

چالش‌های حوزه خدمات درمان ناباروری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل:

۲۱۳۶۸

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: چالش‌های حوزه خدمات درمان ناباروری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

نوع گزارش: طرح / لایحه ، نظارتی ، راهبردی ، پیش‌نویس قانون

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: فاطمه قویدل

مدیر مطالعه: محمد بختیاری علی‌آباد

ناظران علمی: محمدرضا مالکی، هادی افراسیابی، ریحانه رحمانی پور

همکاران: سمیه صدیقی، هادی نوروزی

صفحه‌آرا: سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی: اکرم وحدانی‌فر

واژه‌های کلیدی:

۱. ناباروری

۲. بهداشت و درمان

۳. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۱۱/۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۱/۲۹

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده.....
۲.....	خلاصه مدیریتی.....
۳.....	۱. مقدمه.....
۳.....	۲. خدمات ناباروری در جهان و ایران.....
۴.....	۱-۲. خدمات ناباروری در جهان.....
۱۳.....	۲-۲. شیوع ناباروری و خدمات ناباروری در ایران.....
۲۵.....	۳. موانع و چالش‌های حوزه خدمات ناباروری در ایران.....
۳۰.....	۴. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.....
۳۱.....	منابع و مأخذ.....

فهرست جداول

۶.....	جدول ۱. اطلس اروپایی سیاست‌های درمان باروری ۲۰۲۴.....
۱۳.....	جدول ۲. تعاریف شاخص‌های ناباروری و مقادیر برآورد شده در سطح کشور.....
۱۵.....	جدول ۳. مروری کلی بر سطوح ارائه خدمات ناباروری در بخش دولتی.....
۱۷.....	جدول ۴. قوانین و اقدامات انجام شده در حوزه خدمات ناباروری.....
۲۴.....	جدول ۵. گزارش سه‌ساله بیمه سلامت در خصوص تعداد زوجین و تعداد مراکز طرف قرارداد و میزان اعتبارات هزینه شده در حوزه ناباروری.....
۲۵.....	جدول ۶. اعتبارات تخصیص داده شده و مصوب فعالیت بیمه کامل درمان ناباروری.....
۲۵.....	جدول ۷. هزینه پرداختی درمان خدمات ناباروری (میلیون ریال) سازمان بیمه سلامت به تفکیک سال.....

فهرست شکل‌ها

۴.....	شکل ۱. خدمات درمان ناباروری.....
۱۴.....	شکل ۲. دسته‌بندی استان‌های کشور براساس شیوع ناباروری.....
۲۰.....	شکل ۳. تعداد مراکز سطح دو و سه ارائه خدمات به تفکیک سال در ایران.....
۲۱.....	شکل ۴. توزیع مراکز دولتی سطح دو خدمات ناباروری در سطح کشور.....
۲۲.....	شکل ۵. توزیع مراکز دولتی فعال / نیمه‌فعال سطح سه خدمات ناباروری در سطح کشور.....
۲۶.....	شکل ۶. موانع و چالش‌های حوزه ناباروری در ایران.....



چالش‌های حوزه خدمات درمان ناباروری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

Doi: [10.22034/mrc.report.21368](https://doi.org/10.22034/mrc.report.21368)

چکیده

در پاسخ به چالش کاهش نرخ باروری و رشد جمعیت، قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در ایران تصویب شد که هدف آن تقویت ساختار خانواده و تشویق به فرزندآوری از طریق تدابیر مختلف، از جمله درمان ناباروری است. با این حال، اجرای این قانون با چالش‌هایی مواجه است که این گزارش از طریق ارزیابی اقدامات انجام شده، تحلیل موانع اجرایی و آثار این اقدامات بر خدمات درمان ناباروری، این چالش‌ها را برشمرده است. براساس یافته‌های این پژوهش، در کنار اقداماتی نظیر راه‌اندازی و تجهیز مراکز تخصصی سطح دو و سه درمان ناباروری در سطح استان‌ها، افزایش ظرفیت فلوشیپ‌ها، برگزاری دوره‌های آموزشی، اجرای طرح‌های پژوهشی و تدوین دستورالعمل‌ها و راهنمای بالینی برای پیشگیری و درمان ناباروری، چالش‌هایی مانند فقدان سامان‌دهی کافی روش‌های نوین باروری، جزیره‌ای بودن سامانه‌ها و پراکندگی اطلاعات مراکز، فقدان پوشش بیمه‌ای کافی و عدم پیش‌بینی اعتبارات کافی برای اجرای قوانین، تعرفه‌گذاری نامناسب و عدم توزیع مناسب نیروهای متخصص و فلوشیپ‌های ناباروری وجود دارد. براساس نتایج این تحقیق، اقداماتی نظیر تسریع در تدوین دستورالعمل‌های سامان‌دهی روش‌های نوین باروری، ثبت یکپارچه اطلاعات، افزایش پوشش بیمه‌ای و تخصیص منابع مالی، به‌روزرسانی تعرفه‌ها و توزیع مناسب نیروهای متخصص و فلوشیپ‌های ناباروری می‌تواند در دستور کار نهادهای ذی‌ربط قرار گیرد.

خلاصه مدیریتی**بیان / شرح مسئله**

کاهش نرخ باروری و رشد جمعیت یکی از چالش‌های جدی است که بسیاری از کشورهای جهان، از جمله ایران، با آن مواجه‌اند. این مشکل به‌ویژه با افزایش نرخ ناباروری در میان زوج‌های جوان تشدید شده و تبدیل به یکی از دغدغه‌های سیاستگذاران و متولیان حوزه جمعیت و خانواده شده است. در این راستا، قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در ایران تصویب شد که هدف آن تقویت ساختار خانواده و تشویق به فرزندآوری از طریق مجموعه‌ای از سیاست‌ها و تدابیر است که به درمان ناباروری هم پرداخته‌اند. با وجود اقدامات صورت گرفته، موانع و چالش‌های اجرایی مختلفی در مسیر تحقق اهداف این قانون وجود دارد. این گزارش با هدف شناسایی موانع اجرایی مرتبط با خدمات درمان ناباروری در قانون جمعیت و تعالی خانواده و پیشنهاد راهکارهایی برای ارتقای وضعیت موجود تدوین شده است.

نقطه نظرات / یافته‌های کلیدی

در راستای تحقق اهداف قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، اقدامات مختلفی در زمینه درمان ناباروری انجام شده است؛ از جمله این اقدامات راه‌اندازی و تجهیز ۸۷ مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح دو تا پایان سال ۱۴۰۲ و بهره‌برداری از ۲۵ مرکز سطح سه از سال ۱۴۰۰، افزایش ظرفیت فلوشیپ ناباروری به تعداد هشت نفر (افزایش تعداد از ۲۲ به ۳۰ نفر)، و برگزاری دوره‌های آموزشی برای متخصصین زنان بوده است. همچنین، طرح‌های پژوهشی اجرا شده و دستورالعمل‌ها و راهنمای بالینی برای پیشگیری و درمان ناباروری تدوین و ابلاغ شده‌اند. سامانه باروری سالم نیز رونمایی شده است.

با وجود اقدامات صورت گرفته، چالش‌هایی نظیر عدم سامان‌دهی روش‌های نوین باروری، جزیره‌ای بودن سامانه‌ها و پراکندگی اطلاعات مراکز، فقدان پوشش بیمه‌ای کافی و عدم پیش‌بینی اعتبارات لازم برای اجرای قوانین، تعرفه‌های نامناسب و توزیع نامناسب نیروهای متخصص و فلوشیپ‌های ناباروری وجود دارد.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

باتوجه به چالش‌ها و موانع پیش‌روی ارائه خدمات ناباروری، پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران و متولیان ذی‌ربط مواردی چون تسریع در تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های مرتبط با روش‌های نوین باروری، یکپارچگی اطلاعات اهداکنندگان و دریافت‌کنندگان، و تخصیص منابع مالی متناسب با تعهدات قانونی، کوتاه کردن زمان بازپرداخت مطالبات مراکز، تقویت پوشش بیمه‌ای داروها و تجهیزات درمان ناباروری، تعیین تعرفه‌ها براساس هزینه‌های واقعی و پیش‌بینی سازوکار توزیع عادلانه فلوشیپ‌های ناباروری را در دستور کار قرار دهند.



۱. مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ناباروری^۱ اختلال در عملکرد تولید مثل است که به ناتوانی در بارداری پس از دوازده ماه یا بیشتر تلاش منظم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری اشاره دارد [۱]. ناباروری ممکن است به دلیل اختلال در یکی از زوجین یا هر دو باشد. در زنان، اختلالاتی مانند مشکلات تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ یا رحم می‌تواند عامل ناباروری باشد. در مردان نیز مشکلات مربوط به کیفیت یا کمیت اسپرم، موانع فیزیکی (مشکلات یا انسدادهایی در دستگاه تناسلی) یا مشکلات هورمونی ممکن است به ناباروری منجر شود. با این حال، در حدود ۲۵ درصد از موارد ناباروری، علت دقیق این مشکل قابل شناسایی نیست و تحت عنوان ناباروری با علت ناشناخته^۲ ثبت می‌شود [۲].

براساس مطالعات نظام‌مند انجام شده، حدود ۱ نفر از هر ۶ نفر در سراسر جهان (معادل ۱۷ درصد از جمعیت) در مقطعی از زندگی خود با ناباروری مواجه می‌شوند [۳]. در ایران نیز شیوع ناباروری به‌طور میانگین برای ناباروری اولیه ۱۸/۳ درصد (براساس یافته‌های ۴۵ مقاله) و برای ناباروری ثانویه حدود ۲/۵ درصد (براساس یافته‌های سیزده مقاله) برآورد شده است [۴].

