Financial Support for Infertility Treatment in Iran as a Strategy for Health Equity and Population Policy Goals: A Policy Brief

Ebrahimzadeh F[1], Behzadifar M[2], Bakhtiari A[3], Azari S[4], Darvishi Teli B[4], Martini M[5], M Behzadifar[6*]

1. Nutritional Health Research Center, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
3. Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.
4. Health Management and Economics Research Center, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Health Sciences, University of Genoa, Genoa, Italy.
6. Social Determinants of Health Research Center, Department of Public Health, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

Received: *2025/10/8* Accepted: *2025/10/28*

Abstract

Background: Infertility is one of the major public health challenges in Iran, affecting approximately 20–25% of couples. The high cost of infertility treatments, such as in vitro fertilization (IVF) — averaging between 2,300 and 2,900 USD per cycle — poses a serious barrier for low-income families and residents of rural areas, increasing inequality in access to medical services. This situation may also hinder the achievement of the country's demographic goals. This policy study examines three financial support options for infertility treatment: (1) implementation of a subsidy program, (2) expansion of insurance coverage for assisted reproductive services, and (3) public–private partnerships (PPP). The findings indicate that expanding insurance coverage, combined with targeted subsidies for low-income couples, is the most effective and sustainable strategy to reduce financial barriers and promote equity in health. Evidence from countries such as France and Belgium shows that insurance coverage for assisted reproductive treatments can increase the utilization of these services by up to 40%. Economically, distributing costs among insured individuals reduces the direct financial pressure on the government and facilitates progress toward universal health coverage. Implementing this policy in Iran requires reforming insurance regulations, ensuring adequate financial resources, and expanding infertility treatment centers, particularly in underserved areas. Pilot implementation in major cities, followed by nationwide expansion, could ensure equitable access to infertility care, increase birth rates, and help achieve the country's population goals.

Keywords: Infertility, Financial Support, Health Equity, Insurance Coverage, Population Policies, Health Policy.

Citation: Ebrahimzadeh F, Behzadifar M, Bakhtiari A, Azari S, Darvishi Teli B, Martini M, M Behzadifar. Financial Support for Infertility Treatment in Iran as a Strategy for Health Equity and Population Policy Goals: A Policy Brief. Yafte. (Special Policy Brief) :80-97.

***Correspondence Address: Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran..**

Email: behzadifar@lums.ac.ir

حمایت مالی از درمان ناباروری در ایران به عنوان راهکاری برای عدالت سلامت و تحقق اهداف جمعیتی: یک خلاصه سیاستی

فرزاد ابراهیم زاده[1]، میثم بهزادی فر[2]، احد بختیاری[3]، صمد آذری[4]، بنفشه درویشی تلی[4]، ماریانو مارتینی[5]، مسعود بهزادی فر[6]*

۱- مرکز تحقیقات بهداشت تغذیه، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۳- مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵- دانشکده بهداشت، دانشگاه جنوا، جنوا، ایتالیا

۶- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

یافته / ویژه نامه خلاصه سیاستی / پاییز ۱۴۰۴

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۶/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۸/۶

مقدمه: ناباروری یکی از چالش‌های مهم سلامت عمومی در ایران است و حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از زوج‌ها را درگیر کرده است. هزینه بالای درمان‌های ناباروری، از جمله لقاح آزمایشگاهی با میانگین ۲۳۰۰ تا ۲۹۰۰ دلار برای هر چرخه، مانعی جدی برای خانواده‌های کم‌درآمد و ساکنان مناطق روستایی ایجاد کرده و نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی را افزایش داده است. این وضعیت می‌تواند تحقق اهداف جمعیتی کشور را نیز با مشکل مواجه کند. این مطالعه سیاستی سه گزینه حمایت مالی از درمان ناباروری را بررسی کرده است: ۱) اجرای برنامه یارانه‌ای، ۲) گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات کمک‌باروری، و ۳) مشارکت‌های عمومی-خصوصی (PPP). نتایج نشان می‌دهد گسترش پوشش بیمه‌ای، همراه با یارانه‌های هدفمند برای زوج‌های کم‌درآمد، مؤثرترین و پایدارترین راهکار برای کاهش موانع مالی و ارتقای عدالت در سلامت است. تجربه کشورهایی مانند فرانسه و بلژیک نشان می‌دهد پوشش بیمه‌ای درمان‌های کمک‌باروری می‌تواند استفاده از این خدمات را تا ۴۰ درصد افزایش دهد. از نظر اقتصادی، تقسیم هزینه‌ها بین بیمه‌شدگان، فشار مستقیم بر بودجه دولت را کاهش داده و زمینه دستیابی به پوشش همگانی سلامت را فراهم می‌سازد. اجرای این سیاست در ایران مستلزم اصلاح قوانین بیمه، تأمین منابع مالی کافی و توسعه مراکز ناباروری به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار است. اجرای آزمایشی این طرح در شهرهای بزرگ و گسترش تدریجی آن در سطح ملی می‌تواند ضمن تضمین دسترسی عادلانه به درمان ناباروری، به افزایش نرخ زاد و ولد و تحقق اهداف جمعیتی کشور کمک کند.

واژه‌های کلیدی: ناباروری، حمایت مالی، عدالت در سلامت، پوشش بیمه‌ای، سیاست‌های جمعیتی، سیاست گذاری سلامت.

***آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده بهداشت و تغذیه، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.**

پست الکترونیک: behzadifar@lums.ac.ir

مقدمه

ناباروری در ایران تنها یک مشکل پزشکی نیست، بلکه یک بحران عمیق اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است که بنیان خانواده یکی از ارزش‌های محوری جامعه ایرانی را به چالش می‌کشد (۱). در کشوری که فرزندآوری و تداوم نسل نه تنها یک انتخاب شخصی بلکه بخشی از هویت فرهنگی و دینی تلقی می‌شود، میلیون‌ها زوج به دلیل موانع مالی از تحقق این آرزو محروم مانده‌اند (۲). با پیشرفت‌های پزشکی، درمان‌های پیشرفته‌ای مانند لقاح آزمایشگاهی In Vitro Fertilization (IVF) و تلقیح داخل رحمی Intrauterine Insemination (IUI) در دسترس قرار گرفته‌اند، اما هزینه‌های سرسام‌آور این روش‌ها شکافی عمیق میان طبقات اجتماعی ایجاد کرده است (۳). ثروتمندان می‌توانند به راحتی به این خدمات دسترسی پیدا کنند، در حالی که زوج‌های کم‌درآمد یا ساکنان مناطق روستایی اغلب با ناامیدی، بدهی‌های سنگین، یا حتی فروپاشی زندگی مشترک مواجه می‌شوند. این نابرابری نه تنها یک چالش بهداشتی، بلکه یک تهدید برای انسجام اجتماعی و اهداف کلان ملی ایران است (۴).

در دهه‌های گذشته، سیاست‌های جمعیتی ایران دستخوش تحولات چشمگیری شده است. پس از سال‌ها تأکید بر کنترل جمعیت، از سال ۲۰۱۴ به بعد، دولت و مقامات ارشد به سمت تشویق افزایش فرزندآوری حرکت کرده‌اند تا با روند سالمندی و پیری جمعیت مقابله کنند (۵). این تغییر جهت، ناباروری را به یک اولویت ملی تبدیل کرده است، زیرا زوج‌هایی که نمی‌توانند به طور طبیعی بچه‌دار شوند، بخش مهمی از پتانسیل جمعیتی کشور را تشکیل می‌دهند. با این حال، نظام سلامت ایران هنوز نتوانسته پاسخ مناسبی به این نیاز فزاینده ارائه دهد (۶). هزینه‌های درمان، که اغلب چندین برابر درآمد سالانه یک خانواده متوسط است، همراه با دسترسی محدود به خدمات تخصصی در مناطق محروم، باعث شده که بسیاری از زوج‌ها از چرخه مراقبت خارج شوند. این وضعیت نه تنها بار عاطفی و روانی سنگینی بر دوش خانواده‌ها می‌گذارد، بلکه با هدف اعلام‌شده کشور برای رسیدن به جمعیتی ۱۵۰ میلیونی در تضاد است (۷).

این خلاصه سیاستی با هدف پر کردن این شکاف طراحی شده است و بر ضرورت حمایت مالی از زوج‌های نابارور در چارچوب نظام سلامت ایران تأکید دارد. ناباروری تنها یک مشکل فردی نیست؛ تأثیرات آن بر سلامت روان، ثبات خانوادگی، و حتی اقتصاد خانوارها گسترده است. زوج‌هایی که به دلیل فقدان منابع مالی از درمان محروم می‌شوند، ممکن است با انزوای اجتماعی، افسردگی، یا فشارهای خانوادگی مواجه شوند مشکلاتی که در فرهنگ ایران، که به شدت بر نقش والدین تأکید دارد، دوچندان می‌شود. علاوه بر این، ناتوانی در تأمین هزینه‌های درمان می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های ناامیدانه مانند فروش دارایی‌ها یا گرفتن وام‌های سنگین منجر شود، که خود چرخه فقر را تقویت می‌کند.

