



نگاهی به چند و چون بیمه ناباروری برای افزایش جمعیت

جلوگیری از پیری جمعیت در وقت اضافه

گفت‌وگو (۱)

محدثه جعفری

خبرنگار

انجام می‌شود. بنابر اعلام وزارت بهداشت، ۴٫۵ میلیون نفر از جمعیت کشور دچار ناباروری هستند. طبق آمار حدود ۴۰ درصد از مشکلات ناباروری در آقایان و ۶۰ درصد در بانوان دیده می‌شود. در این میان، سؤالاتی مطرح است از جمله اینکه آیا استرس و افزایش سن ازدواج روی شیوع ناباروری تأثیرگذار است به‌ویژه در افرادی که از افراد نابارور یا روش‌های موجود می‌توانند صاحب فرزند شوند؟

ناباروری تحت پوشش بیمه

دکتر محمد ابراهیم پارسائزاد، رئیس انجمن تخصصی بیابری و ناباروری ایران در خصوص شیوع ناباروری در جوانان به «ایران» می‌گوید: «هر قدر سن ازدواج در جوانان افزایش داشته باشد به تبع آن ناباروری هم بیشتر خواهد شد. اگرچه آقایان با افزایش سن چندان تغییری در باروری شان روی نمی‌دهد اما این امر در بانوان به این صورت است که هر سال که به سنشان افزوده شود توان باروری تخمک هایشان کاهش پیدا می‌کند. به همین خاطر باید جوانان را تشویق کنیم تا باموقع ازدواج و در بهترین زمان اقدام به باروری کنند. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، بهترین زمان برای باروری بین ۲۳ تا ۲۸ سالگی است.»

این جراح و متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نابازی و لاپاروسکوپی با بیمه انجام گیرد؛ هم‌اکنون ۱۰۳ مرکز درمان ناباروری سطح ۳ در کشور ایجاد شده است که ۸۵ درصد از موارد درمان ناباروری در این مراکز

می‌شود، ۱۰ درصد مشکل از هر دو زوج است و ۱۵ درصد مشخص نیست که کدام یک مشکل دارند که به آن ناباروری به علت ناشناخته هم گفته می‌شود. در این میان افزایش سن باروری در زوجین یکی از عوامل مؤثر در امر ناباروری است اما درخصوص ناباروری دلایل دیگری هم وجود دارد به عنوان مثال بیماری‌های عفونی، استرس، تغذیه نامناسب، اشتهای مختلفی که از تلقن‌های همراه و... ساطع می‌شود.»

وی با اشاره به ناباروری اولیه و زوج است و ۱۵ درصد مشخص نیست که کدام یک مشکل دارند که به آن ناباروری به علت ناشناخته هم گفته می‌شود. در این میان افزایش سن باروری در زوجین یکی از عوامل مؤثر در امر ناباروری است اما درخصوص ناباروری دلایل دیگری هم وجود دارد به عنوان مثال بیماری‌های عفونی، استرس، تغذیه نامناسب، اشتهای مختلفی که از تلقن‌های همراه و... ساطع می‌شود.»



افزایش سن

باروری در

زوجین یکی

از عوامل

مؤثر در امر

ناباروری است

اما درخصوص

ناباروری دلایل

دیگری هم

وجود دارد به

عنوان مثال

بیماری‌های

عفونی،

استرس،

تغذیه

نامناسب،

اشعه‌های

مختلفی که

از تلقن‌های

همراه و...

ساطع

می‌شود



بارداری نشود، برای این امر هزاران دلیل وجود دارد که در آزمایش‌ها و بررسی‌های دقیق علل آن مشخص می‌شود. نکته قابل توجه آن است که خانم‌ها بیشتر دچار ناباروری ثانویه می‌شوند، مخصوصاً افرادی که فرزند اول را به صورت سزارین به دنیا آورده‌اند.»