کاهش نرخ باروری و رشد جمعیت به یکی از چالش‌های اساسی کشورهای مختلف، از جمله ایران، تبدیل شده که این مسئله با افزایش ناباروری در زوج‌های جوان تشدید شده و توجه سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده است. در همین راستا قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در ایران با هدف تقویت ساختار خانواده و تشویق به فرزندآوری تصویب شد و شامل مجموعه‌ای از سیاست‌ها و تدابیر می‌شود که یکی از آنها تسهیل درمان ناباروری است. این گزارش با هدف ارزیابی احکام مرتبط با خدمات درمان ناباروری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، و شناسایی چالش‌ها و راهکارهای تحقق مطلوب این احکام از طریق مصاحبه با ذی‌نفعان و مکاتبات با دستگاه‌های ذی‌ربط، انجام شده است.

۲. خدمات ناباروری در جهان و ایران

به‌طور کلی می‌توان خدمات درمان ناباروری را در سه گروه دسته‌بندی کرد: نخست، درمان‌های دارویی برای افزایش توان باروری زوج‌ها؛ دوم، روش تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI)^۳ که در این روش نمونه اسپرم پس از شست‌وشو و آماده‌سازی به‌طور مستقیم به داخل رحم خانم انتقال داده می‌شود؛ سوم، روش پیشرفته شامل لقاح آزمایشگاهی (IVF)^۴ یا تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی (ICSI)^۵ که در این روش پس از تجویز داروهای تحریک تخمک‌گذاری به خانم، طی عمل تخمک‌گیری، تخمک‌ها از تخمدان خانم برداشته و در محیط آزمایشگاهی با اسپرم مرد تلقیح، و سپس جنین‌های حاصل به رحم خانم انتقال داده می‌شوند [۵].

1. Infertility
2. Unexplained Infertility
3. Intrauterine Insemination (IUI)
4. In Vitro Fertilization (IVF)
5. Intra-Cytoplasmic Sperm Injection

<p>• تحریک هورمونی</p> <p>درمان‌های دارویی برای افزایش توان باروری زوجها</p>	
<p>• لقاح درون رحمی</p> <p>روش تلقیح داخل رحمی یا آی‌یو‌آی (IUI) که در این روش نمونه اسپرم پس از آماده‌سازی به‌طور مستقیم به داخل رحم خانم انتقال داده می‌شود.</p>	
<p>• لقاح آزمایشگاهی</p> <p>روش پیشرفته آی‌وی‌اف (IVF) یا میکرواینجکشن (ICSI) که در این روش پس از تجویز داروهای تحریک تخمک‌گذاری به خانم، طی عمل پانکچر تخمدان یا تخمک‌گیری، تخمک‌ها از تخمدان خانم برداشته و در محیط آزمایشگاهی با اسپرم مرد تلقیح، و سپس جنین‌های حاصل به رحم خانم انتقال داده می‌شوند.</p>	

شکل ۱. خدمات درمان ناباروری [۵]

در نهایت، در مواردی که روش‌های مذکور پاسخ مطلوبی ندهند، از روش‌های درمانی جایگزین استفاده می‌شود. این روش‌ها شامل اهدای گامت یا جنین است که می‌تواند گزینه‌ای مناسب برای زوج‌هایی باشد که به‌دلایل مختلف قادر به تولید گامت^۱ سالم نیستند. در این فرایند، تخمک، اسپرم یا جنین اهدایی پس از بررسی‌های لازم و تطابق‌های پزشکی و ژنتیکی، به رحم زن دریافت‌کننده منتقل می‌شود تا امکان بارداری و تولد نوزاد فراهم شود [۶، ۷].

۱-۲. خدمات ناباروری در جهان

باوجود تلاش‌های سازمان‌های بین‌المللی، دولت‌ها و نهادهای منطقه‌ای، حدود ۲۵ درصد از زوج‌های نابارور در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به درمان ناباروری دسترسی دارند [۸]. در جدول ۱، این خدمات در ۴۹ کشور و منطقه براساس دسترسی آنها به درمان‌های عادلانه، ایمن و کارآمد برای باروری بررسی و مقایسه شده است [۹].

براساس جمع‌بندی داده‌های ارائه شده در جدول ۱، کشورهایی با عملکرد بالا در حوزه درمان ناباروری، نظیر بلژیک و هلند، با پوشش ۸۶ درصدی خدمات، پیش‌تاز محسوب می‌شوند. این کشورها با تخصیص بودجه عمومی جامع، ارائه گزینه‌های درمانی گسترده و بهره‌گیری از سیستم‌های پشتیبانی قوی از بیماران، دسترسی عادلانه و مؤثر به خدمات درمان ناباروری را تضمین می‌کنند. در گروه کشورهایی با عملکرد متوسط، فرانسه، پرتغال و فنلاند به ترتیب با ۸۴ درصد، ۸۰ درصد و ۷۹ درصد پوشش، بخش قابل توجهی از هزینه‌های درمان ناباروری را از طریق منابع عمومی تأمین می‌کنند. این کشورها طیف گسترده‌ای از درمان‌ها را ارائه می‌دهند، اما ممکن است در برخی حوزه‌ها، از جمله حمایت‌های روان‌شناختی و برنامه‌های آموزشی باروری، با محدودیت‌هایی مواجه باشند. در مقابل، کشورهایی با عملکرد

۱. گامت: سلول تخصص‌یافته‌ای که مسئول تولید مثل جنسی است.



پایین، از جمله آلبانی، ارمنستان، ایرلند و لهستان، به ترتیب با ۱۳ درصد، ۲۶ درصد، ۲۷ درصد و ۲۷ درصد پوشش، کمترین سطح حمایت مالی را در این حوزه دارند. این میزان پایین پوشش، نشان دهنده محدودیت شدید بودجه عمومی برای درمان ناباروری و کمبود خدمات حمایتی است که منجر به ایجاد شکاف‌های قابل توجه در پرداختن به ناباروری به‌عنوان یک مسئله مهم بهداشت عمومی می‌شود.

از منظر بودجه عمومی و نظام بازپرداخت، کشورهایمانند بلژیک، فرانسه و پرتغال با تخصیص بودجه گسترده، پوشش مالی قابل توجهی را برای درمان‌های ناباروری فراهم می‌کنند. صربستان و اسلونی نیز در این دسته قرار دارند که تا ۶ دوره درمان IVF یا ICSI را به‌طور کامل بازپرداخت می‌کنند. در مقابل، برخی کشورها مانند آلمان، ایتالیا و سوئد بازپرداخت جزئی برای درمان‌های ناباروری ارائه می‌دهند که به بیماران کمک می‌کند، اما همچنان بخشی از هزینه‌ها برعهده افراد باقی می‌ماند. باین‌حال، کشورهایی نظیر ایرلند، لهستان و سوئیس دارای بودجه عمومی محدود یا فاقد حمایت مالی در این حوزه‌اند. این مسئله موجب شده است که بسیاری از شهروندان این کشورها به‌دلیل هزینه‌های بالا، امکان بهره‌مندی از درمان‌های باروری را نداشته باشند.

از منظر گزینه‌های درمانی، بیشتر کشورهای اروپایی طیف گسترده‌ای از روش‌های درمان ناباروری، از جمله لقاح آزمایشگاهی (IVF)، تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی (ICSI)، تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI) و تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی برای بیماری‌های تک‌ژنی و ناهنجاری‌های کروموزومی (PGT-M/SR)^۱ را ارائه می‌دهند. از این‌رو، دسترسی به این درمان‌ها می‌تواند براساس وضعیت خدمت‌گیرندگان متفاوت باشد. علاوه بر این، سیاست‌های مربوط به اهدای گامت و جنین نیز در کشورهای مختلف متغیر است. برخی کشورها این روش‌ها را مجاز می‌دانند، درحالی‌که برخی دیگر مقررات سخت‌گیرانه‌ای برای انجام آن وضع یا به‌طور کامل آن را ممنوع کرده‌اند. برای مثال، اتریش اجازه اهدای غیرناشناس گامت را می‌دهد، درحالی‌که کشورهایی مانند آلمان محدودیت‌های قانونی سخت‌گیرانه‌تری در این زمینه دارند.

برخی کشورها، از جمله آلمان و بلژیک، علاوه بر ارائه درمان‌های ناباروری، حمایت‌های روان‌شناختی را نیز به‌عنوان بخشی از فرایند درمان در نظر می‌گیرند تا تأثیرات عاطفی ناشی از ناباروری را کاهش دهند. همچنین، کشورهایی مانند انگلستان برنامه‌های آموزش باروری را با هدف افزایش آگاهی عمومی و ارتقای سلامت باروری اجرا می‌کنند.

در حوزه مدیریت و نظارت بر فناوری‌های کمک‌باروری^۲، کشورهایی مانند بلژیک، فرانسه و هلند از سیستم ثبت ملی برای پیگیری و ردیابی استفاده از این فناوری‌ها بهره می‌برند. این رویکرد نه‌فقط موجب افزایش شفافیت در این حوزه می‌شود، بلکه به توسعه تحقیقات علمی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی نیز کمک می‌کند. علاوه بر این، در برخی کشورها سیستم ثبت اهداکنندگان گامت و جنین وجود دارد که در برخی موارد، امکان افشای هویت اهداکننده برای فرزندان متولد شده فراهم آمده است؛ برای مثال، در فنلاند و آلمان این امکان تحت مقررات مشخصی در نظر گرفته شده است.

