیشگیرانه لازم و قوانین نادرست سقط جنین‌های ناسالم و غیر ایمن سالانه جان هشتاد هزار زن را می‌گیرد. از سوی دیگر همانطور که پیشتر اشاره شده عدم مراجعه زنان به مراکز بهداشتی به دلیل هزینه‌های بالا آنها را با خطر ابتلا به بیماری‌های مختلف رو به رو می‌کند. علاوه بر اینکه زنانی که در بخش‌های غیررسمی مشغول به کار هستند، توسط کارفرمایان تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار نمی‌گیرند. در اینجا نابرابری‌های سلامت در قالب خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان جلوه کرده که سلامت زنان را به مخاطره انداخته است (مقدم، ۹ تیر ۱۴۰۳).

۴.۳ گروه سوم: اقشار ساکن در مناطق محروم

از دیگر گروه‌های اجتماعی که در خصوص نابرابری‌های سلامت می‌توان بدان‌ها اشاره کرد اقشار محروم به ویژه در مناطق روستایی و حاشیه‌نشین‌ها هستند. در واقع این محرومیت، در وهله اول متوجه بی‌امکاناتی و محرومیت مکان زندگی افراد است. در این خصوص می‌بایست به نابرابری‌های سلامت در زمینه دسترسی به آب آشامیدنی سالم، تغذیه سالم و امور مربوط به بهداشت و درمان اشاره داشت. در این مناطق به واسطه عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تصفیه شده، بیماری‌های انگلی و عفونی شایع بوده و به ویژه کودکان را با بیماری و مرگ مواجه می‌سازد. در ایران طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ به طور میانگین بیش از ۹۶ درصد

مجموع کل خانوارها از آب آشامیدنی لوله کشی بهره مند شده‌اند که این میزان هر ساله در حال افزایش است. با این وجود، در استان‌هایی همچون سیستان و بلوچستان میزان دسترسی به آب آشامیدنی برای شهرنشینان ۷۰ درصد و برای روستائیان ۴۶ درصد برآورد شده است (اخوان بهبهانی و بهرامی، ۱۳۹۹: ۲۸-۳۴). علاوه بر این درصد خانوارهای زیر خط فقر شدید از سال ۱۳۹۴ به بعد، برای خانوارهای شهری و روستایی افزایش داشته است؛ به طوری که بیش از ۳۳.۴ درصد خانواده‌های شهری و ۴۰.۱ درصد خانواده‌های روستایی زیر خط فقر مطلق قرار گرفته‌اند و در نتیجه دسترسی آنها به خدمات سلامت نیز کاهش داشته است. همچنین از سال ۱۳۹۳ تغییرات قیمت کالاها و خدمات حوزه بهداشت و درمان در سطح مصرف‌کننده از تغییرات قیمت کل کالاها در سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بیشتر بوده است که خود به معنای افزایش نابرابری‌های حوزه سلامت برای اقشار و مناطق محروم است (باوش و همکاران، ۱۳۹۶: ۸۹-۹۰).

نابرابری‌های موجود در مناطق محروم باعث می‌شود تا دو گروه آسیب‌پذیر نامبرده شده در بالا، باز هم متحمل محرومیت بیشتری در زمینه عدالت سلامت باشند. به عبارت دیگر، آنها از محرومیت مضاعفی رنج می‌برند. به طور مثال، هر ساله تعدادی از نوزادان پیش از رسیدن به یک سالگی به دلایلی همچون نارس بودن، کم‌وزنی در زمان تولد، بیماری‌ها و نقص‌های مادرزادی و بیماری‌هایی مانند تب و تشنج، اسهال و مننژیت جان خود را از دست می‌دهند. آمارها حاکی از آن است که میزان این مرگ و میر در مناطق محروم کشور و دهک‌های پایین درآمد، بسیار بیشتر است که از جمله علل آن می‌توان به ضعف مراقبت‌های بهداشتی در زمان بارداری، تغذیه نامناسب مادر در هنگام بارداری و شیردهی، عدم وجود آگاهی و نبود امکانات مناسب جهت حفظ بهداشت فردی و کمبود مراکز بهداشتی و درمانی است. طبق آمارهای که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران ارائه داده است میزان مرگ و میر نوزادان زیر یک سال از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۹۳ در هر هزار تولد به این قرار است که در سال ۱۳۹۰ استان سیستان و بلوچستان با نرخ ۳۱.۸ درصد، استان خراسان جنوبی با نرخ ۳۰.۹ درصد، استان سمنان با نرخ ۲۹.۹ درصد بیشترین میزان مرگ و میر نوزادان زیر یک سال را به خود اختصاص داده‌اند؛ همچنین استان قم با ۱۳.۵ درصد، استان مازندران با نرخ ۱۳.۸ درصد و استان تهران با نرخ ۱۵.۸ درصد در هر هزار تولد کمترین میزان مرگ و میر در این سال را به خود اختصاص داده‌اند. از این رو به روشنی می‌توان دریافت که میزان توسعه یافتگی استان به نرخ مرگ و میر نوزادان زیر یک سال رابطه مثبتی دارد. در این زمینه همچنین باید به میزان

مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به ازای هر هزار تولد نیز توجه داشت که بیشتر در مناطق محروم و به علت کمبود امکانات بهداشتی و شیوع بیماری های واگیردار و یا بیماری های ناشی از آلودگی محیطی بوده است. علاوه بر آن تغذیه نامناسب نیز از دیگر عواملی است که در مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در بین اقشار و مناطق محروم تاثیرگذار بوده است (اخوان بهبهانی و بهرامی، ۱۳۹۹: ۲۸-۳۴).

علاوه بر کودکان مناطق محروم، زنان ساکن در این مناطق نیز محرومیت مضاعفی را در زمینه برابری سلامت متحمل می شوند. بر اساس گزارش عملکرد نظام کشوری مراقبت، مرگ و میر مادران در سال ۱۳۹۵ بالغ بر ۲۷۷ مورد بوده است که بر اساس این گزارش مرگ و میر مادران با منطقه محل سکونت و میزان تحصیلات ارتباط مستقیم دارد به گونه ای که از بین این مقدار ۱۰.۷ درصد بیسواد، ۲۹.۹ درصد دارای تحصیلات نر مقطع ابتدایی، ۲۰.۳۰ درصد دارای تحصیلات تا مقطع راهنمایی، ۲۳.۶ درصد دارای تحصیلات در مقطع دبیرستان، ۱۴ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی، ۰.۷۵ درصد دارای تحصیلات در مقطع دکتری و فوق دکتری، ۰.۷۵ درصد دارای تحصیلات حوزوی بوده اند؛ بنابراین بیش از ۸۰ درصد مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۴۰ درصد آنها بیسواد و یا در حد ابتدایی بوده اند. به لحاظ منطقه محل سکونت نیز ۵۶.۷ درصد از این زنان ساکن شهرها و ۸.۱۵ درصد ساکن حاشیه شهرها و ۲۴.۴ درصد ساکن مناطق روستایی بوده اند. (اخوان بهبهانی و بهرامی، ۱۳۹۹: ۲۸-۳۴).

۴. نحوه تأثیر سیاست های دولت بر برابری سلامت

سیاست های دولت جمهوری اسلامی ایران در ارتباط با مسئله سلامت را می بایست در برنامه ها و سیاست گذاری هایی جستجو کرد که به خصوص در چارچوب برنامه های قانون توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سایر اسناد مادر در دولت های مختلف به اجرا درآمده اند. در این زمینه دولت های روی کار آمده در هر دوره با اولویت بندی برنامه های سلامت، در راستای رفع نواقص، کمبودها و معضلات حوزه بهداشت و درمان گام برداشته اند. نخستین سیاست گذاری ها به اولین سال های بعد از انقلاب برمی گردد؛ گسترش شبکه بهداشتی و درمانی از جمله اولین طرح هایی بود که مورد تصویب مجلس شورای اسلامی قرار گرفت (۱). در سال ۱۳۶۲ خط مشی های اساسی بهداشت و درمان کشور اینطور ارائه گردید: ایجاد نظام هماهنگ خدمات درمان و بهداشت، توسعه و افزایش ظرفیت های سلامتی دانشکده های پزشکی در رشته های وابسته به پزشکی، سیاست تامین خدمات درمانی بر پایه بیمه درمانی، افزایش بازده