زمینه مشکل

ناباروری در ایران یکی از چالش‌های مهم سلامت عمومی است که ابعاد پزشکی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی گسترده‌ای دارد. بر اساس برآوردها، حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد زوج‌های ایرانی در سن باروری یعنی چیزی بین ۳ تا ۵ میلیون زوج با مشکل ناباروری مواجه هستند (۸). این رقم به طور قابل توجهی بالاتر از میانگین جهانی ۸ تا ۱۲ درصد است و ایران را در زمره کشورهایی با شیوع بالای ناباروری قرار می‌دهد. علل این میزان بالا متنوع‌اند و شامل عوامل زیست‌محیطی مانند آلودگی هوا و آب، تغییرات سبک زندگی نظیر افزایش سن ازدواج، و شیوع فزاینده بیماری‌هایی مانند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و مشکلات اسپرم در مردان می‌شوند. همچنین، استرس‌های ناشی از شرایط اقتصادی و اجتماعی، که ممکن است بر باروری تأثیر منفی گذاشته باشند (۹).

تاریخچه سیاست‌های جمعیتی ایران نقش مهمی در برجسته کردن ناباروری به عنوان یک مسئله ملی ایفا کرده است. در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، پس از انقلاب اسلامی، ایران شاهد رشد سریع جمعیت بود و سیاست‌های تشویقی برای افزایش زاد و ولد دنبال می‌شد (۱۰). اما در دهه ۱۹۹۰، با نگرانی از انفجار جمعیتی، برنامه‌های تنظیم خانواده به شدت اجرا شدند که شامل دسترسی گسترده به وسایل پیشگیری از بارداری و آموزش عمومی بود. این تلاش‌ها موفقیت‌آمیز بود و نرخ باروری کل از بیش از ۶ فرزند به ازای هر زن در دهه ۱۹۸۰ به حدود ۲ فرزند در اوایل دهه ۲۰۰۰ کاهش یافت. با این حال، این کاهش سریع، همراه با افزایش امید به زندگی، به پیری جمعیت منجر شد و نگرانی‌هایی درباره کاهش نیروی کار و فشار بر سیستم‌های بازنشستگی ایجاد کرد (۱۱).

در پاسخ به این روند، از سال ۲۰۱۴، سیاست‌های جمعیتی ایران تغییر جهت داد. رهبر انقلاب، در سخنرانی‌های متعدد بر لزوم افزایش جمعیت به ۱۵۰ میلیون نفر تأکید کردند و خواستار حذف موانع فرزندآوری شدند. این تغییر رویکرد، که به صورت رسمی در "سیاست‌های کلی جمعیت" اعلام شد، ناباروری را به یک اولویت ملی تبدیل کرد (۱۲). زوج‌های نابارور، که بخشی از پتانسیل جمعیتی کشور را تشکیل می‌دهند، اکنون در مرکز توجه قرار گرفته‌اند، زیرا بدون حمایت از آن‌ها، هدف افزایش نرخ زاد و ولد دست‌نیافتنی به نظر می‌رسد. با این حال، علی‌رغم این تغییر سیاست، زیرساخت‌های سلامت و حمایت‌های مالی لازم برای رسیدگی به ناباروری به طور کامل توسعه نیافته‌اند (۱۳).

ایران از نظر پزشکی در حوزه درمان ناباروری پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است و برخی از کلینیک‌های باروری آن، مانند مؤسسه رویان در تهران، در سطح منطقه خاورمیانه پیشرو هستند (۱۴). درمان‌هایی مانند IVF ، IUI، و تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی (ICSI - Intracytoplasmic Sperm Injection) در شهرهای بزرگ مانند تهران، شیراز، اصفهان و مشهد در دسترس‌اند (۱۵). هزینه یک چرخه IVF در ایران بین ۲۳۰۰ تا ۲۹۰۰ دلار است که شامل هزینه‌های تشخیص (حدود ۵۰۰ دلار)، داروها (حدود ۱۲۰۰ دلار)، و مراحل درمانی (حدود ۱۲۰۰ دلار) می‌شود. این هزینه‌ها در مقایسه با کشورهای غربی مانند ایالات متحده، که یک چرخه IVF ممکن است ۱۲،۰۰۰ تا ۱۵،۰۰۰ دلار هزینه داشته باشد، پایین‌تر است، اما با توجه به سطح درآمد در ایران، همچنان برای اکثریت مردم غیرقابل دسترس است.

میانگین درآمد سالانه خانوار در ایران، بر اساس برآوردهای سال ۲۰۲۵، بین ۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ دلار است. این بدان معناست که هزینه یک چرخه IVF می‌تواند بیش از نیمی از درآمد سالانه یک خانواده را مصرف کند، و با توجه به اینکه موفقیت IVF اغلب به چندین چرخه نیاز دارد (نرخ موفقیت هر چرخه برای زنان زیر ۳۵ سال حدود ۴۰ درصد و برای بالای ۴۰ سال حدود ۱۵ درصد است)، این هزینه‌ها به سرعت نجومی می‌شوند (۱۶). برای خانواده‌های کم‌درآمد، به ویژه در مناطق روستایی، این وضعیت حتی وخیم‌تر است. در استان‌هایی مانند سیستان و بلوچستان، کردستان یا هرمزگان، تعداد کلینیک‌های تخصصی ناباروری بسیار محدود است و زوج‌ها باید مسافت‌های طولانی را طی کنند تا به مراکز شهری دسترسی پیدا کنند. این سفرها هزینه‌های اضافی حمل‌ونقل، اقامت، و از دست دادن درآمد ناشی از مرخصی کاری را به همراه دارند هزینه‌هایی که ممکن است به ۲۰۰ تا ۳۰۰ دلار برای هر سفر برسد (۱۷).

تلاش‌های کنونی برای حمایت از زوج‌های نابارور در ایران پراکنده و ناکافی‌اند. برنامه "برکت خانواده" که توسط بنیاد برکت وابسته به ستاد اجرایی فرمان امام راه‌اندازی شده، یکی از ابتکارات برجسته است (۱۸). این

برنامه از سال ۲۰۱۶ خدمات رایگان یا کم‌هزینه IVF را در برخی استان‌ها ارائه می‌دهد و تاکنون به حدود ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ زوج در سال کمک کرده است. با این حال، در برابر میلیون‌ها زوج نیازمند، این میزان پوشش قطره‌ای در اقیانوس است. علاوه بر این، تمرکز این برنامه بر مناطق خاص و نبود شفافیت در معیارهای انتخاب دریافت‌کنندگان، کارایی آن را محدود کرده است. در بخش خصوصی، برخی کلینیک‌ها تخفیف‌هایی برای بیماران کم‌درآمد ارائه می‌دهند، اما این اقدامات به صورت موردی و بدون هماهنگی سیستمی انجام می‌شود (۱۹).

بیمه‌های درمانی نیز نقش محدودی در این حوزه ایفا می‌کنند. بیمه‌های عمومی مانند سازمان تأمین اجتماعی یا بیمه سلامت ایران، که بیش از ۹۰ درصد جمعیت را تحت پوشش دارند، معمولاً فقط خدمات پایه مانند ویزیت پزشک و برخی داروهای عمومی را پوشش می‌دهند و فناوری‌های کمک‌باروری (ART - Assisted Reproductive Technology) را به عنوان خدمات "غیرضروری" یا "اختیاری" کنار می‌گذارند (۲۰). بیمه‌های خصوصی نیز به ندرت ART را شامل می‌شوند، و حتی در مواردی که چنین پوششی ارائه می‌شود، حق بیمه‌های بالا و شرایط سخت‌گیرانه، آن را برای اکثر مردم غیرقابل استفاده می‌کند. این خلأ در پوشش بیمه‌ای به این معناست که هزینه‌های درمان به طور کامل بر دوش زوج‌ها می‌افتد، که در شرایط اقتصادی کنونی ایران با تورم بالا، بیکاری، و کاهش قدرت خرید فشاری مضاعف ایجاد می‌کند (۲۱).

از منظر اقتصادی، تحریم‌های بین‌المللی تأثیر عمیقی بر دسترسی به درمان ناباروری داشته‌اند. بسیاری از داروهای باروری، مانند گنادوتروپین‌ها، و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای ART وارداتی هستند (۲۲). از زمان اعمال مجدد تحریم‌ها در سال ۲۰۱۸، ارزش ریال به شدت کاهش یافته و هزینه واردات این اقلام چندین برابر شده است. به عنوان مثال، قیمت یک ویال داروی باروری که در سال ۲۰۱۷ حدود ۵۰۰،۰۰۰ ریال (۲۰ دلار) بود، اکنون ممکن است به بیش از ۲ میلیون ریال (۸۰ دلار) برسد. این افزایش قیمت، همراه با کمبود گاه‌به‌گاه داروها در بازار به دلیل مشکلات ارزی، دسترسی به درمان را برای کلینیک‌ها و بیماران دشوارتر کرده است (۲۳).