به گفته این استاد دانشگاه برخی اعمال جراحی که در بانوان صورت می‌گیرد مثل سزارین می‌تواند سبب چسبندگی اعضای داخل لگن و شکم شده و در پس آن برای بارداری دوم مشکلات متعددی را ایجاد می‌کند. وی می‌گوید: «خوشبختانه هر درمانی که در سطح دنیا برای درمان ناباروری انجام می‌شود در ایران هم اجرائی می‌شود. اما موضوعی که در درمان ناباروری اهمیت بسیاری دارد هزینه‌های آن است که به جرأت می‌توان گفت تنها کشوری هستیم که بیمه‌های پوشش تقریباً کاملی برای درمان ناباروری زوجین دارند. نکته حائز اهمیت آن است که جقدر این هزینه‌ها برای درمان ناباروری جوانان پاسخگوی جوانی جمعیت است؟ ضروری است مسئولان در این خصوص ملاحظاتی بیشتری داشته باشند.»

دکتر پارسائزاد به بیان اینکه شروع درمان ناباروری و صرف هزینه برای آن تضمینی برای به نتیجه رسیدن زوجین نیست، می‌گوید: «در دنیا در بهترین حالت ۳۰ تا ۳۵ درصد از زوج‌هایی که برای درمان ناباروری اقدام می‌کنند موفق به درآغوش گرفتن فرزندشان می‌شوند. راحت بگویم ۶۵ درصد از این افراد نمی‌توانند از درمان نتیجه‌ای به دست آورند. کشور ما نیز هم‌اکنون کشورهایی است که هزینه‌های درمان ناباروری به نتیجه رسیده است.»

دکتر پارسائزاد به جوانان توصیه می‌کند: «جوانان اگر باموقع ازدواج نکرده و بچه دار نشوند در آینده مشکلات متعددی برای فرزندآوری پیش رویشان قرار خواهد گرفت، حتی اگر موفق به بارداری هم شوند ریسک تولد فرزند ناقص و معلول در این دسته از زوجین افزایش پیدا می‌کند. بهترین سن برای فرزندآوری بین ۲۳ تا ۲۸ سالگی عنوان شده است. خطرات بارداری در سنین بالا جمعیت و راهی برای جلوگیری از پیری جمعیت کشور است، می‌گوید: «قانون جوانی جمعیت تصمیمی آگاهانه و بجاست، چرا که در فرزندآوری و نشیب‌های دنیا دیده‌ایم که کشورهای مختلف بنابر شرایط شان آمار جمعیتی را کم یا زیاد می‌کنند. به عنوان مثال در سال ۱۹۹۰ آلمان و سوئد تصمیم به افزایش

جمعیت جوان کشورهاشان گرفتند. این امر وظیفه و حق هر سیستم سیاستگذاری در کشور است که روی تعداد جمعیتش کنترل داشته باشد و از پیرشدن جمعیت جلوگیری کند. ایران ۸۰ میلیون جمعیت دارد، اگر جمعیت زوجین را ۴۰ میلیون برآورد کنیم بخشی از این جمعیت دچار مشکلات ناباروری هستند. ما با جمعیتی روبه‌رو هستیم که در باروری مشکل دارند و به عنوان درمان باید روش‌های مختلف را پیاده‌سازی کنیم تا این افراد هم صاحب فرزند شوند اما بهترین نتیجه برای افزایش جمعیت جوان کشور را می‌توانیم با تشویق جوانان به ازدواج و فرزندآوری به دست آوریم.»

دکتر پارسائزاد با بیان اینکه شروع درمان ناباروری و صرف هزینه برای آن تضمینی برای به نتیجه رسیدن زوجین نیست، می‌گوید: «در دنیا در بهترین حالت ۳۰ تا ۳۵ درصد از زوج‌هایی که برای درمان ناباروری اقدام می‌کنند موفق به درآغوش گرفتن فرزندشان می‌شوند. راحت بگویم ۶۵ درصد از این افراد نمی‌توانند از درمان نتیجه‌ای به دست آورند. کشور ما نیز هم‌اکنون کشورهایی است که هزینه‌های درمان ناباروری به نتیجه رسیده است.»