و کارایی نیروی انسانی در واحدهای بهداشت و درمان و بهبود مدیریت اجرای سیاست‌های عدم تمرکز و تامین مشارکت مردمی، هماهنگی خدمات پژوهشی با نیازهای اجرایی برنامه‌های بهداشت و درمان و توسعه ظرفیت تحقیقاتی، تامین ارتقای سلامت جسمی و روحی کودکان، سیاست جامع تغذیه و ریشه‌کنی بیماری‌های انگلی و عفونی (وزارت برنامه و بودجه، ۱۳۶۲). موضوع تخصیص و هدایت منابع و امکانات عملیاتی و خدماتی در رفع محرومیت مناطق محروم و توسعه تسهیلات بهداشتی و درمانی در سیاست‌های سال ۱۳۶۶ مورد تایید قرار گرفت (هوشیار حاجی حسینی، ۱۳۶۶: ۱۶). سازمان بهزیستی کشور در جهت حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و گسترش حوزه درمان و بهداشت نیز در همین دوره تشکیل شد که در عمل منجر به مداخله هر چه بیشتر دولت در امور درمان و بهداشت عمومی جامعه می‌شد (نگاه شود به). اما در ارتباط با برنامه‌های توسعه باید گفت که مسئله توجه به مناطق محروم و روستایی از همان آغاز مورد توجه قرار گرفت و سایر سیاست‌ها در زمینه گروه‌های دیگر در برنامه‌های بعدی جا داده شدند. مثلاً در برنامه دوم بر تامین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عامه مردم به خصوص ساکن در مناطق محروم و روستایی تاکید شد. همچنین بهداشت مادر، کودک و مسئله باروری در این برنامه مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفت. در برنامه سوم بر موضوع خصوصی سازی و جلب مشارکت غیردولتی تاکید شد. همچنین در ماده ۱۹۳ قانون مذکور موضوع عدالت توزیعی در ارائه خدمات، درمان و بستری مورد توجه قرار گرفت. در برنامه چهارم، سلامت به طور مستقل و جامع‌تری در سرفصل «ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی» آورده شده است. در این برنامه بر ارتقای هر چه بیشتر عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها تاکید شده است. (قانون چهارم برنامه، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۳۸۳). برنامه‌های درمانی از برنامه‌های پنجم به بعد، گروه‌های آسیب‌پذیر به خصوص زنان و از جمله زنان سرپرست خانوار و کودکان در شرایط آسیب‌پذیر را به طور خاص مشمول حمایت‌های بیمه‌ای قرار داده است. همچنین، آنچه از فحوای برنامه‌های توسعه به خصوص از برنامه چهارم به بعد بر می‌آید این است که سیاست‌های دولتی برای برابری در ارائه خدمات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را می‌توان شامل سیاست‌های دولتی مرتبط با هزینه‌های کاربر و طرح‌های بیمه موثر بر دسترسی افراد و خانواده‌های کم‌درآمد به خدمات بهداشتی، سیاست‌های مربوط به توزیع و آموزش نیروی کار در زمینه مراقبت‌های بهداشتی موثر، بر دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی در

مناطق روستایی و محروم، سیاست‌های مربوط به مقررات دارویی و قیمت‌گذاری جهت دسترسی به داروهای ضروری به‌ویژه برای بیماری‌های مزمن مانند دیابت و فشار خون، سیاست‌های مرتبط با آموزش پزشکی برای بالا بردن کیفیت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به‌ویژه برای مراقبت‌های تخصصی و دسترسی سهل‌الوصول‌تر در این زمینه، سیاست‌های مرتبط با فناوری و نوآوری در مراقبت‌های بهداشتی جهت دسترسی به درمان‌ها و خدمات پزشکی پیشرفته، سیاست‌های مرتبط با بهداشت محیط و کنترل آلودگی موثر بر سلامت جمعیت و کاهش نابرابری‌های بهداشتی، سیاست‌های مرتبط با سلامت روان معرفی نمود. این اصول همچنین در سند «ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت» از سوی مقام رهبری به قوای سه‌گانه نیز ملاحظه نمود.