از نظر اجتماعی، ناباروری در ایران فراتر از یک مشکل پزشکی، به یک معضل فرهنگی تبدیل شده است. در جامعه‌ای که هویت زن و مرد اغلب با نقش والدگری گره خورده است، ناتوانی در بچه‌دار شدن می‌تواند به انگ اجتماعی، طرد خانوادگی، و حتی فروپاشی ازدواج منجر شود. زنان به ویژه تحت فشار هستند، زیرا ناباروری اغلب به اشتباه به آن‌ها نسبت داده می‌شود، حتی زمانی که مشکل از طرف مرد باشد (حدود ۴۰ درصد موارد ناباروری به عوامل مردانه مربوط است). این فشارهای فرهنگی، همراه با بار مالی درمان، زوج‌ها را در موقعیتی شکننده قرار می‌دهد و نیاز به مداخله سیستمی را بیش از پیش آشکار می‌کند (۲۴).

وضعیت کنونی ناباروری در ایران نشان‌دهنده یک پارادوکس است: از یک سو، کشور دارای ظرفیت پزشکی پیشرفته و انگیزه سیاسی برای افزایش جمعیت است؛ از سوی دیگر، موانع مالی و ساختاری مانع از بهره‌برداری کامل از این ظرفیت می‌شوند. بدون حمایت مالی جامع، ناباروری نه تنها اهداف جمعیتی ایران را تضعیف می‌کند، بلکه نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی را در دسترسی به خدمات بهداشتی تشدید می‌کند. این شکاف، ضرورت بازنگری در سیاست‌های سلامت و تخصیص منابع را برای حصول اطمینان از اینکه همه زوج‌ها، صرف‌نظر از وضعیت مالی‌شان، شانس تشکیل خانواده داشته باشند، برجسته می‌سازد.

تحلیل مشکل

دسترسی مالی محدود به درمان ناباروری در ایران یکی از موانع اصلی در مسیر تحقق عدالت در سلامت و حمایت از اهداف جمعیتی کشور است. این مشکل از مجموعه‌ای از علل ساختاری، اقتصادی و اجتماعی سرچشمه می‌گیرد که در کنار هم، زوج‌های نابارور را در موقعیت دشواری قرار می‌دهند (۲۵). در این بخش، ریشه‌های این بحران، پیامدهای چندوجهی آن بر زوج‌ها و جامعه، و شکاف‌های موجود در نظام سلامت ایران به تفصیل بررسی می‌شوند تا زمینه‌ای روشن برای ارائه راه‌حل‌های سیاستی فراهم شود.

علل مالی و اقتصادی هزینه های بالای درمان‌های ناباروری، مانند IVF، یکی از اصلی‌ترین موانع دسترسی است. یک چرخه IVF در ایران بین ۲۳۰۰ تا ۲۹۰۰ دلار هزینه دارد که به سه بخش عمده تقسیم می‌شود: آزمایش‌های تشخیصی (حدود ۵۰۰ دلار)، داروهای هورمونی (حدود ۱۲۰۰ دلار)، و مراحل درمانی و جراحی (حدود ۱۲۰۰ دلار). این هزینه‌ها به خودی خود پیچیدگی فرآیند را منعکس می‌کنند؛ آزمایش‌های تشخیصی شامل سونوگرافی‌های پیشرفته، آزمایش‌های هورمونی، و گاهی ژنتیکی است که به تجهیزات تخصصی نیاز دارد (۲۶). داروها، مانند گنادوتروپین‌ها، که برای تحریک تخمک‌گذاری استفاده می‌شوند، اغلب وارداتی‌اند و قیمت آن‌ها به شدت تحت تأثیر نوسانات ارزی قرار دارد. مراحل درمانی نیز به متخصصان آموزش‌دیده، اتاق عمل مجهز، و تکنولوژی‌های پیشرفته وابسته است (۲۷).

این هزینه‌ها در مقایسه با سطح درآمد در ایران به شدت نامتناسب‌اند. با میانگین درآمد سالانه خانوار بین ۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ دلار، یک چرخه IVF می‌تواند بیش از نیمی از درآمد سالانه یک خانواده را مصرف کند. این در حالی است که موفقیت IVF به طور متوسط تنها ۴۰ درصد برای زنان زیر ۳۵ سال و ۱۵ درصد برای زنان بالای ۴۰ سال است، و بسیاری از زوج‌ها به دو یا سه چرخه نیاز دارند تا نتیجه بگیرند (۲۸). در نتیجه، هزینه کل برای یک بارداری موفق ممکن است به ۶۰۰۰ تا ۹۰۰۰ دلار برسد مبلغی که برای اکثر خانواده‌های ایرانی، به ویژه در دهک‌های پایین درآمدی، غیرقابل تصور است. علاوه بر این، تحریم‌های اقتصادی از سال ۲۰۱۸ ارزش ریال را به شدت کاهش داده و قیمت داروها و تجهیزات وارداتی را افزایش داده است (۲۹). به عنوان مثال، یک ویال داروی باروری که در سال ۲۰۱۷ حدود ۵۰۰،۰۰۰ ریال (۲۰ دلار) بود، اکنون ممکن است بیش از ۲ میلیون ریال (۸۰ دلار) هزینه داشته باشد، که این افزایش قیمت فشار مضاعفی بر زوج‌ها وارد می‌کند. پیامدهای اجتماعی و روانی پیامدهای مالی این وضعیت فراتر از صرف هزینه‌ها، به ابعاد اجتماعی و روانی زندگی زوج‌ها سرایت می‌کند. تأخیر در درمان به دلیل ناتوانی مالی یکی از شایع‌ترین نتایج است. هرچه سن زوج‌ها به ویژه زنان بالاتر می‌رود، شانس موفقیت درمان کاهش می‌یابد، که خود چرخه‌ای از ناامیدی و هزینه‌های بیشتر را به دنبال دارد (۳۰). این تأخیر نه تنها از نظر پزشکی مشکل‌ساز است، بلکه فشار عاطفی شدیدی بر زوج‌ها وارد می‌کند. ناباروری در فرهنگ ایران، که به شدت بر نقش والدگری تأکید دارد، اغلب با انگ اجتماعی همراه است. زنان به طور خاص تحت فشار قرار می‌گیرند و گاهی به اشتباه مقصر شناخته می‌شوند، حتی زمانی که مشکل از طرف مرد باشد (حدود ۴۰ درصد موارد ناباروری به عوامل مردانه مربوط است). این انگ می‌تواند به انزوای اجتماعی، طرد خانوادگی، و حتی جدایی منجر شود (۳۱).

از نظر روانی، زوج‌های نابارور با نرخ‌های بالایی از افسردگی، اضطراب، و کاهش اعتماد به نفس مواجه‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که ناباروری می‌تواند به همان اندازه بیماری‌های مزمن مانند سرطان بر سلامت روان تأثیر بگذارد. در ایران، این تأثیرات به دلیل انتظارات فرهنگی تشدید می‌شوند؛ خانواده‌های گسترده و جامعه

اغلب از زوج‌های جوان انتظار دارند که به سرعت بچه‌دار شوند، و ناکامی در این امر می‌تواند به تنش‌های خانوادگی و سرزنش مداوم منجر شود (۳۲). برای زوج‌های روستایی، این فشارها ممکن است با انزوای جغرافیایی ترکیب شود، زیرا دسترسی به خدمات مشاوره روان‌شناختی یا گروه‌های حمایتی در مناطق دورافتاده تقریباً وجود ندارد. پیامدهای اقتصادی بر خانوارها از منظر اقتصادی، ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمان اغلب زوج‌ها را به تصمیم‌گیری‌های ناامیدانه سوق می‌دهد. بسیاری از خانواده‌ها برای تأمین هزینه‌ها وام می‌گیرند، دارایی‌هایی مانند زمین یا طلا می‌فروشند، یا از پس‌اندازهای حیاتی خود استفاده می‌کنند. این اقدامات می‌تواند آن‌ها را به چرخه فقر بکشاند، به ویژه در شرایطی که اقتصاد ایران با تورم بالا (بیش از ۴۰ درصد در سال‌های اخیر)، بیکاری، و کاهش قدرت خرید دست و پنجه نرم می‌کند (۳۳).

این فشارهای اقتصادی نه تنها بر زوج‌ها، بلکه بر کل نظام اقتصادی تأثیر می‌گذارد. خانوارهایی که به دلیل هزینه‌های ناباروری به فقر کشیده می‌شوند، کمتر قادر به مشارکت در مصرف و سرمایه‌گذاری هستند، که می‌تواند رشد اقتصادی را در سطح محلی و ملی تضعیف کند. علاوه بر این، عدم دسترسی به درمان می‌تواند نرخ باروری کل را کاهش دهد، که با هدف ملی ایران برای افزایش جمعیت به ۱۵۰ میلیون نفر در تضاد است. در واقع، ناباروری بدون درمان، بخشی از پتانسیل جمعیتی کشور را از بین می‌برد و بار آینده بر سیستم‌های تأمین اجتماعی و بازنشستگی را سنگین‌تر می‌کند (۳۴).