1. Pre-Implantation Genetic Testing for Monogenic Diseases/Chromosomal Structural Rearrangement
2. Assisted Reproductive Technology (ART)

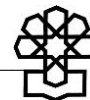
جدول ۱. اطلس اروپایی سیاست‌های درمان باروری ۲۰۲۴ [۹]

کشورها	قانونگذاری											بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران		
	مقررات				درمان‌های موجود							تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود. آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*				دسترسی به PGT-M/SR*	اهدای گامت و جنین								
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم	با اهدای تخمک		اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	ترکیبی از اهدای ناشناس و غیر						
یک کشور ابده‌آل	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓		کامل	کامل	بله	بله	بله	بله
آلبانی	خیر	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	خیر	-	-	-	-
ارمنستان	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓	خیر	خیر	-	خیر	خیر	سازمان دهی دولتی
اتریش	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	جزئی	بله	خیر	خیر	یک بار برای IVF ناموفق
بلاروس	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓	خیر	خیر	خیر	-	-	-
پلزیک	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓	کامل	جزئی	بله	بله	خیر	خیر



کشورها	قانونگذاری							بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران					
	مقررات			درمان‌های موجود				تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟		
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*			دسترسی به PGT-M/SR*								اهدای گامت و جنین	
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم		با اهدای تخمک	اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	ترکیبی از اهدای ناشناس و غیر	IUI*	وجود دارد؟	وجود دارد؟		
بوسنی و هرزگوین - فدرال	بله	بله	خیر	خیر	بله	خیر	خیر	-	-	-	خیر	جزئی	خیر	-	-	-
بوسنی و هرزگوین - جمهوری	بله	بله	خیر	خیر	بله	خیر	خیر	-	-	-	خیر	جزئی	خیر	-	-	-
بلغارستان	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓	خیر	جزئی	بله	گاهی اوقات	خیر	خیر
کروواسی	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله		✓	کامل	جزئی	بله	گاهی اوقات	خیر	خیر
قبرس	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	جزئی	بله	-	-	-
جمهوری چک	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	جزئی	بله	-	-	-
دانمارک	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله		✓	کامل	جزئی	خیر	-	-	-

کشورها	قانونگذاری											بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران			
	مقررات			درمان‌های موجود								تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*				دسترسی به PGT-M/SR*	اهدای گامت و جنین									
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم	با اهدای تخمک		اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	ترکیبی از اهدای ناشناس و غیر							
استونی	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			خیر	جزئی	خیر	-	-	-
فنلاند	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓		جزئی در کلینیک‌های دولتی	جزئی	بله	بله	خیر	خیر
فرانسه	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			کامل	جزئی	بله	بله	پرداخت اضافی	خیر
گرجستان	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓		خیر	خیر	-	-	-	-
آلمان	بله	بله	بله	بله	بله	بله	خیر	بله	بله			✓	کامل	جزئی	خیر	بله	بله	خیر
یونان	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			خیر	کامل	بله	نه	در برخی مراکز	خیر
مجارستان	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله			✓	کامل	جزئی	بله	بله	خیر	خیر



کشورها	قانونگذاری							بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران						
	مقررات			درمان‌های موجود				تا بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا بار تأمین مالی می‌شود.	آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟			
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*			دسترسی به PGT-M/SR*								اهدای گامت و جنین		
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم		با اهدای تخمک	اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	تزکیبی از اهدای ناشناس و غیر						
ایسلند	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓		خیر	جزئی	بله	خیر	خیر	خیر	
ایرلند	خیر	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله		✓	خیر	خیر	-	* بله	خیر	خیر	خیر
ایتالیا	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓		جزئی	جزئی	خیر	بله	یک مشاوره	خیر	خیر
لتونی	بله	خیر	نه	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	جزئی	بله	خیر	پرداخت اضافی	خیر	خیر
لیتوانی	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	جزئی	بله	خیر	پرداخت اضافی	خیر	خیر
مالت	بله	بله	نه	بله	بله	بله	بله	خیر		✓	خیر	جزئی	بله	خیر	یک مشاوره	خیر	خیر
مولداوی	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓		خیر	جزئی	بله	-	-	-	-

کشورها	قانونگذاری								بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران						
	مقررات			درمان‌های موجود					تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟			
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*				دسترسی به PGT-M/SR*								اهدای گامت و جنین		
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم	با اهدای تخمک									اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	ترکیبی از اهدای ناشناس و غیر
مونتنگرو	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓			جزئی	جزئی	بله	خیر	خیر	خیر	
مقدونیه شمالی	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			خیر	جزئی	بله	در حال حاضر نه	خیر	خیر	خیر
نروژ	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓		کامل	جزئی	بله	بله	فقط به صورت خصوصی	خیر	خیر
لهستان	بله	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			خیر	جزئی	-	خیر	نه	خیر	خیر
پرتغال	بله	بله	نه	بله	بله	بله	بله	بله		✓		جزئی	جزئی	بله	بله	بله، اما کافی نیست	خیر	خیر
رومانی	نه	بله	نه	بله	بله	بله	بله	بله			✓	خیر	جزئی	بله	بله	خیر	خیر	خیر
روسیه	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓			خیر	جزئی	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر



کشورها	قانونگذاری							بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران						
	مقررات			درمان‌های موجود				تا بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا بار تأمین مالی می‌شود.	آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟			
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*			دسترسی به PGT-M/SR*								اهدای گامت و جنین		
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم		با اهدای تخمک	اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	ترکیبی از اهدای ناشناس و غیر	IUI*	وجود دارد؟	وجود دارد؟			
صربستان	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓			کامل	کامل	بله	به ابتکار خود	خیر	خیر
اسلواکی	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			خیر	جزئی	بله	-	-	-
اسلوانی	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	✓			کامل	کامل	بله	بله، کمی	در قانون، نه در عمل	خیر
اسپانیا	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓			جزئی	جزئی	خیر	خیر	خیر	خیر
سوئد	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله			✓	جزئی	جزئی	بله	-	-	-
سوئیس	بله	بله	بله	بله	بله	بله	خیر	بله			✓	جزئی	خیر	-	خیر	بله، بازپرداخت نمی‌شود.	خیر

کشورها	قانونگذاری											بودجه عمومی / بازپرداخت			دیدگاه بیماران			
	مقررات			درمان‌های موجود								تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	IVF/ ICSI	تا ۶ بار تأمین مالی می‌شود.	آیا لیست انتظار برای بودجه عمومی وجود دارد؟	بیماران مورد مشاوره قرار می‌گیرند؟	حمایت روانی ارائه می‌شود؟	برنامه آموزش باروری دولتی وجود دارد؟
	آیا قانون در خصوص فناوری کمک باروری وجود دارد؟	آیا سیستم ثبت ملی برای فناوری کمک باروری وجود دارد؟	ثبت اهدا	دسترسی به IVF* و ICSI*				دسترسی به PGT-M/SR*	اهدای گامت و جنین									
				کمک به تلقیح با اسپرم اهدایی	با گامت‌های خود	با اهدای اسپرم	با اهدای تخمک		اهدای کاملاً ناشناس	اهدای ناشناس / هویت برای کودکان آشکار می‌شود.	ترکیبی از اهدای ناشناس و غیر							
هلند	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓		کامل	جزئی	بله	بله	خیر	خیر	
ترکیه	بله	بله	خیر	خیر	بله	خیر	خیر	بله	-	-	-	تا ۳ بار / نه برای همه	جزئی	خیر	خیر	خیر	خیر	
اوکراین	نه	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله	بله		✓	خیر	جزئی	بله	-	-	-	
انگلستان	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	✓		کامل	جزئی	خیر	بله	خیر	بله	

*IVF: In Vitro Fertilization, ICSI: Intra-Cytoplasmic Sperm Injection, PGT-M/SR: Pre-Implantation Genetic Testing for Monogenic Diseases/Chromosomal Structural Rearrangement



۲-۲. شیوع ناباروری و خدمات ناباروری در ایران

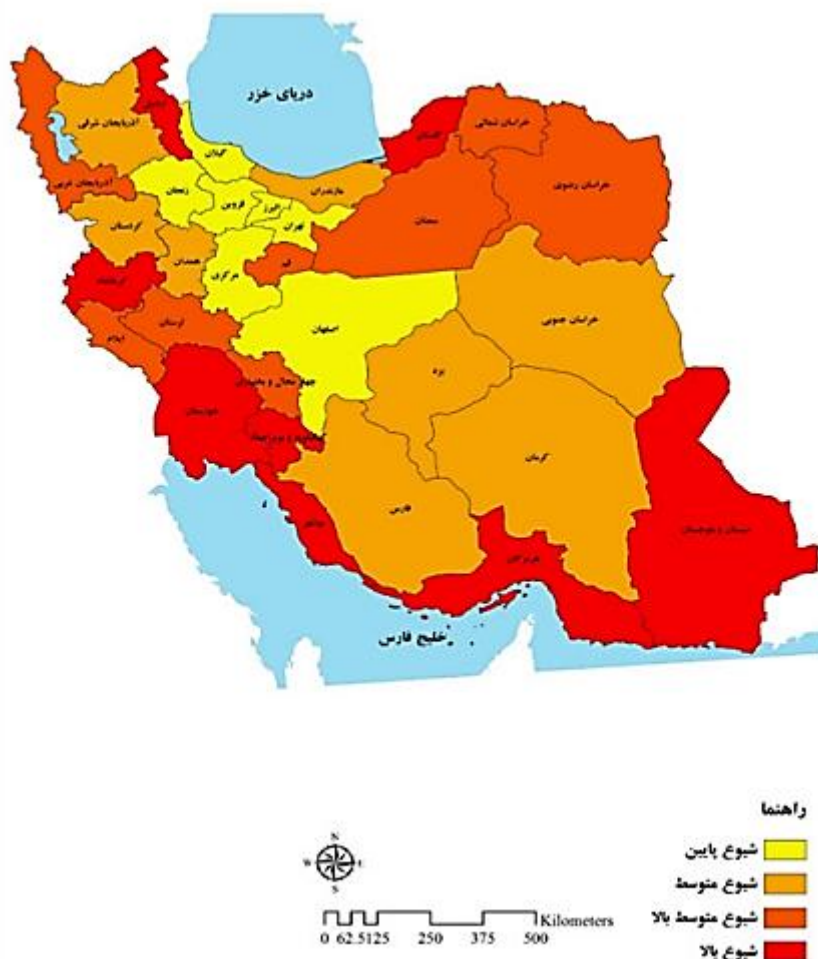
جدول ۲ تعاریف شاخص‌های ناباروری و مقادیر برآورد شده در سطح کشور را براساس آخرین پیمایش کشوری در سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد. براساس نتایج این پیمایش، میزان شیوع ناباروری اولیه و ثانویه در زنان ایرانی در هر ازدواج در کل کشور به ترتیب ۱۱/۹ و ۱۵/۳ بود. چنانچه ناباروری کلی، تجربه هر نوع ناباروری از نوع اولیه و ثانویه تعریف شود، شیوع عمری ناباروری کلی در زوج‌های ایرانی ۲۰/۳ درصد بوده است.