۵. راهکارها و پیشنهادات

در نظام سلامت امروز کشور و با توجه به مجموع سیاست‌های تاکید شده به نظر می‌رسد سه محور عمده در جهت ارتقای عدالت سلامت و نزدیک تر شدن به این مقوله قابل شناسایی است. این سه محور شامل بیمه سلامت همگانی و چرخش از پوشش بیمه‌ای کارفرما محور به پوشش بیمه‌ای دولت محور، مراقبت‌های سلامت فرامکان از جمله پزشکی از راه دور و سلامت دیجیتال و تغییر پارادایم از حجم ارائه خدمات سلامت به ارزش ارائه خدمات سلامت می‌شوند. انتظار می‌رود که با توجه هر چه بیشتر به این محورها رفع نابرابری‌های امکان‌پذیرتر گردد.

۱.۵ بیمه سلامت همگانی و چرخش از پوشش بیمه‌ای کارفرما محور به پوشش بیمه‌ای دولت محور

اگرچه در ایران توجه کافی به بیمه تکمیلی و کیفیت عملکرد آن در نظام پرداخت‌ها شده است اما تا سال ۱۳۸۷ چیزی در حدود ۵۸ درصد هزینه‌های سلامت بر دوش خود مردم بود و دولت مرکزی ۲۷ درصد و کارفرمایان ۱۰ درصد هزینه‌های بیمه سلامت را پرداخت می‌کردند. لکن مبتنی بر اصل ۲۹ قانون اساسی که ناظر بر «پوشش همه خدمات درمانی که نبود آنها سلامت فرد را به خطر می‌اندازد» دولت‌های نظام جمهوری اسلامی ایران در صدد تامین منابع بیمه همگانی به ویژه از محل یارانه‌ها برآمدند. این در حالی است که همزمان هزینه‌های

نابرابری سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و تاثیر ... (مجید جراحی و دیگران) ۲۵۹

سلامت نیز افزایش یافتند به طوری که هر ساله بیش از ۲ درصد خانوارها به علت پرداخت هزینه‌های سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند (نبی‌پور، ۱۳۹۳: ۱۰۱۰).

۲.۵ مراقبت‌های سلامت فرامکان از جمله پزشکی از راه دور و سلامت دیجیتال

در دنیای پیشرفته امروز تکنولوژی نقش موثری در دستیابی به مراقبت‌های سلامت ایفا می‌کند به طوری که بر اساس پیش‌بینی‌های صورت گرفته بیش از ۵۰ درصد مراقبت‌های سلامت در دهه‌های آتی از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، در خانه و جامعه انجام خواهد شد. این مساله ناظر بر شکل‌گیری پزشکی و سلامت از راه دور است که بر اساس آن برنامه‌های کاربردی در تلفن‌های همراه از جمله حسگرهای زیستی و یا شبکه‌های اجتماعی مرتبط با سلامت به یاری افراد خواهند آمد و به این ترتیب افراد جامعه از اطلاعات لازم در زمینه سلامت خود بهره‌مند خواهند شد. از سوی دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز می‌توانند بیماران خود را فارغ از محل زندگی آنها و با گزینه‌ها و روش‌های موثرتری درمان کنند. همچنین مفهوم سلامت دیجیتال ناظر بر خدماتی است که به واسطه وسایل ارتباطی همراه عمل می‌کنند که یکی از دلایل به وجود آمدن این مفهوم روی کار آمدن تلفن‌های همراه و برنامه‌های کاربردی سلامت موجود در آنها بوده است که زیرساخت مناسب نرم‌افزاری را برای آموزش بیماران مهیا کرده است. آنچه که باید بدان اشاره داشت این است که شکل‌گیری فناوری سلامت دیجیتال و پذیرش آن توسط افراد منجر به افزایش مسئولیت‌پذیری افراد در قبال خود شده و به خود مراقبتی روی خواهند آورد که این مساله می‌تواند از میزان بیماری‌های مزمن همچون بیماری دیابت، بیماری مربوط به قلب و عروق و سرطان‌ها کاسته و یا در امور مراقبتی مربوط به این بیماری‌ها کارساز باشد. اما این مسئله در جمهوری اسلامی ایران علیرغم اشاره به ارتقاء دسترسی الکترونیکی مردم به منابع و خدمات سلامت در بسته مربوط به فناوری اطلاعات جای این روند کلان در سیاست‌های کلان‌خالی مانده و به درستی بدان پرداخته نشده است (نبی‌پور، ۱۳۹۳: ۱۰۱۰).