شکاف‌های سیستمی در نظام سلامت، با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در پوشش همگانی سلامت (بیش از ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌اند)، در ارائه حمایت کافی برای ناباروری ناکام مانده است (۳۵). یکی از بزرگ‌ترین شکاف‌ها، نبود پوشش بیمه‌ای برای ART است. بیمه‌های عمومی، مانند سازمان تأمین اجتماعی یا بیمه سلامت ایران، معمولاً فقط خدمات پایه مانند ویزیت پزشک، داروهای عمومی، و برخی جراحی‌های ضروری را پوشش می‌دهند (۳۶). ART اغلب به عنوان "خدمات غیرضروری" یا "اختیاری" طبقه‌بندی می‌شود و از دایره پوشش خارج می‌ماند. این در حالی است که ناباروری یک بیماری شناخته‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی است و درمان آن می‌تواند بخشی از مراقبت‌های اولیه سلامت تلقی شود (۳۷).

بیمه‌های خصوصی نیز کمکی نمی‌کنند؛ اکثر طرح‌ها یا ART را پوشش نمی‌دهند یا با حق بیمه‌های بالا و شرایط سخت‌گیرانه، آن را برای اکثریت غیرقابل دسترس می‌کنند. این خلأ بیمه‌ای به این معناست که زوج‌ها باید کل هزینه را از جیب خود بپردازند، که در کشوری با اقتصاد تحت فشار مانند ایران، برای بسیاری غیرممکن است (۳۸). علاوه بر این، بودجه دولتی برای برنامه‌های ناباروری محدود و ناکافی است. ابتکاراتی مانند برنامه "برکت خانواده"، که خدمات رایگان یا کم‌هزینه IVF را در برخی مناطق ارائه می‌دهد، سالانه تنها ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ زوج را پوشش می‌دهد، در حالی که میلیون‌ها نفر نیازمندند. این برنامه‌ها اغلب فاقد شفافیت در انتخاب دریافت‌کنندگان و پوشش جغرافیایی گسترده‌اند، که کارایی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۳۹).

شکاف دیگر در توزیع نابرابر خدمات است. کلینیک‌های تخصصی ناباروری عمدتاً در شهرهای بزرگ مانند تهران، شیراز، اصفهان و مشهد متمرکزند، در حالی که مناطق روستایی و محروم مانند سیستان و بلوچستان یا خراسان جنوبی از چنین امکاناتی بی‌بهره‌اند (۴۰). این نابرابری جغرافیایی دسترسی را برای زوج‌های روستایی دشوارتر می‌کند و هزینه‌های سفر و اقامت را به بار مالی آن‌ها اضافه می‌کند. همچنین، کمبود متخصصان باروری در مناطق غیرشهری و نبود برنامه‌های آموزشی مداوم برای ارتقای مهارت‌های کادر درمان، کیفیت خدمات را در این مناطق

تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکل دسترسی مالی به درمان ناباروری در ایران از ترکیبی از هزینه‌های بالا، پیامدهای اجتماعی و روانی شدید، فشارهای اقتصادی بر خانوارها، و شکاف‌های سیستمی در نظام سلامت ناشی می‌شود (۴۱). این عوامل با هم، زوج‌های کم‌درآمد و روستایی را بیش از دیگران متأثر می‌کنند و نابرابری‌های موجود را تشدید می‌کنند. این وضعیت نه تنها با هدف عدالت در سلامت ایران در تضاد است، بلکه مانعی جدی برای تحقق سیاست‌های جمعیتی کشور ایجاد می‌کند. بدون مداخله هدفمند، میلیون‌ها زوج از حق اساسی خود برای تشکیل خانواده محروم می‌مانند و پیامدهای بلندمدت آن بر جامعه و اقتصاد ایران اجتناب‌ناپذیر خواهد بود.

گزینه های سیاستی

برای رفع بحران دسترسی مالی به درمان ناباروری در ایران، سه گزینه سیاستی اصلی پیشنهاد می‌شود که هر یک رویکرد متفاوتی برای کاهش بار مالی زوج‌ها و افزایش دسترسی به خدمات باروری ارائه می‌دهند. این گزینه‌ها شامل برنامه یارانه‌ای درمان، گسترش پوشش بیمه، و مشارکت‌های عمومی–خصوصی هستند. در ادامه، هر گزینه به تفصیل توضیح داده شده و مزایا، معایب، و امکان‌پذیری آن‌ها در چارچوب شرایط ایران بررسی می‌شود تا سیاست‌گذاران بتوانند بهترین مسیر را انتخاب کنند.

گزینه ۱: برنامه یارانه‌ای درمان

توضیح: در این گزینه، دولت به طور مستقیم ۵۰ تا ۷۵ درصد هزینه‌های درمان ناباروری (مانند ۱۱۵۰ تا ۲۱۷۵ دلار برای هر چرخه IVF) را برای زوج‌های کم‌درآمد با درآمد سالانه زیر ۵۰۰۰ دلار یارانه می‌دهد. این برنامه می‌تواند از طریق وزارت بهداشت و با همکاری کلینیک‌های عمومی و خصوصی اجرا شود. زوج‌ها باید مدارک درآمدی ارائه دهند و تعداد چرخه‌های یارانه‌ای برای هر زوج (مثلاً حداکثر سه چرخه) محدود شود تا از سوءاستفاده جلوگیری شود. این طرح می‌تواند به صورت آزمایشی در چند استان با شیوع بالای ناباروری، مانند تهران و خوزستان، آغاز شود و سپس در سراسر کشور گسترش یابد.

مزایا: این گزینه مستقیماً هزینه‌ها را برای فقیرترین زوج‌ها کاهش می‌دهد و دسترسی به خدمات را برای کسانی که در غیر این صورت هیچ امیدی به درمان ندارند، فراهم می‌کند. این رویکرد با هدف عدالت در سلامت هم‌راستاست و می‌تواند نرخ باروری را در میان گروه‌های محروم افزایش دهد، که با سیاست‌های جمعیتی ایران برای رسیدن به جمعیت ۱۵۰ میلیونی سازگار است. تجربه کشورهایی مانند ترکیه نشان می‌دهد که یارانه‌های هدفمند می‌توانند دسترسی به IVF را تا سه برابر افزایش دهند. علاوه بر این، این برنامه می‌تواند فشار روانی و اقتصادی بر خانواده‌ها را کاهش دهد و از فروپاشی خانوارهای فقیر جلوگیری کند. از منظر سیاسی، چنین طرحی می‌تواند حمایت عمومی را به دنبال داشته باشد و به عنوان یک دستاورد اجتماعی برای دولت مطرح شود.

معایب: هزینه مالی این برنامه قابل توجه است. برای مثال، اگر سالانه ۵۰،۰۰۰ زوج تحت پوشش قرار گیرند و هر زوج به طور متوسط ۲۰۰۰ دلار یارانه دریافت کند، هزینه کل سالانه به ۱۰۰ میلیون دلار می‌رسد مبلغی که در بودجه کنونی ایران با محدودیت‌های اقتصادی ناشی از تحریم‌ها چالش‌برانگیز است. خطراتی مانند سوءاستفاده یا تقاضای بیش از حد نیز وجود دارد، به‌ویژه اگر معیارهای انتخاب شفاف نباشند یا نظارت کافی اعمال نشود. همچنین، اجرای این طرح نیازمند زیرساخت‌های اداری قوی برای تأیید درآمد، جلوگیری از تقلب، و توزیع عادلانه منابع است که ممکن است در کوتاه‌مدت در دسترس نباشد. در نهایت، این گزینه ممکن است به تنهایی برای زوج‌های با درآمد متوسط که واجد شرایط یارانه نیستند اما همچنان توان پرداخت کامل هزینه‌ها را ندارند، کافی نباشد.

امکان‌پذیری: امکان‌پذیری این گزینه متوسط است. ایران تجربه‌هایی در اجرای برنامه‌های یارانه‌ای هدفمند (مانند یارانه نقدی سوخت) دارد که می‌تواند به عنوان الگو استفاده شود. با این حال، تخصیص بودجه در شرایط اقتصادی کنونی نیازمند بازنگری اولویت‌ها و احتمالاً کاهش هزینه‌ها در بخش‌های دیگر است. موفقیت این طرح به توانایی دولت در ایجاد یک سیستم شفاف و کارآمد برای مدیریت درخواست‌ها و پرداخت‌ها بستگی دارد، که با توجه به چالش‌های بوروکراتیک موجود، ممکن است زمان‌بر باشد.