جدول ۱. تعاریف شاخص‌های ناباروری و مقادیر برآورد شده در سطح کشور [۱۰]

عنوان شاخص	تعریف	برآورد حاصل (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)
شیوع عمری ناباروری اولیه براساس تعریف کلینیکال	در هر ازدواج در خانم‌های بدون سابقه بارداری، عدم رخداد بارداری پس از ۱۲ ماه از زمان قصد بارداری که درمورد خانم‌های ۳۵ سال و بالاتر، ۶ ماه لحاظ می‌شود.	۱۱/۹ (۱۰/۹ تا ۱۳/۰)
شیوع عمری ناباروری ثانویه براساس تعریف کلینیکال	در هر ازدواج در خانم‌های با سابقه حداقل یک بارداری درمورد بارداری‌های دوم و پس از آن، عدم رخداد بارداری پس از ۱۲ ماه از زمان قصد بارداری که درمورد خانم‌های ۳۵ سال و بالاتر، ۶ ماه لحاظ می‌شود.	۱۵/۳ (۱۳/۲ تا ۱۷/۷)
شیوع مقطعی ناباروری اولیه براساس تعریف کلینیکال	در ازدواج اخیر در خانم‌های بدون سابقه بارداری، عدم رخداد بارداری پس از ۱۲ ماه از زمان قصد بارداری که درمورد خانم‌های ۳۵ سال و بالاتر، ۶ ماه لحاظ می‌شود.	۱۱/۸ (۱۰/۹ الی ۱۲/۸)
شیوع مقطعی ناباروری ثانویه براساس تعریف کلینیکال	در ازدواج اخیر در خانم‌های با سابقه حداقل یک بارداری درمورد بارداری‌های دوم و پس از آن عدم رخداد بارداری پس از ۱۲ ماه از زمان قصد بارداری که درمورد خانم‌های ۳۵ سال و بالاتر، ۶ ماه لحاظ می‌شود.	۱۵/۷ (۱۳/۶ تا ۱۸/۰)
شیوع مقطعی ناباروری اولیه براساس تعریف اپیدمیولوژیک	در ازدواج اخیر در خانم‌های با سابقه بارداری درمورد بارداری‌های دوم و پس از آن، عدم رخداد بارداری پس از ۲۴ ماه از زمان قصد بارداری.	۶/۹ (۶/۵ تا ۷/۳)
شیوع مقطعی ناباروری ثانویه براساس تعریف اپیدمیولوژیک	در ازدواج اخیر در خانم‌های با سابقه حداقل یک بارداری درمورد بارداری‌های دوم و پس از آن، عدم رخداد بارداری پس از ۲۴ ماه از زمان قصد بارداری.	۹/۰ (۷/۵ تا ۱۰/۸)

براساس نتایج حاصل از محاسبه ۶ شاخص فوق در استان‌های کشور، استان‌های کشور به چهار دسته تقسیم شدند: استان‌ها با شیوع پایین (استان‌های گیلان، مرکزی، البرز، زنجان، قزوین، اصفهان و تهران)، استان‌ها با شیوع متوسط (آذربایجان شرقی، مازندران، فارس، کرمان، همدان، کردستان، یزد و خراسان جنوبی)، استان‌ها با شیوع متوسط به بالا

(استان‌های سمنان، قم، آذربایجان غربی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، ایلام، لرستان و چهارمحال و بختیاری) و استان‌ها با شیوع بالا (استان‌های خوزستان، گلستان، کهگیلویه و بویراحمد، بوشهر، هرمزگان، کرمانشاه، اردبیل و سیستان و بلوچستان). دسته‌بندی استان‌ها از نظر میزان شیوع ناباروری در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲. دسته‌بندی استان‌های کشور براساس شیوع ناباروری [۱۰]

خدمات درمان ناباروری در ایران شامل خدمات ویزیت، پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی و درمانی برای زوجین نابارور اولیه و ثانویه که نشان‌دار شده‌اند، است. جدول ۳ سطوح ارائه خدمات ناباروری در بخش دولتی را نشان می‌دهد. به‌طور کلی، خدمات ناباروری در ایران در سطوح سه‌گانه ارائه می‌شود. **سطح اول**، شامل کلیه مراکز بهداشتی، درمانی و درمانگاه‌های تخصصی مانند مطب زنان و زایمان و اورولوژی است؛ **سطح دوم**، شامل مراکز ارائه‌دهنده خدمات رفع و کاهش ناباروری از جمله IUI است (آیین‌نامه الزامات راه‌اندازی خدمات درمان ناباروری سطح دو به شماره ۱۰۰/۷۷۹ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۵)؛ **سطح سوم**، شامل مراکز تخصصی درمان ناباروری مشتمل بر

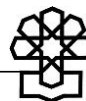


آزمایشگاه‌های تخصصی جنین‌شناسی و اتاق عمل‌های کمک‌باروری است (آیین‌نامه تأسیس و بهره‌برداری مرکز تخصصی درمان ناباروری به شماره ۱۰۱/۱۸۱۵/د مورخ ۱۳۹۸/۷/۱۷).

جدول ۲. مروری کلی بر سطوح ارائه خدمات ناباروری در بخش دولتی [۱۱]

محل استقرار	ارائه‌دهندگان خدمات	خدمات	سطح خدمات
خانه بهداشت، پایگاه سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت، درمانگاه‌ها و مطب‌های متخصصین زنان و زایمان، اورولوژی، پزشکان عمومی و ماما	پزشک عمومی، ماما / ماما مراقب، مراقب سلامت، بهورز	<p>۱. آموزش و مشاوره:</p> <p>- آموزش و مشاوره درخصوص دانش باروری، کاهش عوامل مستعدکننده ناباروری و سبک زندگی و تغذیه ناسالم، عواقب افزایش سن ازدواج، تأخیر در فرزندآوری و افزایش فاصله بین موالید، عوارض اقلام و روش‌های جلوگیری از بارداری و تأثیر آنها بر باروری، عوارض سقط عمدی جنین و تأثیر آنها بر باروری، اهمیت مراقبت از بارداری به‌ویژه در سه‌ماهه اول و پیشگیری از سقط خودبه‌خودی، آموزش سلامت و بهداشت زناشویی.</p> <p>- آموزش توصیه‌ها و آموزه‌های طب ایرانی و اصلاح سبک زندگی در پیشگیری از ناباروری.</p> <p>۲. بیماریابی فعال، اخذ شرح‌حال، معاینه و ارزیابی اولیه:</p> <p>ارزیابی اولیه وضعیت باروری، عوامل مستعدکننده ناباروری، علل شایع ناباروری (نظیر آندومتریوز و سندرم تخمدان پلی‌کیستیک).</p> <p>۳. درخواست آزمایش‌ها و سونوگرافی رحم و تخمدان‌ها و سونوگرافی / ماموگرافی پستان براساس شرح‌حال و معاینه بالینی توسط پزشک / ماما.</p> <p>۴. انجام پاپ‌اسمیر توسط صرفاً پزشک زن / ماما.</p> <p>۵. بررسی و درمان اختلالات تیروئید و عفونت‌های تناسلی.</p> <p>۶. ثبت اطلاعات با رعایت اصول محرمانگی در سامانه‌های سطح یک و پس از راه‌اندازی بخش ناباروری سامانه ماده (۵۴)، ثبت در سامانه ملی باروری سالم.</p> <p>۷. شناسایی افراد واجد شرایط و نشان‌دار کردن زوجین نابارور.</p> <p>۸. ارجاع به سطح بالاتر و پیگیری موارد ارجاعی.</p>	سطح اول
مراکز سطح دو ناباروری در درمانگاه یا بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی	فلوشیپ ناباروری (در صورت موجود بودن) / متخصصین زنان دوره‌دیده سطح دو، فلوشیپ آندروولوژی (در صورت موجود بودن) / متخصص اورولوژی، PhD طب ایرانی / پزشک عمومی دوره‌دیده، دکترای بیولوژی تولید مثل / کارشناس ارشد / کارشناس آزمایشگاه فارغ‌التحصیل در یکی از رشته‌های	<p>۱. پذیرش افراد ارجاع شده از سطح یک و افراد مراجعه‌کننده به‌دلیل ناباروری، سقط مکرر، آندومتریوز، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک.</p> <p>۲. اخذ شرح‌حال و معاینه و ارزیابی زوج نابارور و تشخیص علت ناباروری.</p> <p>۳. درخواست آزمایش‌های زوجین برای بررسی علت ناباروری، درخواست ماموگرافی / سونوگرافی پستان در صورت لزوم.</p> <p>۴. انجام سونوگرافی ترانس‌واژینال تشخیصی رحم و تخمدان‌ها توسط فلوشیپ ناباروری زن / متخصص زنان دوره‌دیده سطح دو / متخصص رادیولوژی زن.</p> <p>۵. انجام تست آنالیز اسپرم در آزمایشگاه.</p> <p>۶. انجام تست پاپ‌اسمیر.</p> <p>۷. مشاوره:</p> <p>مشاوره باروری، اصلاح سبک زندگی، مشاوره طب ایرانی، روان‌شناسی، تغذیه، مشاوره توسط کارشناس خبره و درخواست مشاوره براساس بیماری زمینه‌ای (غدد، قلب، روماتولوژی، عفونی و...).</p> <p>۸. ثبت اطلاعات با رعایت اصول محرمانگی در سامانه‌های سطح دو و سه و پس از راه‌اندازی بخش ناباروری سامانه ماده (۵۴)، ثبت در سامانه ملی باروری سالم.</p> <p>۹. نشان‌دار کردن زوجین نابارور.</p>	سطح دوم