دکتر پارسائزاد به جوانان توصیه می‌کند: «جوانان اگر باموقع ازدواج نکرده و بچه دار نشوند در آینده مشکلات متعددی برای فرزندآوری پیش رویشان قرار خواهد گرفت، حتی اگر موفق به بارداری هم شوند ریسک تولد فرزند ناقص و معلول در این دسته از زوجین افزایش پیدا می‌کند. بهترین سن برای فرزندآوری بین ۲۳ تا ۲۸ سالگی عنوان شده است. خطرات بارداری در سنین بالا جمعیت و راهی برای جلوگیری از پیری جمعیت کشور است، می‌گوید: «قانون جوانی جمعیت تصمیمی آگاهانه و بجاست، چرا که در فرزندآوری و نشیب‌های دنیا دیده‌ایم که کشورهای مختلف بنابر شرایط شان آمار جمعیتی را کم یا زیاد می‌کنند. به عنوان مثال در سال ۱۹۹۰ آلمان و سوئد تصمیم به افزایش

دکتر پارسائزاد به جوانان توصیه می‌کند: «جوانان اگر باموقع ازدواج نکرده و بچه دار نشوند در آینده مشکلات متعددی برای فرزندآوری پیش رویشان قرار خواهد گرفت، حتی اگر موفق به بارداری هم شوند ریسک تولد فرزند ناقص و معلول در این دسته از زوجین افزایش پیدا می‌کند. بهترین سن برای فرزندآوری بین ۲۳ تا ۲۸ سالگی عنوان شده است. خطرات بارداری در سنین بالا جمعیت و راهی برای جلوگیری از پیری جمعیت کشور است، می‌گوید: «قانون جوانی جمعیت تصمیمی آگاهانه و بجاست، چرا که در فرزندآوری و نشیب‌های دنیا دیده‌ایم که کشورهای مختلف بنابر شرایط شان آمار جمعیتی را کم یا زیاد می‌کنند. به عنوان مثال در سال ۱۹۹۰ آلمان و سوئد تصمیم به افزایش

بیمه‌گر پایه بر اساس مصوبات دولت و ابلاغیه‌های شورای عالی بیمه صورت می‌گیرد. در حال حاضر ۹۰ درصد هزینه درمان ناباروری در بیمارستان‌ها و مراکز دولتی بر اساس تعرفه دولتی پرداخت می‌شود و در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی نیز ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی در تعهد سازمان بیمه‌گر پایه است. علاوه بر هزینه‌های خدمات درمان ناباروری اعم از: IUI، IVF، FET، هزینه‌های

ناباروری ایران خاطرنشان می‌کند تمام داروهای ناباروری که برای زوجین تجویز می‌شود تحت پوشش بیمه است. او همچنین می‌گوید: «با افتخار اعلام می‌کنم که تعدادی از این داروها توسط دانشمندان ایرانی در شرکت‌های داخلی به تولید می‌رسد و در این زمینه به صادرات هم دست یافته‌ایم.»

هزینه‌ها و نکاتی که باید روشن شود

وی با اشاره به پوشش بیمه‌ای درمان ناباروری می‌گوید: «امیدوارم بیمه‌ها بتوانند یا سخگوی هزینه‌های درمان ناباروری باشند. مراکز درمان دولتی از حمایت‌های دولت برخوردار هستند اما در مراکز خصوصی ناباروری سرمایه‌گذارها هزینه‌های سنگینی برای تجهیز مراکزشان انجام داده‌اند و به صورت نقدی به بیماران خدمات می‌دهند. باید دید بیمه‌ها به چه صورت این هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند؛ شاید سؤال شود هزینه زوجین برای ناباروری چقدر محاسبه می‌شود؟ هزینه‌های درمان به عوامل بسیاری بستگی دارد، به همین دلیل نمی‌توان برای آن مبلغ مشخصی را در نظر گرفت. به طور کلی هر سیکل درمان ناباروری برای دولت حداقل بین ۱۰ تا ۱۲ میلیون تومان هزینه دارد که بیمه‌ها قبول کردند تا این هزینه‌ها را پوشش دهند. اما اینکه پرداخت به چه صورت است، مشخص نیست تا مراکز ناباروری خصوصی بتوانند خدماتشان را به همه زوجین ارائه دهند. در کشور حدود ۱۶۰ مرکز درمان ناباروری خصوصی داریم، حال اگر این مراکز روزانه درمان ۱۷۶ را برای ۲۰ زوج انجام دهند، نقدینگی شان به پایان می‌رسد و مجبورند هزینه‌ها را از بیمار دریافت کنند. آنها محدودیت دارند و نمی‌توانند منتظر بیمه‌ها شوند و هر زمان که خواستند هزینه‌های بزرگ و کوچک و بیماری‌های قلبی و کلیوی در چنین برخی بانوانی که بالای ۴۰ سال سن دارند، اشاره کرد.» رئیس انجمن تخصصی باروری و