گزینه ۲: گسترش پوشش بیمه

توضیح: این گزینه پیشنهاد می‌کند که همه بیمه‌های عمومی و خصوصی—مانند سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت ایران مجبور شوند ART را تحت پوشش قرار دهند، با پرداخت مشترک بیمار که به ۲۰ درصد هزینه‌ها (حدود ۵۰۰ دلار برای هر چرخه IVF) محدود شود. برای زوج‌های در پایین‌ترین دهک درآمدی، دولت می‌تواند یارانه‌ای برای حذف کامل این پرداخت مشترک ارائه دهد. این طرح می‌تواند با اصلاح قانون بیمه سلامت در مجلس آغاز شود و ابتدا به صورت آزمایشی در شهرهای بزرگ مانند تهران، شیراز، و مشهد اجرا شود، سپس به کل کشور تعمیم یابد. کلینیک‌ها باید موظف شوند گزارش‌های منظم از تعداد بیماران تحت پوشش بیمه ارائه دهند تا شفافیت حفظ شود.

مزایا: این گزینه از زیرساخت بیمه‌ای موجود ایران، که بیش از ۹۰ درصد جمعیت را تحت پوشش دارد، استفاده می‌کند و یک مدل پایدار برای تأمین مالی درمان ناباروری ارائه می‌دهد. تجربه کشورهایی مانند فرانسه و بلژیک نشان می‌دهد که پوشش بیمه‌ای ART می‌تواند نرخ استفاده از این خدمات را ۳۰ تا ۴۰ درصد افزایش دهد، زیرا هزینه‌ها به طور گسترده بین بیمه‌شدگان توزیع می‌شود. این رویکرد نه تنها فقیرترین زوج‌ها، بلکه خانواده‌های با درآمد متوسط را نیز شامل می‌شود و عدالت را در سطوح مختلف درآمدی ترویج می‌کند. از نظر اقتصادی، این گزینه فشار مستقیم بر بودجه دولت را کاهش می‌دهد، زیرا هزینه‌ها از طریق حق بیمه‌ها و مشارکت بیماران تأمین می‌شود. همچنین، با استانداردسازی پوشش، کیفیت خدمات در کلینیک‌ها می‌تواند بهبود یابد، زیرا بیمه‌گران ممکن است شرایط خاصی برای تأیید مراکز درمانی وضع کنند. این طرح با هدف بلندمدت ایران برای پوشش همگانی سلامت هم‌راستاست و می‌تواند به عنوان بخشی از اصلاحات جامع نظام سلامت معرفی شود.

معایب: مقاومت احتمالی از سوی شرکت‌های بیمه خصوصی یک چالش بزرگ است، زیرا آن‌ها ممکن است ادعا کنند که افزودن ART به پوشش، سودشان را کاهش می‌دهد. این مقاومت می‌تواند به افزایش اندک حق بیمه‌ها (مثلاً ۵ تا ۱۰ درصد) منجر شود که برای برخی بیمه‌شدگان ناخوشایند خواهد بود. همچنین، یارانه‌های دولتی برای حذف پرداخت مشترک فقرا هزینه‌ای اولیه به بودجه تحمیل می‌کند—برای مثال، اگر ۱۰،۰۰۰ زوج فقیر سالانه تحت پوشش قرار گیرند، حدود ۵ میلیون دلار یارانه لازم است. اجرای این طرح نیازمند هماهنگی پیچیده بین دولت، بیمه‌گران، و ارائه‌دهندگان خدمات است که ممکن است با تأخیر مواجه شود. در نهایت، اگر کلینیک‌ها ظرفیت کافی برای پاسخگویی به افزایش تقاضا نداشته باشند، صف‌های انتظار طولانی‌تر می‌شوند و نارضایتی ایجاد می‌کنند.

امکان‌پذیری: امکان‌پذیری این گزینه بالا است. ایران زیرساخت بیمه‌ای قوی دارد و تجربه اصلاحات قبلی در نظام سلامت (مانند طرح تحول سلامت در سال ۲۰۱۴) نشان می‌دهد که تغییرات قانونی و اجرایی در این حوزه شدنی است. با این حال، موفقیت به حمایت سیاسی قوی، مذاکره با بیمه‌گران، و برنامه‌ریزی دقیق برای جلوگیری از

فشار بر سیستم درمانی بستگی دارد. شروع با یک طرح آزمایشی می‌تواند ریسک‌ها را کاهش دهد و داده‌های لازم برای گسترش سراسری را فراهم کند.

گزینه ۳: مشارکت‌های عمومی-خصوصی (PPPs - Public-Private Partnerships)

توضیح: این گزینه شامل همکاری دولت با کلینیک‌های خصوصی برای ارائه خدمات ART با تخفیف است، که از طریق مشوق‌هایی مانند معافیت‌های مالیاتی یا کمک‌های مستقیم دولتی تأمین مالی می‌شود. کلینیک‌ها موظف می‌شوند سهمیه‌ای از بیماران کم‌درآمد (مثلاً ۲۰ درصد مراجعان) را با هزینه‌های کاهش‌یافته یا رایگان درمان کنند. این طرح می‌تواند با مؤسسات معتبر مانند رویان در تهران آغاز شود و به تدریج به سایر کلینیک‌های خصوصی در شهرهای کوچک‌تر گسترش یابد. دولت باید قراردادهای مشخصی با معیارهای کیفیت و گزارش‌دهی منظم تنظیم کند تا از انطباق اطمینان حاصل شود.

مزایا: این گزینه از کارایی و تخصص بخش خصوصی بهره می‌برد و فشار مالی بر بودجه عمومی را کاهش می‌دهد. ایران دارای بخش خصوصی قوی در حوزه سلامت است—برای مثال، مؤسسه رویان سالانه هزاران چرخه IVF با موفقیت انجام می‌دهد—که می‌تواند به سرعت خدمات را گسترش دهد. مشوق‌های مالیاتی هزینه کمتری نسبت به یارانه‌های مستقیم دارد و می‌تواند کلینیک‌ها را به سرمایه‌گذاری در مناطق محروم تشویق کند. این مدل همچنین انعطاف‌پذیری بیشتری در پاسخ به نیازهای محلی فراهم می‌کند و می‌تواند با نوآوری‌های بخش خصوصی همراه شود. تجربه کشورهایی مانند هند، که PPP ها دسترسی به خدمات تخصصی را افزایش داده‌اند، نشان‌دهنده پتانسیل این رویکرد است. از نظر سیاسی، این گزینه می‌تواند به عنوان یک همکاری موفق بین دولت و بخش خصوصی تبلیغ شود.

معایب: خطر نابرابری در کیفیت خدمات بین کلینیک‌ها وجود دارد، زیرا برخی ممکن است استانداردهای پایین‌تری داشته باشند. دسترسی در مناطق روستایی ممکن است همچنان محدود بماند، مگر اینکه مشوق‌های خاصی برای گسترش جغرافیایی ارائه شود. هماهنگی و نظارت بر کلینیک‌های خصوصی چالش‌برانگیز است و نیازمند یک سیستم نظارتی قوی است که در حال حاضر به طور کامل در ایران توسعه نیافته است. همچنین، اگر سهمیه بیماران کم‌درآمد به درستی اجرا نشود، این طرح ممکن است به نفع زوج‌های پردرآمدتر تمام شود و هدف عدالت را تضعیف کند. در نهایت، وابستگی به بخش خصوصی ممکن است در بلندمدت هزینه‌ها را افزایش دهد اگر کلینیک‌ها قیمت‌ها را بالا ببرند.

امکان‌پذیری: امکان‌پذیری این گزینه متوسط است. ایران تجربه‌هایی در PPP ها در بخش‌های دیگر (مانند زیرساخت‌ها) دارد، اما در حوزه سلامت کمتر آزمایش شده است. موفقیت به توانایی دولت در تنظیم قراردادهای شفاف، نظارت دقیق، و جذب مشارکت کلینیک‌ها بستگی دارد. شروع با کلینیک‌های بزرگ و معتبر می‌تواند ریسک‌ها را کاهش دهد، اما گسترش به مناطق محروم زمان‌بر خواهد بود.

هر یک از این گزینه‌ها نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارند. برنامه یارانه‌ای درمان دسترسی فوری برای فقرا فراهم می‌کند اما هزینه‌بر است؛ گسترش پوشش بیمه پایداری و جامعیت بیشتری دارد اما نیازمند هماهنگی پیچیده است؛ وPPP ها کارایی بخش خصوصی را به کار می‌گیرند اما ریسک نابرابری را به همراه دارند. انتخاب نهایی باید با توجه به اولویت‌های بودجه‌ای، ظرفیت اجرایی، و اهداف بلندمدت ایران انجام شود،

توصیه‌ها

این سیاست‌نامه پس از بررسی گزینه‌های مختلف، گزینه ۲: گسترش پوشش بیمه را به عنوان راه‌حل اصلی

برای حمایت مالی از زوج‌های نابارور در ایران توصیه می‌کند، که با عناصری از گزینه ۱ (یارانه برای فقیرترین خانواده‌ها) تکمیل می‌شود. این رویکرد ترکیبی به دلیل شواهد قوی، تأثیر گسترده، و سازگاری با واقعیت‌های اقتصادی و سیستمی ایران انتخاب شده است. در ادامه، این توصیه با جزئیات، شامل توجیهات، شواهد پشتیبان، و مراحل اجرایی مشخص، ارائه می‌شود تا سیاست‌گذاران بتوانند آن را به طور مؤثر پیاده‌سازی کنند.