۳.۵ تغییر پارادایم از حجم ارائه خدمات سلامت به ارزش ارائه خدمات سلامت

در یک نگاه کلی به وضعیت فعلی نظام سلامت به نظر می‌رسد که ارائه خدمات سلامت مبتنی بر ارزش ناظر بر ارائه خدمات با کیفیت و با هزینه پایین است. در نتیجه، نظام پرداخت فعلی نظام سلامت مبتنی بر حجم بوده و به معنی ارائه خدمات سلامت به افراد بیشتر با هزینه‌های

بالاتر برای جذب سود بیشتر است که خود منجر به شکل‌گیری نوعی تورم در خدمات سلامت می‌شود. این در حالی است که به نظر می‌رسد که اگر ارائه خدمات سلامت از حجم به سمت ارزش تغییر کند، نه تنها کیفیت خدمات به واسطه مشوق‌های پرداختی افزایش می‌یابد، بلکه همچنین منجر به شفافیت بیشتر شده و ارائه دهندگان خدمات در زمینه کیفیت، کارآمدی، ایمنی و هزینه ارائه خدمات سلامت پاسخگو خواهند بود.

در چنین نظامی برای پرهیز از هزینه‌های بالا، غیرلازم و نامناسب مشوق‌هایی نیز ساختاربندی می‌شوند که با بهره‌گیری از سه پیشران عمده شتاب یافته و بازار خدمات سلامت را با تغییرات بنیادینی مواجه کرده است. اولین این پیشران‌ها خودمراقبتی فزاینده افراد و جستجوی خدمات باارزش است. پیشران دوم جنبش به سوی سلامت جامعه است. پیشران سوم نیز ورود بازیگران جدید حوزه فناوری به بازار سلامت است که ضمن رقابت و نوآوری به سلامت پر ارزش شکل می‌دهند. در جمهوری اسلامی ایران در بند ۸ سیاست‌های کلان نسبت به استانداردسازی، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت مبتنی بر عدالت اجتماعی اشاره شده و بر پاسخگویی و اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی و کارایی شبکه‌های بهداشتی و درمانی تاکید شده است (نبی‌پور، ۱۳۹۳: ۱۰۱۴).

۶. نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل نابرابری‌های سلامت در میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر در ایران، چنانچه در بالا آمد، تفاوت‌های قابل‌توجهی را در بین عوامل مختلف اجتماعی و جمعیت‌شناختی، مانند جنسیت، سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و موقعیت جغرافیایی نشان می‌دهد. این نابرابری‌ها نیاز به سیاست‌های هدفمند دولت را برجسته می‌کند که نیازهای منحصر به فرد مراقبت‌های بهداشتی این گروه‌ها را برطرف کند و دسترسی عادلانه به خدمات مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت را تضمین نماید. در این مقاله بر اساس عواملی چون سن، جنسیت و پایگاه اجتماعی سه گروه نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان به عنوان گروه اول، زنان گروه دوم و در آخر اقشار ساکن در مناطق محروم و حاشیه‌ای به عنوان گروه سوم مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. آمارها و همچنین پژوهش‌هایی که در ارتباط با این گروه‌ها در سالهای اخیر صورت پذیرفته بود، این واقعیت را مورد تایید قرار داد که این گروه‌های آسیب‌پذیر در زمینه سلامت و درمان همچنان با معضلاتی همچون کمی امکانات، تبعیض و عدم برنامه‌ریزی اصولی دست و پنجه نرم می‌کنند. با این وجود، بررسی سیاست‌های کلان از بعد از انقلاب بر این موضوع صحنه می‌گذارد که