۳۰

درصد

در دنیا در

بهترین حالت

۳۰ تا ۳۵ درصد

از زوج‌هایی

که برای درمان

ناباروری اقدام

می‌کنند موفق

به درآغوش

گرفتن

فرزندشان

می‌شوند

+

پوشش ۹۰ درصدی بیمه‌های پایه در درمان ناباروری



گفت‌وگو (۲)

۱۰۰ مرکز دانشگاهی و غیردانشگاهی خدمات درمان ناباروری را در کشور ارائه می‌کنند.

دکتر شهرام غفاری مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در گفت‌وگو با «ایران» با اشاره به اقدامات سازمان تأمین اجتماعی در زمینه حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می‌گوید: «در سال گذشته بیش از ۴۷ هزار بیمه شده برای بهره‌مندی از خدمات ناباروری به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه کردند و از این بابت مبلغ ۱۲۵ میلیارد تومان به مراکز درمان ناباروری طرف قرارداد و نیز در قالب خسارت متفرقه به زوجین نابارور پرداخت شد. همچنین برای پوشش بیمه‌ای حدود ۶۰ قلم داروی تخصصی درمان ناباروری، حدود ۱۴۰ میلیارد تومان از سوی سازمان هزینه شده است.»

وی می‌افزاید: «در حال حاضر حدود ۱۰۰ مرکز دانشگاهی و غیردانشگاهی در کشور خدمات درمان ناباروری ارائه می‌کنند. از این تعداد در حال حاضر حدود ۷۷ مرکز حاضر به عقد قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی شدند که در مقایسه با سال گذشته دارای رشد ۳۰ درصدی بوده است.» به گفته مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی، میزان پوشش هزینه‌های خدمات ناباروری توسط سازمان‌های



بیمه‌گر پایه بر اساس مصوبات دولت و ابلاغیه‌های شورای عالی بیمه صورت می‌گیرد. در حال حاضر ۹۰ درصد هزینه درمان ناباروری در بیمارستان‌ها و مراکز دولتی بر اساس تعرفه دولتی پرداخت می‌شود و در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی نیز ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی در تعهد سازمان بیمه‌گر پایه است. علاوه بر هزینه‌های خدمات درمان ناباروری اعم از: IUI، IVF، FET، هزینه‌های

سایر خدمات تشخیصی و درمانی مرتبط و جراحی‌ها مانند هیستروسکوپی، لاپاراسکوپی، سونوگرافی و بسیاری از خدمات دیگر بر اساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پوشش داده می‌شود.

دکتر غفاری می‌افزاید: «با وجود اینکه از ابتدای اجرای طرح جوان‌سازی جمعیت و حمایت از زوجین نابارور مبلغی از محل منابع طرح مذکور توسط سازمان برنامه و بودجه به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت نشده است، اما این سازمان امسال همانند سال قبل با تمام توان از طرح جوانی جمعیت و پوشش خدمات درمان ناباروری حمایت کرده، به طوری که در سه ماهه اول سال جاری بیش از ۱۰ هزار مراجعه برای استفاده از خدمات مذکور داشته‌ایم که تشکیل پرونده داده‌اند.»

وی با اشاره به استقبال مراکز ارائه‌کننده خدمات ناباروری برای همکاری با بیمه‌ها می‌گوید: «تخصیص باموقع و مستقیم منابع مالی طرح مذکور به حساب سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان تأمین اجتماعی، می‌تواند اجرای موفق طرح را تسهیل و تسریع کرده و مراکز ارائه‌کننده خدمات را به همکاری مناسب با سازمان‌های بیمه‌ ترغیب کند.»