محل استقرار	ارائه‌دهندگان خدمات	خدمات	سطح خدمات
	<p>علوم آزمایشگاهی یا علوم زیستی با طی دوره آموزشی مربوطه، دکتری / کارشناس ارشد / کارشناس مامایی / پرستاری (با اولویت به‌کارگیری ماما در شرایط مساوی)، کارشناس خبره.</p>	<p>۱۰. درمان: شروع سیکل تحریک تخمک‌گذاری (COH) و پایش پاسخ تخمدان‌ها به داروها با انجام سونوگرافی ترانس‌واژینال رحم و تخمدان‌ها، شروع سیکل IUI و تلقیح داخل رحمی صرفاً با اسپرم همسر و توسط فلوشیپ ناباروری یا متخصص زنان دوره‌دیده سطح دو و پایش پاسخ تخمدان‌ها به داروها با انجام سونوگرافی ترانس‌واژینال رحم و تخمدان‌ها، درمان طبی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، درمان طبی ناباروری مردان، جراحی واریکوسل و اختلالات انسدادی مجرا، هیستروسکوپی تشخیصی و لاپاراسکوپی تشخیصی. ۱۱. ارجاع افراد واجد شرایط به سطح سه. ۱۲. ارسال پسخوراند به سطح قبل. ۱۳. پیگیری موارد ارجاعی.</p>	
<p>مراکز تخصصی درمان ناباروری در مرکز تخصصی بیمارستانی یا مستقل دولتی یا خصوصی یا خیریه یا موقوفی یا داخل بیمارستان دولتی دانشگاهی.</p>	<p>فلوشیپ ناباروری، فلوشیپ آندرولوژی / متخصص اورولوژی، دکترای بیولوژی تولید مثل / جنین‌شناس، متخصص بیپوشی، دو دانش‌آموخته دکتری / کارشناس ارشد / کارشناس آزمایشگاه فارغ‌التحصیل در یکی از رشته‌های علوم آزمایشگاهی یا علوم زیستی با طی دوره آموزشی مربوطه، دو کارشناس / کاردان اتاق عمل آموزش‌دیده در یک مرکز ART، دو دانش‌آموخته دکتری / کارشناسی ارشد / کارشناس مامایی / پرستاری (با اولویت به‌کارگیری ماما در شرایط مساوی)، کارشناس خبره.</p>	<p>۱. پذیرش افراد ارجاع شده از سطح یک یا دو یا افراد مراجعه‌کننده مستقیم. ۲. اخذ شرح حال و معاینه و ارزیابی زوجین نابارور و تشخیص علت ناباروری. ۳. درخواست آزمایش‌های زوجین برای بررسی علت ناباروری، درخواست ماموگرافی / سونوگرافی پستان در صورت لزوم. ۴. انجام سونوگرافی ترانس‌واژینال رحم و تخمدان‌ها توسط فلوشیپ ناباروری زن / متخصص زنان دوره‌دیده / متخصص رادیولوژی زن. ۵. انجام تست پاپ‌اسمیر. ۶. تست آنالیز اسپرم در آزمایشگاه آندرولوژی. ۷. مشاوره: مشاوره باروری، اصلاح سبک زندگی، مشاوره طب ایرانی، روان‌شناسی، تغذیه، مشاوره توسط کارشناس خبره و درخواست مشاوره براساس بیماری زمینه‌ای (غدد، قلب، روماتولوژی، عفونی و...) ۸. ثبت اطلاعات با رعایت اصول محرمانگی در سامانه‌های سطح دو و سه و پس از راه‌اندازی بخش ناباروری سامانه ماده (۵۴)، ثبت در سامانه ملی باروری سالم. ۹. نشان‌دار کردن زوجین نابارور. ۱۰. درمان: شروع سیکل COH، IUI، ICSI، IVF. درمان سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و آندومتریوز، سقط مکرر، انجام هیستروسکوپی تشخیصی و درمانی، انجام لاپاراسکوپی تشخیصی و درمانی، انجام جراحی‌های مورد نیاز قبل از اقدام به بارداری نظیر میومکتومی، درمان طبی ناباروری مردان، جراحی واریکوسل و اختلالات انسدادی مجرا، انجام جراحی مردان، حفظ باروری. ۱۱. ارسال پسخوراند به سطوح قبل.</p>	<p>سطح سه</p>



در راستای اجرای مصوبه هیئت محترم وزیران به شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۰ مبنی بر نشان‌دار کردن زوجین نابارور در مراکز سطح یک، دو و سه نظام سلامت و ماده (۴۳) قانون برای برخورداری همه زوج‌های نابارور از برنامه‌ها و اقدامات معاینه، بیماریابی، تشخیص و درمان ناباروری تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز، افراد صاحب صلاحیت ذیل ضرورت دارد برای نشان‌دار کردن زوجین نابارور اقدام نمایند:

سطح یک: صرفاً پزشک عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دولتی؛

سطح دو: صرفاً فلوشیپ ناباروری / متخصص زنان دوره‌دیده سطح دو / فلوشیپ آندرولوژی / متخصص اورولوژی شاغل در مراکز ناباروری سطح دو دولتی؛

سطح سه: صرفاً فلوشیپ ناباروری / متخصص زنان دوره‌دیده / فلوشیپ آندرولوژی / متخصص اورولوژی شاغل در مراکز ناباروری سطح سه دولتی یا جهاد دانشگاهی پس از ارجاع از سطح یک یا دو.

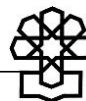
افراد صاحب صلاحیت امکان نشان‌دار کردن هر دو بیمار (زن و مرد) را دارند و این فرایند صرفاً در مراکز دولتی قابل انجام است. پس از نشان‌دار شدن در مراکز دولتی، بیمار می‌تواند برای دریافت خدمات به مراکز یا مطب‌های خصوصی مراجعه کند. با این حال، در صورتی که بیمار خارج از فرایند نظام ارجاع و نشان‌دار شدن مراجعه کند، مشمول بیمه ناباروری با پوشش ۹۰ درصدی نخواهد شد. همچنین، زمان مراجعه بیمار پس از نشان‌دار شدن از سطح دو به سطح سه حداقل دو هفته خواهد بود و پیش از این زمان، امکان نشان‌دار شدن در سطح سه وجود ندارد. گفتنی است که نشان‌دار کردن در هر سطح صرفاً برای ارائه خدمات ناباروری همان سطح انجام می‌شود و شامل خدمات سطح بالاتر نخواهد شد [۱۱].

جدول ۴ خلاصه‌ای از اقدامات گزارش شده توسط دستگاه‌های متولی را به تفکیک قوانین مرتبط به تصویر می‌کشد. در ادامه به تفصیل به هر یک از این موارد پرداخته خواهد شد.

جدول ۳. قوانین و اقدامات انجام شده در حوزه خدمات ناباروری

ماده / بند	حکم مصوب	اقدامات	متولی
ماده (۴۱)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، نسبت به تجهیز یا راه‌اندازی حداقل یک مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح دو در دانشگاه‌های علوم پزشکی و حداقل یک مرکز درمان سطح سه به‌ازای هر استان اعم از دولتی و عمومی غیردولتی در قالب نظام سطح‌بندی خدمات متناسب با الگوی جمعیتی اقدام نماید.	- راه‌اندازی و تجهیز ۸۷ مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح دو در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تا پایان سال ۱۴۰۲ - راه‌اندازی و بهره‌برداری از ۲۵ مرکز درمان ناباروری سطح سه از سال ۱۴۰۰ تاکنون	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده (۴۱) تبصره «۱»	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اقدامات لازم را برای افزایش ظرفیت پذیرش دستیار در رشته تخصصی ناباروری (فلوشیپ) و سایر رشته‌های مرتبط به‌گونه‌ای به عمل آورد که کمبود نیروی متخصص در این	افزایش ظرفیت فلوشیپ ناباروری به تعداد هشت نفر به‌صورت سالیانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده / بند	حکم مصوب	اقدامات	متولی
	زمینه حداکثر تا پنج سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون در تمام مراکز ناباروری سراسر کشور برطرف شود.		
ماده (۴۱) تبصره «۲»	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در راستای افزایش همکاری بین متخصصین و مراکز درمان ناباروری و ارجاع بیمار به آن مرکز، ضمن برگزاری دوره‌های آموزشی برای متخصصین زنان و مامایی، دروس مرتبط با درمان ناباروری را در حوزه تخصصی زنان و مامایی پیش‌بینی نماید.	تشکیل دوره‌های آموزشی درمان ناباروری و تحریک تخمک‌گذاری برای صد نفر از متخصصین زنان متقاضی با همکاری مرکز ملی آموزش مهارت‌ها و با اخذ تعهد خدمت دوساله در مراکز سطح دو در سراسر کشور	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده (۴۱) تبصره «۳»	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برای ارائه درمان‌های هم‌زمان طب سنتی ایران به زوجین نابارور، زمینه استقرار متخصصین را در مراکز ناباروری سطح دو فراهم سازد.	عملکردی از سوی دستگاه متولی ارائه نشده است.	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده (۴۱) تبصره «۴»	جهاد دانشگاهی موظف است حداقل ۱۰ درصد از بودجه طرح‌های نوآورانه خود را به طرح‌های مربوط به ناباروری و زایمان‌های طبیعی استاندارد و ایمن اختصاص دهد.	- اجرای طرح پژوهشی در سال ۱۴۰۰ - اجرای طرح پژوهشی در سال ۱۴۰۱ - اجرای طرح پژوهشی در سال ۱۴۰۲	جهاد دانشگاهی
ماده (۴۲)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری را با رعایت شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی کشور با بهره‌گیری از تخصص‌های مرتبط در قالب نظام سطح‌بندی خدمات ضمن ادغام در شبکه بهداشت با رویکرد به‌روزرسانی، حداکثر تا ۶ ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون تدوین و پس از تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ نماید.	تدوین و ابلاغ دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگی کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری (ابلاغ ۱۴۰۲/۰۹/۲۳)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده (۴۳)	در راستای بندهای «ح» و «د» ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر، برنامه‌ها و اقدامات لازم را برای برخورداری همه زوج‌هایی که به‌رغم اقدام به بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، صاحب فرزند نشده‌اند، از برنامه‌های معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت	- خدمات درمان ناباروری در مراکز طرف قرارداد دولتی با ۹۰ درصد تعرفه مصوب دولتی، در مراکز عمومی غیردولتی با ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی و در مراکز خصوصی و خیریه با ۷۰ درصد تعرفه مصوب مراکز خصوصی و خیریه در دسترس بیمه‌شدگان	بیمه سلامت