همواره وضعیت این گروه‌ها و به خصوص اجرای عدالت اجتماعی در مورد آنها از رئوس مهم و پیگیری‌های جدی بوده است و تا حدودی نیز توانسته است وضعیت را به سمت بهبودی بیشتر و ارتقا اجرای عدالت در مورد آنها پیش ببرد. آنچه از این داده‌ها می‌توان به دست آورد این است که کاهش نابرابری‌های سلامت در ایران، همراه با سایر ابتکارات دولت، با تمرکز بر پوشش همگانی سلامت و بهبود زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی در مناطق محروم، موفقیت‌هایی داشته است با این حال، تلاش‌های بیشتری برای رسیدگی به نابرابری‌های مداوم، به‌ویژه در میان زنان، کودکان و جمعیت روستایی و مناطق محروم مورد نیاز است و برای دستیابی به برابری سلامت در ایران، ادامه اولویت‌بندی نیازهای جمعیت‌های آسیب‌پذیر و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد که به علل ریشه‌ای نابرابری‌های بهداشتی رسیدگی می‌کند، برای سیاست‌گذاران حیاتی است. با انجام این کار، جمهوری اسلامی ایران می‌تواند گام‌های مهمی در تضمین برخورداری همه شهروندان از فرصت‌های برابر برای دستیابی به سلامت و رفاه بهینه بردارد. با این حال وجود نابرابری در نظام سلامت مستلزم ایجاد و استقرار محورهای کلیدی دیگری است که در این مقاله به سه دسته تقسیم شده‌اند: بیمه سلامت همگانی و چرخش از پوشش بیمه‌ای کارفرما محور به پوشش بیمه‌ای دولت محور؛ مراقبت‌های سلامت فرامکان از جمله پزشکی از راه دور و سلامت دیجیتال و در پایان تغییر پارادایم از حجم ارائه خدمات سلامت به ارزش ارائه خدمات سلامت

کتاب‌نامه

- اخوان بهبهانی، علی؛ بهرامی، فهیمه. (۱۳۹۹) «فقر و نابرابری در حوزه بهداشت و سلامت». مجموعه گزارشهای فقر، نابرابری و تعارض منافع دفتر مطالعات رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. شماره ۷۶. ۱-۱۴۲
- آهنگران، نسترن؛ پورجمشیدی، زهره. (۱۴۰۰). «گروه بندی علت مرگ در جوانان بر اساس ICD10». فصلنامه بهورز. سال ۳۲. شماره ۱۰۸. ۶۶-۷۱.
- باوش، معصومه؛ شیانی، ملیحه؛ موسایی، میثم. (۱۳۹۶). «تحلیل عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر فقر و نابرابری حوزه سلامت طی سالهای ۱۳۹۴-۱۳۹۰». فصلنامه رفاه اجتماعی. سال هفدهم. شماره ۶۷. زمستان. ۷۱-۱۰۸.
- بلوچ رفسنجانی، الهه؛ مروتی شریف آباد، محمدعلی، جام برسنگ، سارا؛ میرزایی، محسن. (۱۴۰۱). «نیازهای سلامت سالمندان شهرستان رفسنجان، ایران». سالمند: مجله سالمندی ایران. دوره ۱۷. شماره ۲. ۲۳۲-

۲۶۲ جستارهای سیاسی معاصر، سال ۱۵، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳

جعفری نیا، عباس. (۱۳۹۸). «عدالت اجتماعی، عدالت فضایی و توسعه». فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای) سال دهم. شماره ۱. تابستان. ۲۹۸-۳۱۱.

جمشیدی مهر، فردین؛ مسعودی، جهانگیر؛ کهنسال، علیرضا. (۱۳۹۶). «تحلیل ماهیت عدالت در عرصه اخلاق با تأکید بر آرای ابن سینا». حکمت سینوی (مشکوه النور). سال بیست و یکم. شماره ۵۷. بهار و تابستان. ۱۰۷-۱۲۳.

حق پناه، رضا. (۱۳۸۰). «عدالت اجتماعی در قرآن». پژوهش‌های اجتماعی اسلامی (اندیشه حوزه سابق). شماره ۳۰.

زاهدی اصل، محمد؛ درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۵). «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوه‌دشت)». فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. سال هفتم. شماره ۲۶. بهار. ۱-۲۴.

سالاری، علی. (۲۰۱۸). «برابری و عدم تبعیض در نظام حقوق بشر». پژوهش‌های حقوقی. دوره ۱۷. شماره ۳۵. آبان. ۱۴۵-۱۶۹. صلواتی، عبدالله؛ شایان فر، شهناز. (۱۳۹۷). «مدل صدراپی در تفسیر اصل برابری در حقوق بشر». دوفصلنامه علمی حکمت صدراپی، سال ششم. شماره ۲. بهار و تابستان. ۱۰۷-۱۲۰.