توجیهات و شواهد گسترش پوشش بیمه برای ART به عنوان راه‌حل اصلی انتخاب شده است، زیرا این رویکرد پایداری مالی، جامعیت، و عدالت را به طور همزمان تأمین می‌کند. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که کشورهایی مانند بلژیک، فرانسه، و دانمارک، که ART را در بیمه‌های سلامت خود گنجانده‌اند، شاهد افزایش قابل توجه دسترسی به این خدمات بوده‌اند. برای مثال، در فرانسه، پوشش بیمه‌ای IVF نرخ استفاده را تا ۴۰ درصد افزایش داده و هزینه‌های مستقیم برای بیماران را به کمتر از ۵۰۰ یورو (حدود ۵۵۰ دلار) کاهش داده است. این مدل نه تنها فشار مالی بر زوج‌ها را کم می‌کند، بلکه با توزیع هزینه‌ها بین همه بیمه‌شدگان، بار بودجه‌ای دولت را متعادل می‌سازد. در ایران، که بیش از ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌های عمومی و خصوصی هستند، این گزینه از زیرساخت موجود بهره می‌برد و نیازی به ایجاد یک سیستم کاملاً جدید ندارد.

این رویکرد با اهداف بلندمدت ایران برای پوشش همگانی سلامت (UHC- Universal Health Coverage) نیز هم‌راستاست. طرح تحول سلامت، که از سال ۲۰۱۴ اجرا شد، نشان داد که ایران ظرفیت اصلاح نظام بیمه‌ای خود را برای پوشش خدمات جدید دارد. افزودن ART به بسته بیمه‌ای می‌تواند به عنوان گام بعدی در این مسیر تلقی شود و ناباروری را از یک مشکل "اختیاری" به یک مسئله سلامت عمومی ارتقا دهد، همان‌طور که سازمان بهداشت جهانی آن را به رسمیت شناخته است. علاوه بر این، این توصیه با سیاست‌های جمعیتی ایران، که به دنبال افزایش نرخ زاد و ولد برای رسیدن به جمعیت ۱۵۰ میلیونی است، سازگار است. زوج‌های نابارور، که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت در سن باروری را تشکیل می‌دهند، پتانسیل قابل توجهی برای کمک به این هدف دارند، به شرطی که موانع مالی برداشته شود.

تکمیل این طرح با یارانه برای فقیرترین خانواده‌ها ضروری است، زیرا حتی با پرداخت مشترک ۲۰ درصد (حدود ۵۰۰ دلار برای هر چرخه IVF)، برخی زوج‌ها همچنان قادر به پرداخت نیستند. تجربه برنامه‌های یارانه‌ای در ترکیه، که دسترسی به IVF را برای دهک‌های پایین درآمدی سه برابر کرد، نشان می‌دهد که ترکیب بیمه و یارانه می‌تواند عدالت را به حداکثر برساند. این رویکرد ترکیبی نه تنها فقرا را تحت پوشش قرار می‌دهد، بلکه به خانواده‌های با درآمد متوسط نیز کمک می‌کند، و از این رو، تأثیر اجتماعی و جمعیتی گسترده‌تری دارد.

مراحل اجرایی برای پیاده‌سازی این توصیه، یک برنامه گام‌به‌گام پیشنهاد می‌شود که اجرا را عملی و قابل مدیریت می‌کند:

۱. اصلاح قانون بیمه سلامت: ظرف شش ماه، مجلس باید قانون بیمه سلامت را اصلاح کند تا پوشش ART را برای همه بیمه‌های عمومی و خصوصی الزامی سازد. این اصلاح باید شامل تعریف دقیق خدمات تحت پوشش (مانند IVF، IUI، و داروهای مرتبط) و تعیین سقف پرداخت مشترک در ۲۰ درصد هزینه‌ها باشد. این گام نیازمند همکاری بین وزارت بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی، و شرکت‌های بیمه خصوصی است.

۲. ایجاد صندوق یارانه برای فقرا: یک بودجه سالانه ۴۰ میلیون دلاری از محل منابع سلامت یا بازتخصیص

بودجه‌های موجود (مانند کاهش هزینه‌های غیرضروری در سایر بخش‌ها) برای حذف پرداخت مشترک زوج‌های در پایین‌ترین ۲۰ درصد درآمدی اختصاص یابد. این صندوق می‌تواند حدود ۸۰،۰۰۰ چرخه IVF را در سال پوشش دهد (با فرض ۵۰۰ دلار یارانه برای هر چرخه)، که برای شروع کافی است.

۳. اجرای طرح آزمایشی: طرح ابتدا به مدت ۱۲ ماه در سه شهر بزرگ تهران، شیراز، و مشهدکه میزبان کلینیک‌های پیشرفته مانند مؤسسه رویان هستند، اجرا شود. این مرحله آزمایشی به جمع‌آوری داده در مورد تقاضا، هزینه‌ها، و چالش‌های اجرایی کمک می‌کند و امکان تنظیم سیاست قبل از گسترش سراسری را فراهم می‌کند.

۴. گسترش سراسری: پس از ارزیابی طرح آزمایشی، پوشش بیمه و یارانه تا پایان سال ۲۰۲۷ به کل کشور تعمیم یابد. این مرحله نیازمند افزایش ظرفیت کلینیک‌ها و آموزش متخصصان در مناطق محروم است تا از دسترسی عادلانه اطمینان حاصل شود.

۵. نظارت و استانداردسازی: وزارت بهداشت باید یک کمیته نظارتی تشکیل دهد تا کیفیت خدمات را در کلینیک‌های تحت پوشش بررسی کند، گزارش‌های منظم از تعداد بیماران و نتایج درمان جمع‌آوری شود، و استانداردهای درمانی (مانند نرخ موفقیت و ایمنی) تعیین گردد. این کمیته همچنین می‌تواند شکایات بیماران را پیگیری کند و از سوءاستفاده جلوگیری نماید.

تأثیر مورد انتظار اجرای این توصیه تأثیرات چندجانبه‌ای خواهد داشت. از نظر مالی، هزینه‌های مستقیم برای زوج‌ها به ۵۰۰ دلار برای هر چرخه کاهش می‌یابد، که برای خانواده‌های با درآمد متوسط (۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ دلار در سال) قابل مدیریت است، و برای فقرا با یارانه کاملاً حذف می‌شود. این کاهش هزینه می‌تواند تقاضا را تا ۳۰ تا ۴۰ درصد افزایش دهد، همان‌طور که در مدل‌های مشابه دیده شده است، و نرخ موفقیت بارداری را با دسترسی زودهنگام‌تر بهبود بخشد. از نظر اجتماعی، فشار روانی و انگ مرتبط با ناباروری کاهش می‌یابد، زیرا زوج‌ها دیگر مجبور به انتخاب بین درمان و ورشکستگی نیستند. از منظر جمعیتی، افزایش دسترسی به درمان می‌تواند نرخ باروری کل را به تدریج بالا ببرد و به هدف ملی کمک کند. در بلندمدت، این سرمایه‌گذاری با کاهش فقر ناشی از هزینه‌های درمانی و افزایش مشارکت اقتصادی خانواده‌ها، به نفع اقتصاد کشور خواهد بود.

چالش‌ها و راه‌حل‌های اجرای این طرح با چالش‌هایی همراه است که باید پیش‌بینی و مدیریت شوند:

۱. مقاومت بیمه‌گران: شرکت‌های بیمه خصوصی ممکن است با افزودن ART به دلیل هزینه‌ها مخالفت کنند. راه‌حل، مذاکره با آن‌ها و ارائه مشوق‌هایی مانند کاهش مالیات یا تضمین افزایش تعداد بیمه‌شدگان است. همچنین، داده‌های طرح آزمایشی می‌تواند نشان دهد که افزایش حق بیمه‌ها ناچیز (۵ تا ۱۰ درصد) خواهد بود و قابل توجیه است.

۲. محدودیت بودجه: تخصیص ۴۰ میلیون دلار برای یارانه‌ها در شرایط تحریم‌ها دشوار است. پیشنهاد می‌شود این مبلغ از محل صرفه‌جویی در هزینه‌های غیرضروری (مانند پروژه‌های کم‌اولویت) یا افزایش مالیات بر کالاهای لوکس تأمین شود.

۳. ظرفیت کلینیک‌ها: افزایش تقاضا ممکن است به صف‌های طولانی منجر شود. برای رفع این مشکل، دولت باید مشوق‌هایی برای گسترش کلینیک‌ها به مناطق محروم (مانند وام‌های کم‌بهره) ارائه دهد و برنامه‌های آموزشی برای متخصصان باروری را تقویت کند.