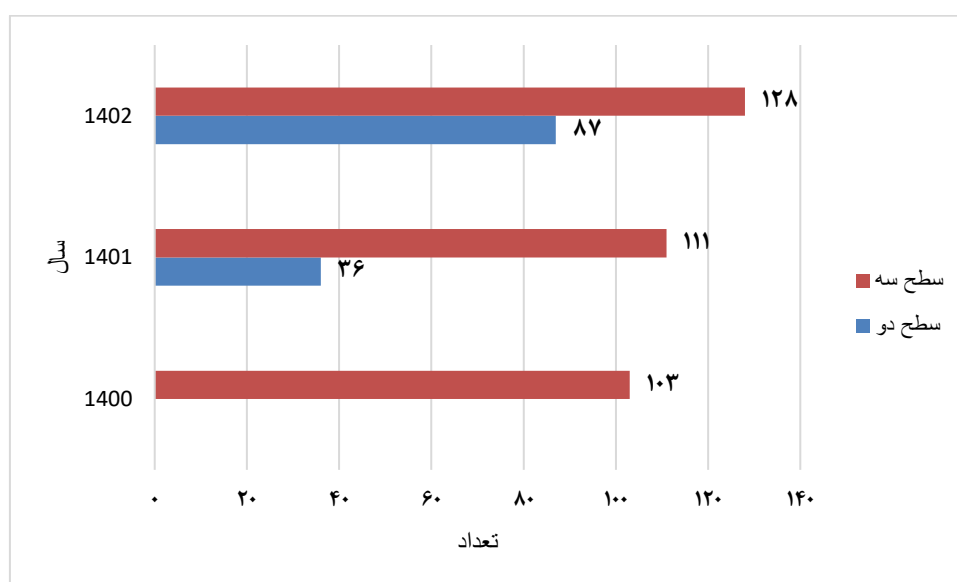


ماده / بند	حکم مصوب	اقدامات	متولی
	زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک معالج به عمل آورد.	سازمان بیمه سلامت قرار گرفت. - اضافه شدن ۱۶ کد خدمت آزمایشگاهی و تشخیص ژنتیک، پوشش بیمه‌ای خدمت آزمایشگاهی وضعیت ذخیره تخمدان (AMH) و آماده‌سازی اسپرم با روش کمپلکس (DFI). - اضافه شدن اقلام دارویی از ۶۳ قلم به ۶۶ قلم و لوازم و تجهیزات پزشکی از ۲۸ قلم به ۲۹ قلم با پوشش بیمه‌ای - تحت پوشش قرار گرفتن ۴۵ کد خدمت آماده‌سازی برای دریافت خدمات درمان ناباروری	
ماده (۵۴)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است طی ۶ ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون، ضمن استقرار سامانه جامع نسبت به ثبت اطلاعات کلیه مراجعین باروری، بارداری، سقط و دلایل آن و نحوه آن در کلیه مراکز بهداشتی، درمانی، آزمایشگاه‌ها، مراکز درمان ناباروری و مراکز تصویربرداری پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی با رعایت اصول محرمانگی اقدام کند.	رونمایی از سامانه باروری سالم	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده (۵۴) تبصره «۱»	هریک از مراکز مذکور در ذیل این ماده که تا یک سال از لازم‌الاجرا شدن این اقدام در این سامانه ثبت نشده باشند یا اطلاعات مراجعین خود را به روزرسانی نکرده باشند، در مرحله اول به اخطار کتبی پس از ۶ ماه و در صورت تکرار در مرحله دوم تعلیق یک‌ماهه و پس از ۶ ماه از حکم تعلیق در صورت تکرار، در مرحله سوم به سلب مجوز از وی در مراجع انتظامی محکوم می‌شوند.	عملکردی از سوی دستگاه متولی ارائه نشده است.	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده (۵۴) تبصره «۲»	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دسترسی مستقیم به این سامانه را برای شورای عالی انقلاب فرهنگی و ستاد ملی جمعیت و سازمان پزشکی قانونی فراهم کند و گزارش ۶ماهه موارد فوق را به مجلس شورای اسلامی ارائه دهد.	عملکردی از سوی دستگاه متولی ارائه نشده است.	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مآخذ: یافته‌های پژوهش

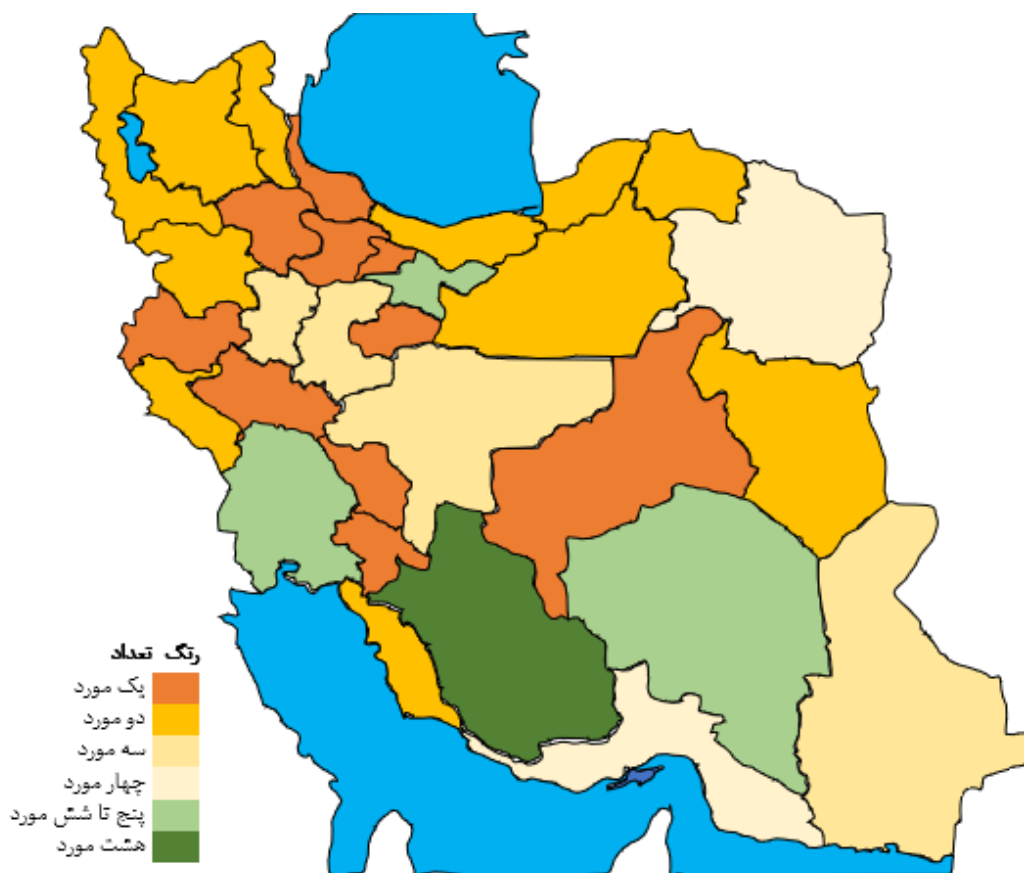
پیرو ماده (۴۱)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد حداکثر ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون (از سال ۱۴۰۰)، نسبت به تجهیز یا راه‌اندازی حداقل یک مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح دو در دانشگاه‌های علوم پزشکی و حداقل یک مرکز درمان سطح سه به‌ازای هر استان اعم از دولتی و عمومی غیردولتی در قالب نظام سطح‌بندی خدمات متناسب با الگوی جمعیتی اقدام نماید.

شکل ۳ تعداد مراکز خدمات درمان ناباروری سطح دو و سه را در ایران به تفکیک سال براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد. براساس این شکل، تعداد مراکز سطح دو و سه طی سال‌های اخیر افزایش یافته، به‌طوری‌که تعداد مراکز سطح دو از صفر مورد در سال ۱۴۰۰ به ۸۷ مورد در سال ۱۴۰۲ رسیده است. به‌طور مشابه تعداد مراکز سطح سه از ۱۰۳ مورد در سال ۱۴۰۰ به ۱۲۸ مورد در سال ۱۴۰۲ افزایش یافته است.