طاهری، سیدمهدی. (۱۳۸۸). «عدالت از نگاه شهید مطهری». پگاه حوزه. شماره ۲۵۳.
عابدینی، آرش. (۱۳۹۴). بررسی مفهوم عدالت اجتماعی. تهران، ایران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱-۶۵. <https://sid.ir/paper/802192/fa>

غنی نژاد، موسی. (۱۳۸۰). «عدالت، عدالت اجتماعی و اقتصاد». بازتاب اندیشه. شماره ۱۵. ۹-۲۲.
فرجی آرپناهی، زهرا؛ ابراهیمی فر، جلال؛ عبدالهی آرپناهی، معصومه؛ ابراهیمی فر، عیسی؛ عبدالهی آرپناهی، زینب. (۱۳۹۹). «تحقق رویکرد عدالت اجتماعی از دیدگاه قرآن کریم و روایات». علوم اسلامی انسانی، سال ششم. شماره ۲۲. تابستان. ۱۹-۲۶.

کریمی، جمشید؛ بادینی، حسن؛ عباسلو، بختیار. (۱۴۰۲). «عدالت توزیعی در حقوق مدنی ایران». رهیافت انقلاب اسلامی. سال هفدهم. شماره ۶۲. بهار. ۲۷-۴۶.

گلستانی، صادق. (۱۳۸۵). «جایگاه عدالت اجتماعی در اسلام». مریان. سال ششم. شماره ۲۱. ۶-۴۰.
مومنی فر، مهدی. وزیری نژاد، رضا؛ احمدی نیا، حسن؛ رضائیان، محسن. (۱۴۰۲). «بررسی روند مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و وضعیت اقتصادی و بهداشتی خانواده‌های آنها طی سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۰ در شهرستان رفسنجان: یک مطالعه توصیفی». مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. جلد ۲۲. شماره ۴. ۴۱۸-۴۰۱.

نبی پور، ایرج. (۱۳۹۳). «تحلیل ابروند سیاست‌های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران». طب جنوب. سال هفدهم. شماره ۵. ۱۰۰۷-۱۰۳۰.

نابرابری سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و تاثیر ... (مجید جراحی و دیگران) ۲۶۳

واعظی، احمد. (۱۴۰۰). «عدالت اجتماعی و نسبت آن با عدالت توزیعی». فصلنامه علمی پژوهشی علوم سیاسی. سال بیست و چهارم. شماره ۹۵. پاییز. ۲۴-۷.

وحدانی‌نیا، ولی‌اله؛ سیدموسوی، میرسجاد، وحدانی‌نیا، محمدامین؛ وثوقی‌مقدم، عباس (۱۳۹۹) «سلامت به مثابه حق بشری، روایت حقوقی از منطق حکمرانی برای سلامت»، اخلاق و تاریخ پزشکی، شماره ۱۳، صص ۱-۱۸.

سایت‌ها

نظریه های عدالت، <http://jafarhashemlou.blogfa.com/post/2333>

میرحسینی، مهسا. «عدالت اجتماعی، شاخص‌ها و لوازم تحقق آن از دیدگاه امام خمینی». پورتال امام خمینی. ۱۳۹۶/۰۴/۰۹. <http://www.imam-khomeini.ir/fa/n126684C>

مقدم، رضوان. (۲۰۲۴). «نابرابری در بخش سلامت و زنان». مجله ویستا به نقل از روزنامه سلامت. ۹ تیر ۱۴۰۳. <https://vista.ir/m/a/icl3k>

Constitution of the World Health, Organization. Geneva, 1946. (Available online at: <http://www.who.int/governance/eb/>)

Human rights, Encyclopedia Britannica, <https://www.britannica.com/topic/human-rights>

Michelot, Agnès (2012), "Egalité des sexes, autonomisation des femmes", *Revue Juridique de l'environnement*, Volume 37, PP 631-632.

Paul, Bac Dorin (2008), "A history of the Concept oh Sustainable Development: Literature Review", *Annals of University of Oradeo, Economic Science Series*, Vol. 17. Issue 2, PP. 581-585.

Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Whitehead M. "Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, 1992; 22(3): 429-445.