۴. نابرابری جغرافیایی: مناطق روستایی ممکن است همچنان محروم بمانند. راه‌حل، اولویت‌بندی این مناطق در فاز دوم گسترش و ایجاد کلینیک‌های سیار یا یارانه سفر برای زوج‌های روستایی است.

گسترش پوشش بیمه، همراه با یارانه برای فقرا، بهترین تعادل را بین پایداری، عدالت، و تأثیرگذاری ارائه

می‌دهد. این رویکرد نه تنها موانع مالی را برمی‌دارد، بلکه نظام سلامت ایران را به سمت فراگیری بیشتر هدایت می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که این مدل در کشورهای دیگر موفق بوده و در ایران نیز با زیرساخت موجود قابل اجراست. مراحل اجرایی پیشنهادی، از اصلاح قانون تا نظارت، مسیری روشن برای تحقق این هدف فراهم می‌کند. با پیش‌بینی چالش‌ها و ارائه راه‌حل‌های عملی، این توصیه می‌تواند به یک سیاست موفق تبدیل شود که هم امید را به زوج‌های نابارور بازگرداند و هم به اهداف ملی ایران خدمت کند. سیاست‌گذاران باید این فرصت را غنیمت شمرده و با اقدام قاطع، حق باروری را برای همه ایرانیان تضمین کنند.

نتیجه‌گیری

ناباروری در ایران یک بحران چندوجهی است که بیش از یک چالش پزشکی صرف، به یک تهدید جدی برای انسجام اجتماعی، سلامت روانی زوج‌ها، و اهداف جمعیتی کشور تبدیل شده است. بار مالی سنگین درمان‌های پیشرفته مانند IVF، که هزینه‌هایش اغلب از درآمد سالانه خانوارها فراتر می‌رود، میلیون‌ها زوج را در موقعیتی ناامیدکننده قرار داده است. این وضعیت نه تنها خانواده‌ها را از حق طبیعی و فرهنگی فرزندآوری محروم می‌کند، بلکه با سیاست‌های ملی ایران برای افزایش جمعیت به ۱۵۰ میلیون نفر در تضاد است. بدون مداخله فوری و مؤثر، این بحران می‌تواند پیامدهای گسترده و بلندمدتی بر جامعه و اقتصاد ایران داشته باشد، از جمله افزایش نابرابری، کاهش نرخ زاد و ولد، و تضعیف بنیان‌های خانوادگی که ستون اصلی فرهنگ ایرانی‌اند.

عدم اقدام در این زمینه عواقب جبران‌ناپذیری به دنبال دارد. زوج‌هایی که به دلیل موانع مالی از درمان محروم می‌مانند، با فشارهای روانی شدید، فروپاشی روابط خانوادگی، و حتی فقر مواجه می‌شوند، زیرا بسیاری برای تأمین هزینه‌ها به فروش دارایی‌ها یا گرفتن وام‌های سنگین روی می‌آورند. این چرخه نه تنها کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد، بلکه بار اقتصادی و اجتماعی بیشتری بر دوش نظام سلامت و تأمین اجتماعی کشور می‌گذارد. در مناطق روستایی، که دسترسی به کلینیک‌های تخصصی محدود است، این محرومیت شدیدتر است و نابرابری‌های جغرافیایی را تشدید می‌کند. از منظر جمعیتی، نادیده گرفتن ناباروری به معنای از دست دادن بخشی از پتانسیل زاد و ولد کشور است، که می‌تواند تلاش‌ها برای معکوس کردن روند پیری جمعیت را ناکام بگذارد و در آینده به کاهش نیروی کار و افزایش فشار بر سیستم‌های بازنشستگی منجر شود.

گسترش پوشش بیمه برای فناوری‌های کمک‌باروری، همراه با یارانه‌های هدفمند برای فقیرترین زوج‌ها، راه‌حلی عملی و پایدار ارائه می‌دهد که می‌تواند این تهدیدها را به فرصت‌هایی برای رشد و عدالت تبدیل کند. اجرای این توصیه هزینه‌های درمان را به سطحی قابل مدیریت (حدود ۵۰۰ دلار برای هر چرخه با بیمه) کاهش می‌دهد و برای فقرا با یارانه کاملاً رایگان می‌شود. این تغییر نه تنها امید را به میلیون‌ها زوج بازمی‌گرداند، بلکه با افزایش دسترسی به درمان، نرخ باروری را تقویت می‌کند و به تحقق اهداف جمعیتی کمک می‌کند. از نظر اجتماعی، کاهش فشار مالی و انگ مرتبط با ناباروری می‌تواند سلامت روان خانواده‌ها را بهبود بخشد و ثبات اجتماعی را تقویت کند. از منظر اقتصادی، این سرمایه‌گذاری با جلوگیری از فقر ناشی از هزینه‌های درمانی و افزایش مشارکت خانوارها در اقتصاد، بازدهی بلندمدتی خواهد داشت. علاوه بر این، این رویکرد با استفاده از زیرساخت بیمه‌ای موجود، فشار مستقیم بر بودجه دولت را به حداقل می‌رساند و با اهداف پوشش همگانی سلامت هم‌راستاست.

اکنون زمان آن است که سیاست‌گذاران با قاطعیت وارد عمل شوند. ایران نمی‌تواند بیش از این اجازه دهد که زوج‌هایش به دلیل نابرابری مالی از حق تشکیل خانواده

محروم شوند. اجرای این سیاست نه تنها یک اقدام انسانی برای بازگرداندن شادی و امید به زندگی میلیون‌ها نفر است، بلکه یک ضرورت استراتژیک برای آینده جمعیتی، اجتماعی، و اقتصادی کشور به شمار می‌رود. سیاست‌گذاران باید با اصلاح قوانین بیمه، تخصیص منابع لازم، و نظارت دقیق بر اجرا، این شکاف را پر کنند و نشان دهند که نظام سلامت ایران قادر است به نیازهای واقعی مردم پاسخ دهد. این لحظه، فرصتی تاریخی است تا با حمایت از زوج‌های نابارور، پایه‌های یک جامعه سالم‌تر، عادلانه‌تر، و پرجمعیت‌تر بنا نهاده شود فرصتی که نباید از دست برود.

تشکر و قدردانی

از زحمات همه افرادی که در تهیه این نوشته علمی ما را یاری نمودند سپاسگزاریم.

مشارکت نویسندگان

ایده طرح: مسعود بهزادی فر، فرزاد ابراهیم زاده، ماریانو مارتینی

جستجو و انتخاب منابع: میثم بهزادی فر، مسعود بهزادی فر، فرزاد ابراهیم زاده، ماریانو مارتینی

نگارش: احد بختیاری، صمد آذری، بنفشه درویشی تلی، فرزاد ابراهیم زاده، مسعود بهزادی فر، میثم بهزادی فر

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچ گونه تعارض منافعی در نگارش این متن ندارند.

حمایت مالی

نویسندگان برای انجام این پژوهش از هیچ حمایت مالی استفاده ننموده اند.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به اینکه این متن یک خلاصه سیاستی است، ملاحظات اخلاقی موضوعیت ندارد.

References

1. Poorolajal J. Resistance Economy and New Population Policy in Iran. J Res Health Sci. 2017 Feb 18;17(1):e00367 PMID: 28413164
2. Aghajanian A. A new direction in population policy and family planning in the Islamic Republic of Iran. Asia Pac Popul J. 1995 Mar;10(1):3-20 Doi: 10.18356/371f2549-en
3. Bagheri A, Saadati M. Determinants of Birth Intervals Using Prentice-Williams-Peterson-Gap Time Model: Tehran Case Study. Int J Fertil Steril. 2021 Jul;15(3):234-240. Doi: 10.22074/IJFS.2021.134701
4. Aliasgharzadeh S, Ebrahimi-Mameghani M, Mahdavi R, Karimzadeh H, Nikniaz L, Tabrizi JS, Pourali F. Prioritizing population-based nutrition-related interventions to prevent and control hypertension in Iran: a multi-criteria decision-making approach. BMC Med Res Methodol. 2022 Nov 16;22(1):293. Doi:10.1186/s12874-022-01761-z
5. Joulaei H, Morshed-Behbahani B, Ghadimi P, Nadimi Parashkouhi S, Mansoori Y. Contentious population policy-making and its consequences: a health policy analysis. Int J Equity Health. 2025 Apr 7;24(1):96 Doi: 10.1186/s12939-025-02469-4
6. Morshed-Behbahani B, Lamyian M, Joulaei H, Montazeri A. Analysis and exploration of infertility policies in Iran: a study protocol. Health Res Policy Syst. 2020 Jan 15;18(1):5 Doi: 10.1186/s12961-019-0505-3
7. Asadisarvestani K, Sobotka T. A pronatalist turn in population policies in Iran and its likely adverse impacts on reproductive rights, health and inequality: a critical narrative review. Sex Reprod Health Matters. 2023 Dec;31(1):2257075 Doi: 10.1080/26410397.2023.2257075
8. Kokabisaghi F. Right to sexual and reproductive health in new population policies of Iran. J Public Health Policy. 2017 May;38(2):240-256 Doi: 10.1057/s41271-017-0068-x
9. Samouei R, Keyvanara M, Daei A. Population aging management from the perspective of the health field of Iran and other countries: A scoping review. J Educ Health Promot. 2024 Oct 28;13:401 Doi: 10.4103/jehp.jehp_257_23
10. Jafari H, Pourreza A, Kabiri N, Khodyari-Zarnaq R. Main actors in the new population policy with a growing trend in Iran: a stakeholder analysis. J Health Popul Nutr. 2022 Dec 12;41(1):57 Doi: 10.1186/s41043-022-00338-2
11. Atashbahar O, Sari AA, Takian A, Olyaeemanesh A, Mohamadi E, Barakati SH. Integrated early childhood development policy in Iran: a stakeholder analysis. BMC Health Serv Res. 2021 Sep 15;21(1):971 Doi: 10.1186/s12913-021-06968-2
12. Jeddi M, Habib A, Salehi A. Sustained Elimination of Iodine Deficiency Within the Third Decade After Compulsory Iodine Supplementation Policy in the South of Iran: A Population-Based Cross-