شکل ۳. نمودار تعداد مراکز سطح دو و سه ارائه خدمات به تفکیک سال در ایران [۱۲]

شکل ۴ توزیع مراکز دولتی سطح دو خدمات ناباروری در سطح کشور را براساس آمارهای ارسال شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد. براساس این شکل، همه استان‌های کشور از مراکز سطح دو دولتی بهره‌مندند، اما توزیع در استان‌ها متفاوت است. به‌طوری‌که اکثر استان‌ها (۲۲ استان) دارای یک یا دو مرکز سطح دو دولتی‌اند. بیشترین تعداد مراکز سطح دولتی به‌ترتیب مربوط به استان فارس (۸ مرکز فعال / نیمه‌فعال) و استان خوزستان (۶ مرکز فعال / نیمه‌فعال) است. نکته مهم در تحلیل این نوع داده‌ها، بررسی فاصله بین شهرها، تعداد جمعیت، شیوع ناباروری در استان‌ها و... است. برای مثال، براساس آنچه در شکل ۲ درخصوص شیوع ناباروری در استان‌های مختلف ارائه شد، استان‌هایی نظیر سیستان و بلوچستان با شیوع بالای ناباروری از تعداد مراکز کمتری برخوردار است.



شکل ۴. توزیع مراکز دولتی سطح دو خدمات ناباروری در سطح کشور [۱۲]

به‌طور مشابه شکل ۵ توزیع مراکز دولتی فعال / نیمه‌فعال سطح سه خدمات ناباروری در سطح کشور را به گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل مشهود است، استان بوشهر دارای مرکز فعال سطح سه خدمات ناباروری نیست (طبق آخرین گزارش ۵۰ درصد پیشرفت داشته است) و سایر استان‌ها حداقل یک مرکز فعال / نیمه‌فعال سطح سه دارند. بیشترین تعداد مرکز دولتی سطح سه به استان تهران با هشت مرکز تعلق دارد. براساس داده‌های ارائه شده در شکل ۲، استان بوشهر جزو استان‌های دارای شیوع بالای ناباروری قرار دارد و استان‌هایی نظیر سیستان و بلوچستان نیز شیوع بالایی دارند. با این حال، استان تهران با وجود شیوع پایین ناباروری، بیشترین مرکز درمان ناباروری سطح سه را در خود جای داده است.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، در توضیح توزیع مراکز باید تعیین‌کننده‌های مختلفی را در نظر داشت. میزان شیوع ناباروری تعیین‌کننده توزیع مراکز درمان ناباروری در کشور نیست و عواملی نظیر تمرکز جمعیتی، نوع ناباروری، زیرساخت‌های موجود درمانی، دسترسی به نیروی انسانی متخصص و سیاستگذاری‌های کلان نظام سلامت نیز در این زمینه نقش داشته‌اند. یعنی یافته‌ها می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که برنامه‌ریزی و توزیع مراکز تخصصی درمان ناباروری مبتنی بر اصول آمایش سرزمینی و متناسب با نیازهای جمعیتی و اپیدمیولوژیک مناطق مختلف کشور صورت نگرفته

است. وضعیت موجود می‌تواند منجر به مراجعه خدمات‌گیرندگان به شهرهای دیگر شود که پیامدهایی از جمله تحمیل هزینه‌های اقتصادی، افزایش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و ایجاد فشار مضاعف بر مراکز درمانی استان‌های برخوردار را به همراه دارد.



شکل ۵. توزیع مراکز دولتی فعال / نیمه‌فعال سطح سه خدمات ناباروری در سطح کشور [۱۲]

در راستای اجرای ماده (۴۱) تبصره «۱»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اقدامات لازم برای افزایش ظرفیت پذیرش دستیار در رشته تخصصی ناباروری (فلوشیپ) و سایر رشته‌های مرتبط را به‌گونه‌ای به عمل آورد که کمبود نیروی متخصص در این زمینه حداکثر تا پنج سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون در تمام مراکز ناباروری سراسر کشور برطرف شود. به‌منظور اجرای این ماده، وزارت بهداشت به افزایش ظرفیت فلوشیپ ناباروری به تعداد هشت نفر به‌صورت سالیانه اقدام کرد. به‌طوری‌که ظرفیت فلوشیپ ناباروری از ۲۲ مورد در سال به ۳۰ مورد در سال‌های اخیر رسیده است.

پیرو اجرای ماده (۴۱) تبصره «۲»، به‌منظور افزایش همکاری بین متخصصین و مراکز درمان ناباروری و ارجاع بیمار به آن مرکز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تشکیل دوره‌های آموزشی درمان ناباروری و تحریک تخمک‌گذاری



برای صد نفر از متخصصین زنان متقاضی با همکاری مرکز ملی آموزش مهارت‌ها و با اخذ تعهد خدمت دوساله در مراکز سطح دو در سراسر کشور اقدام کرد.

باین‌حال درخصوص تبصره «۳» ماده (۴۱) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، که به ارائه درمان‌های هم‌زمان طب سنتی ایران به زوجین نابارور و فراهم آوردن زمینه استقرار متخصصین در مراکز ناباروری سطح دو اشاره دارد، عملکردی از سوی دستگاه متولی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) ارائه نشد.

پیرو تبصره «۴» ماده (۴۱)، جهاد دانشگاهی موظف است حداقل ۱۰ درصد از بودجه طرح‌های نوآورانه خود را به طرح‌های مربوط به ناباروری و زایمان‌های طبیعی استاندارد و ایمن اختصاص دهد. به‌منظور اجرای این ماده، جهاد دانشگاهی گزارشی مبنی بر اجرای ۲۵ طرح پژوهشی در سال ۱۴۰۰، ۴۰ طرح پژوهشی در سال ۱۴۰۱، و ۸۸ طرح پژوهشی در سال ۱۴۰۲ ارائه داده است.

پیرو ماده (۴۲)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری را با رعایت شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی کشور با بهره‌گیری از تخصص‌های مرتبط در قالب نظام سطح‌بندی خدمات، ضمن ادغام در شبکه بهداشت با رویکرد به‌روزرسانی، **حداکثر تا ۶ ماه** پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون تدوین و پس از تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ کند. در راستای اجرای این ماده، وزارت بهداشت اقدام به تدوین و ابلاغ دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگی کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری کرد و با تأخیر ۶ ماهه از زمان مقرر، در تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۳ ابلاغ شد.

در راستای اجرای ماده (۴۳)، دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه ۰۴) مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۳ تصویب و ابلاغ شد. براساس این دستورالعمل سازمان بیمه سلامت ایران از آذرماه ۱۴۰۰، خدمات درمان ناباروری در مراکز طرف قرارداد دولتی با ۹۰ درصد تعرفه مصوب دولتی، در مراکز عمومی غیردولتی با ۹۰ درصد تعرفه مصوب عمومی غیردولتی و در مراکز خصوصی و خیریه با ۷۰ درصد تعرفه مصوب مراکز خصوصی و خیریه در دسترس بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت قرار گرفت. افزون‌برآن، اضافه شدن ۱۶ کد خدمت آزمایشگاهی و تشخیص ژنتیک، پوشش بیمه‌ای خدمت آزمایشگاهی وضعیت ذخیره تخمدان (AMH) و آماده‌سازی اسپرم با روش کمپلکس (DFI)، اضافه شدن اقلام دارویی از ۶۳ قلم به ۶۶ قلم، لوازم و تجهیزات پزشکی از ۲۸ قلم به ۲۹ قلم با پوشش بیمه‌ای، تحت پوشش قرار گرفتن ۴۵ کد خدمت آماده‌سازی برای دریافت خدمات درمان ناباروری انجام شد. زوجین نابارور می‌توانند از بسته‌های خدمتی شامل ICSI، IVF، IUI و FET^۱ در سه دوره در یک سال بهره‌مند شوند [۱۳]. در راستای اجرای بند «ل» تبصره «۱۷» ماده‌واحد قانون بودجه سال ۱۴۰۲ و ماده (۲) مصوبه هیئت محترم وزیران به شماره ۱۳۱۸۴۰/ت ۱۸۵۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶، کلیه مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمان

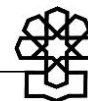
ناباروری به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظفانند. تمدید پروانه این مراکز و بیمارستان‌ها منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه است. اولویت عقد قرارداد با کلیه مراکز واجد شرایط دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه‌ای خواهد بود که با برنامه نسخه الکترونیک مشارکت دارند.

جدول ۵، گزارش سازمان بیمه سلامت ایران در خصوص عملکرد سه سال اخیر در زمینه خدمات ناباروری است. پس از ابلاغ اولین دستورالعمل خرید خدمات درمان ناباروری توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور در تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۳، در سه‌ماهه چهارم سال ۱۴۰۰ تعداد ۱۷۱۲۸ زوج نشان‌دار شدند و در همین مدت تعداد مراکز مستقل و غیرمستقل طرف قرارداد با بیمه سلامت ۵۶ مرکز بوده است. در سال ۱۴۰۲ تعداد مراکز مستقل و غیرمستقل طرف قرارداد بیمه به ۱۳۵ مرکز افزایش یافت.