در گفت‌وگو با یک پژوهشگر اجتماعی مطرح شد

فرزندآوری با افزایش رفاه نسبی

گفت‌وگو (۳)

غربی در این تغییر بی‌تأثیر نبوده اما تغییر اصلی در بطن جامعه خودمان شکل گرفته است، به طوری که حاصل تفکر زیستی برخی، گرایش به سمت تک فرزند یا بدون فرزند است و حتی به تبعات بعد آن هم فکر نمی‌کنیم. مسأله بعدی تغییر الگوهای فرهنگی است. الگوی فرهنگی، نگرش و رویکرد ما دچار تغییر شده است. با نگاه به افراد جامعه درمی‌یابیم میزان مسئولیت‌پذیری تغییر کرده است. زوجین هر دو شاعل هستند و فرصتی برای فکر کردن به زندگی یا بچه پیدا نمی‌کنند. زوجین شاعل برای تأمین معیشت با وجود شرایط اقتصادی فعلی با مشکلاتی همچون مسکن و عدم ثبات شغلی دست و پنجه نرم می‌کنند که همین امر ترس از فرزندآوری را افزایش داده است. موضوع بعدی چالش‌های میان زوجین است. جوانان می‌گویند «نمی‌دانیم میزان پایداری زندگی مشترکمان چقدر است که بخواهیم بچه دار شویم.» همه این دغدغه‌ها در کنار هم سبب شده است افراد به سمت تک فرزند یا بی‌فرزند سوق پیدا کنند چرا



که طاقت، تحمل و سازگاری افراد کاهش پیدا کرده و نمی‌توانند در برابر مشکلات تاب آورند.

به عقیده این پژوهشگر، بسیاری از جوانان علاقه‌مند به فرزندآوری هستند اما ریسک فرزندآوری آنقدر بالا رفته که جرأت بچه دار شدن ندارند. به گفته این روانشناس، دولت‌ها نمی‌توانند برای فرزندآوری زوجین تصمیم بگیرند، اما می‌توانند شرایط را برایشان تسهیل کنند. با پرداخت وام به تنهایی نمی‌توان به افزایش زادوولد در حد مورد نظر در جامعه رسید، بلکه باید رفاه

اجتماعی گسترش پیدا کند. زوجین با وجود کار زیاد و سرشلوغی‌هایی که دارند حتی اگر بچه‌دار هم شوند، چطور می‌توانند به عنوان والدین برای آن کودک وقت بگذارند؟»

دکتر ایمانی با اشاره به لزوم افزایش رفاه اجتماعی برای افزایش میل به فرزندآوری در جامعه می‌گوید: «باید رفاه اجتماعی را به گونه‌ای افزایش دهند که افراد درآمد بهتر و وسعت کاری کمتری داشته باشند. آن زمان است که فرصتی برای تصمیم به فرزندآوری خواهند داشت. اما اگر جامعه با همین فرمان مسیر زندگی را طی کند، گریزی از نسل آینده‌ای که کهنسال است نداریم. نسل آینده، نسلی پیر است که نیازمند مراقبت و توجه جوانان جامعه است اما کسی که این نسل را پشتیبانی کند در آینده وجود نخواهد داشت. این نکته حائز اهمیت است چرا که به میزان افرادی که در جامعه سالخورده می‌شوند، جوانی نداریم که از جمعیت سالمند کشور مراقبت کند.»

این پژوهشگر اجتماعی با اشاره به زنگ خطر پیری جمعیت و تمایل نداشتن



ایرنا

مهدکودک، آموزش و مدرسه می‌رود. حتی سیستم آموزش و پرورش کشور طوری شکل گرفته که فشار از روی خودش برداشته و بردوش خانواده‌ها گذاشته است. همه این عوامل سبب شده یا پدیده تک‌فرزند می‌شود.»

برده‌اند اما اینکه چطور می‌خواهند این موضوع را حل و فصل کنند، نیازمند زیرساختی اساسی است چراکه امروزه با تولد یک کودک، تمام فکر والدین به سمت تأمین هزینه‌هایش از جمله پوشاک، شیرخشک، هزینه‌های

جوانان به فرزندآوری می‌گوید: «همه ما درحال به خطر انداختن زیست‌مان هستیم. سونامی سالمندی خطری است که مستولان، حاکمیت، پژوهشگران، اندیشمندان، روانشناسان، جمعیت‌شناسان، مردم‌شناسان و... به آن بی