Sectional Study. Curr Dev Nutr. 2022 Dec 22;7(1):100013
Doi: 10.1016/j.cdnut.2022.100013

13. Mohamadi E, Kraemer A, Majdzadeh R, Mohamadzade M, Mohammadshahi M, Kiani MM, Ebrahimi F, Mostafavi H, Olyaeemanesh A, Takian A. Impacts of economic sanctions on population health and health system: a study at national and sub-national levels from 2000 to 2020 in Iran. Global Health. 2024 Nov 21;20(1):81
Doi: 10.1186/s12992-024-01084-2
14. Doshmangir L, Bazyar M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. Int J Equity Health. 2021 Jan 14;20(1):37.
Doi: 10.1186/s12939-020-01372-4
15. Aghajanian A. A new direction in population policy and family planning in the Islamic Republic of Iran. Asia Pac Popul J. 1995 Mar;10(1):3-20.
Doi: 10.18356/371f2549-en
16. Hoodfar H. Devices and desires: population policy and gender roles in the Islamic Republic. Middle East Rep. 1994 Sep-Oct;24(190):11-7.
Doi: 10.2307/3012460
17. Khodayari-Zarnaq R, Mobasseri K, Ghasemyani S, Sadeghi-Ghyassi F, Naghshi M, Kabiri N. Challenges and Weaknesses of Leadership and Governance-related Health Policies in Iran: A Systematic Review. Arch Iran Med. 2024 Sep 1;27(9):508-521
Doi: 10.34172/aim.28907
18. Hoodfar H, Assadpour S. The politics of population policy in the Islamic Republic of Iran. Stud Fam Plann. 2000 Mar;31(1):19-34
Doi: 10.1111/j.1728-4465.2000.00019.x
19. Moosavy Khatat SM, Nosrati Nejad F, Mohammadi Gharehghani MA. Bridging the Gap Between Policy and Action: Identifying the Social Security Doctrine in Iran. Cureus. 2025 Jul 20;17(7):e88346
Doi: 10.7759/cureus.88346
20. Mohammadibakhsh R, Sohrabi R, Aghighi N, Alihosseini S, Behzadifar M, Martini M, Aryankhesal A. Barriers and challenges of establishing family physician policy for urban population; evidence from a qualitative study in Iran. J Prev Med Hyg. 2024 Oct 31;65(3):E434-E441
Doi: 10.47176/mjiri.37.21
21. Sobhani SR, Omidvar N, Abdollahi Z, Al Jawaldeh A. Shifting to a Sustainable Dietary Pattern in Iranian Population: Current Evidence and Future Directions. Front Nutr. 2021 Dec 22;8:789692
Doi: 10.3389/fnut.2021.789692
22. Hedayati M, Maleki M, Asl IM, Fazaeli AA, Goharinezhad S. Exploring the driving forces and scenario analysis for catastrophic and impoverishing health expenditures in Iran. BMC Health Serv Res. 2024 Feb 26;24(1):245
Doi: 10.1186/s12913-024-10551-w
23. Jahangiri M, Jahangiri M, Najafgholipour M. The sensitivity and specificity analyses of ambient temperature and population size on the transmission rate of the novel

coronavirus (COVID-19) in different provinces of Iran. Sci Total Environ. 2020 Aug 1;728:138872.
Doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138872

24. Ahmadnezhad E, Murphy A, Alvandi R, Abdi Z. The impact of health reform in Iran on catastrophic health expenditures: Equity and policy implications. Int J Health Plann Manage. 2019 Oct;34(4):e1833-e1845
Doi: 10.1002/hpm.2900
25. Paydarfar AA. Effects of multi-family housing on marital fertility in Iran: population policy implications. Soc Biol. 1995 Fall-Winter;42(3-4):214-25
Doi: 10.1080/19485565.1995.9988902
26. Ahmad Kiadaliri A, Najafi B, Haghparast-Bidgoli H. Geographic distribution of need and access to health care in rural population: an ecological study in Iran. Int J Equity Health. 2011 Sep 22;10:39
Doi: 10.1186/1475-9276-10-39
27. Ebrahimi N, Mehdipour P, Mohebi F, Ghanbari A, Azmin M, Farzadfar F. Improved Population Health in Iran from 1979 to 2019; Decreasing Mortality Rates and Increasing Life Expectancy. Arch Iran Med. 2020 Feb 1;23(2):61-68
PMID: 32061067
28. Thorne MC, Montague J. Special characteristics of population policy in the Middle East and North Africa. Int J Health Serv. 1973 Fall;3(4):779-90
Doi: 10.2190/h58l-80jy-9dql-bv93
29. Aloosh M, Saghai Y. Birth control policies in Iran: a public health and ethics perspective. J Epidemiol Community Health. 2016 Jun;70(6):529-33
Doi: 10.1136/jech-2015-205572
30. Aboutorabi A, Darvishi Teli B, Rezapour A, Ehsanzadeh SJ, Martini M, Behzadifar M. History of primary health care in Iran. J Prev Med Hyg. 2023 Nov 1;64(3):E367-E374
Doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.3.3081
31. Kamiar M. Population size, distribution and growth in Iran. Popul Geogr. 1985 Jun-Dec;7(1-2):1-17
PMID: 12179096
32. Tanjani PT, Motlagh ME, Nazar MM, Najafi F. The health status of the elderly population of Iran in 2012. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Mar-Apr;60(2):281-7
Doi: 10.1016/j.archger.2015.01.004
33. Izadi R, Bahrami MA, Sarikhani Y, Bastani P. Qualitative document analysis on Iranian contents and trends of population policies: Lessons learned and avenues for future. Heliyon. 2023 Jun 21;9(6):e17377.
Doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e17377
34. Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. J Educ Health Promot. 2019 Feb 15;8:36.
Doi: 10.4103/jehp.jehp_211_18
35. Sabermahani A, Goudarzi R, Nasiri S. Factors Affecting Fertility Rate in Iran (Panel Data 1966-2013): A Survey Study. J Family Reprod Health. 2017 Sep;11(3):138-145

PMID: 30018650
36. Garrusi B, Danaei M, Aboosaeidi R. The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population. J Prev Med Hyg. 2019 Dec 20;60(4):E400-E406.
Doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.4.1006
37. Khatami F, Shariati M, Abbasi Z, Muka T, Khedmat L, Saleh N. Health complaints in individual visiting primary health care: population-based national electronic health records of Iran. BMC Health Serv Res. 2022 Apr 14;22(1):502
Doi: 10.1186/s12913-022-07880-z
38. Kabir MJ, Heidari A, Lotfi M, Khatirnamani Z, Golpira R. A Retrospective Analysis of Universal Health Insurance Policy-Making Process in Iran: A Qualitative Study. Health Sci Rep. 2024 Nov 11;7(11):e70192
Doi: 10.1002/hsr2.70192
39. Doshmangir L, Moshiri E, Mostafavi H, Sakha MA, Assan A. Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare. BMC Health Serv Res. 2019 Sep 18;19(1):670.
Doi: 10.1186/s12913-019-4505-3
40. Yazdi-Feyzabadi V, Mehrolhassani MH, Darvishi A. Measuring Catastrophic Health Expenditures and its Inequality: Evidence from Iran's Health Transformation Program. Health Policy Plan. 2019 May 1;34(4):316-325
Doi: 10.1093/heapol/czz031
41. Gheibizadeh M, Abedi HA, Mohammadi E, Abedi P. Iranian women and care providers' perceptions of equitable prenatal care: A qualitative study. Nurs Ethics. 2016 Jun;23(4):465-77
Doi: 10.1177/0969733015573653