جدول ۴. گزارش سه‌ساله بیمه سلامت در خصوص تعداد زوجین و تعداد مراکز طرف قرارداد و میزان اعتبارات هزینه شده در حوزه ناباروری [۱۴]

سال	تعداد زوجین نشان‌دار شده (خدمت‌گیرنده)	تعداد مراکز مستقل و غیرمستقل (طرف قرارداد)	اعتبارات هزینه شده (میلیون ریال)
۱۴۰۰ (سه‌ماهه چهارم)	۱۷۱۲۸	۵۶	۵۷۰،۸۹۲
۱۴۰۱	۳۸۸۰۹	۱۳۰	۷،۶۶۲،۳۳۵
۱۴۰۲	۵۷۳۳۹	۱۳۵	۸،۶۶۲،۳۳۵

جدول ۶ اعتبارات تخصیص داده شده و مصوب فعالیت بیمه درمان ناباروری در طی سال ۱۴۰۰ تا ۶ ماهه اول ۱۴۰۳ را نشان می‌دهد. در سال ۱۴۰۰، اعتبار مصوب و تخصیص‌یافته معادل ۷،۰۰۰،۰۰۰ بوده، اما در سال ۱۴۰۱، میزان تخصیص‌یافته با کاهش نسبت به اعتبار مصوب، ۶،۰۴۳،۹۰۱ از ۷،۱۷۵،۰۰۰ بوده است. این اختلاف در سال ۱۴۰۲ نیز افزایش یافته و از ۱۰،۹۴۱،۲۵۳ اعتبار مصوب، فقط ۷،۹۴۱،۲۵۳ تخصیص داده شده است. در ۶ ماهه نخست سال ۱۴۰۳ نیز از ۶،۷۸۸،۵۸۱ اعتبار مصوب، ۶،۰۷۷،۰۶۲ پرداخت شده است. این روند نشان می‌دهد که در برخی سال‌ها، بخشی از اعتبارات مصوب به‌طور کامل تخصیص نیافته است که این امر ممکن است بر اجرای برنامه‌های پیش‌بینی شده تأثیرگذار باشد. همچنین به‌استناد بر گزارش‌های سازمان بیمه سلامت ایران، از محل اعتبارات قانون جوانی جمعیت تاکنون مبلغی به این سازمان ابلاغ نشده است.



جدول ۶. اعتبارات تخصیص داده شده و مصوب فعالیت بیمه کامل درمان ناباروری (میلیون ریال) [۱۴]

سال	اعتبار تخصیص داده شده	اعتبار مصوب	درصد تخصیص
۱۴۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰
۱۴۰۱	۶,۰۴۳,۹۰۱	۷,۱۷۵,۰۰۰	۸۴/۲
۱۴۰۲	۷,۹۴۱,۲۵۳	۱۰,۹۴۱,۲۵۳	۷۲/۵
۱۴۰۳ (۶ ماه اول)	۶,۰۷۷,۰۶۲	۶,۷۸۸,۵۸۱	۸۹/۵

براساس داده‌های جدول ۷، هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه سلامت برای خدمات درمان ناباروری طی سال‌های ۱۴۰۰ تا نیمه نخست ۱۴۰۳ روندی افزایشی داشته است. میزان پرداختی در بخش خدمات سرپایی از ۶۹,۸۵۴ میلیون ریال در سال ۱۴۰۰ به ۹۴۲,۹۰۸ میلیون ریال در سال ۱۴۰۲ افزایش یافته است که نشان‌دهنده رشد قابل توجه در این حوزه است. همچنین هزینه خدمات بستری از ۴,۰۸۶,۸۳۶ میلیون ریال در سال ۱۴۰۰ به ۷,۵۷۶,۵۰۳ میلیون ریال در سال ۱۴۰۲ رسیده است که بیانگر افزایش چشمگیر بار مالی این بخش برای سازمان بیمه سلامت است. در بخش خسارات متفرقه نیز روند صعودی مشابهی مشاهده می‌شود؛ به‌گونه‌ای که از ۳۰,۴۶۲ میلیون ریال در سال ۱۴۰۰ به ۱۶۱,۸۰۷ میلیون ریال در سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است. اگرچه در سال ۱۴۰۳ داده‌های مربوط به خدمات بستری به‌طور کامل گزارش نشده‌اند، میزان هزینه‌های سرپایی و خسارات متفرقه در ۶ ماهه نخست این سال، همچنان حاکی از تداوم روند افزایشی هزینه‌هاست. این افزایش کلی ممکن است ناشی از گسترش پوشش بیمه‌ای، افزایش تعداد مراجعات بیماران نابارور، رشد تعرفه‌های درمانی و توسعه مراکز ارائه‌دهنده خدمات ناباروری در کشور باشد.

جدول ۵. هزینه پرداختی درمان خدمات ناباروری (میلیون ریال) سازمان بیمه سلامت به تفکیک سال [۱۴]

سال	هزینه سرپایی	بستری	خسارت متفرقه
سال ۱۴۰۰	۶۹,۸۵۴	۴,۰۸۶,۸۳۶	۳۰,۴۶۲
سال ۱۴۰۱	۴۱۸,۸۵۶	۷,۱۴۵,۸۳۹	۱۶۱,۸۰۷
سال ۱۴۰۲	۹۴۲,۹۰۸	۷,۵۷۶,۵۰۳	۱۴۲,۹۲۴
سال ۱۴۰۳ (۶ ماه اول)	۵۴۹,۱۵۰	اسناد بستری به‌طور کامل ارسال نشده است.	۷۳,۲۷۳

۳. موانع و چالش‌های حوزه خدمات ناباروری در ایران

طی سال‌های اخیر، اقداماتی برای ارتقای کیفیت و بهبود ارائه خدمات ناباروری در کشور انجام شده است که از جمله می‌توان به پوشش بیمه‌ای، احداث و راه‌اندازی مراکز سطح دو و سه در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و تدوین برخی دستورالعمل‌ها برای ارائه خدمات ناباروری اشاره کرد. به‌رغم این فعالیت‌ها و تلاش‌های انجام شده، ارائه خدمات ناباروری در کشور با چالش‌ها و موانعی مواجه است. این چالش‌ها در ابعاد ساختاری، مالی، فنی و قانونی نمود پیدا می‌کنند. شکل ۶ به‌طور خلاصه اهم چالش‌های موجود در حوزه ناباروری را نمایش می‌دهد. در ادامه، هریک از این چالش‌ها به‌تفصیل بررسی خواهد شد و در انتها راهکارهای لازم ارائه شده است.



شکل ۶. موانع و چالش‌های حوزه ناباروری در ایران

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

- عدم سامان‌دهی روش‌های نوین باروری

باینکه پیشرفت تکنولوژی و فناوری‌های جدید امکان استفاده از روش‌های نوین درمان ناباروری، از جمله اهدای جنین یا گامت و رحم جایگزین و... را برای زوج‌های نابارور فراهم کرده و تقاضای آنها برای دریافت این قبیل خدمات نیز افزایش یافته، اما در کشور در راستای سامان‌دهی این خدمات و مراکز ارائه‌دهنده آنها و همچنین رفع ابهامات اخلاقی و فقهی مرتبط با این موضوع اقدامات کافی صورت نگرفته است. قانونگذار به‌صراحت در بند «پ» ماده (۸۱) قانون برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران، ارائه و تصویب برنامه سامان‌دهی روش‌های جایگزین نوین در حوزه ناباروری و تمهیدات قانون مرتبط با پوشش بیمه این خدمات را تکلیف کرده است؛ اما با گذشت یک سال از اجرای قانون، اقدامات لازم صورت نگرفته است؛ درحالی‌که زوجین این قبیل خدمات را از برخی مراکز ارائه‌دهنده خدمات ناباروری دریافت می‌کنند که در بلندمدت می‌تواند چالش‌های زیادی ایجاد نماید.



همچنین با وجود تدوین و ابلاغ دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگی کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برخی موارد نظیر دستورالعمل‌های مربوط به والد سوم (اهداکندگان گامت) شکاف اطلاعاتی وجود دارد. یکی از مسائل مهم، ضرورت شفاف‌سازی دستورالعمل‌های مرتبط با شخص ثالث است. در این حوزه، لازم است ویژگی‌های جسمی، روانی و سایر ابعاد سلامت اهداکندگان و اشخاص ثالث به‌دقت تعریف و پایش شود. همچنین، تعداد دفعات مجاز برای اهدای گامت یا جنین باید به‌صورت شفاف تعیین شود تا از تبدیل این فرایند به یک فعالیت تجاری غیراخلاقی و سودمحور جلوگیری شود. مواردی از این دست نیازمند دستورالعمل شفاف و دقیق، اجرایی‌سازی آن و نظارت بر اجرای آن است. پیگیری‌های انجام شده نشان می‌دهد که آیین‌نامه مربوطه در مرحله تدوین قرار دارد. لذا براساس ملاحظات ذکر شده، تسریع در تدوین و تصویب آن الزامی است.

- جزیره‌ای بودن سامانه‌ها و پراکندگی اطلاعات مراکز

پیرو ماده (۵۴) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف به استقرار سامانه جامع و ثبت اطلاعات کلیه خدمات باروری و ناباروری در مراکز دولتی و غیردولتی با رعایت اصل محرمانگی است. در راستای اجرای این ماده، «سامانه ملی باروری سالم» در سال ۱۴۰۲ راه‌اندازی شد. باوجود راه‌اندازی این سامانه، همچنان ابهاماتی درخصوص ثبت اطلاعات در آن وجود دارد و مراکز به‌صورت مجزا و شخصی اطلاعات خود را ثبت می‌کنند. ثبت یکپارچه نه‌فقط امکان پیگیری و نظارت بر فرایند درمان را فراهم می‌آورد، بلکه با مدیریت اطلاعات اهداکندگان و دریافت‌کنندگان، از بروز مشکلات حقوقی و اجتماعی جلوگیری می‌کند. اقدامی که در برخی کشورها محقق شده است، برای مثال در امریکا، سیستم ملی نظارت بر فناوری‌های کمک باروری وجود دارد. در این سامانه اطلاعات دموگرافیک بیمار، تاریخچه پزشکی و تشخیص ناباروری، اطلاعات بالینی مربوط به نوع روش کمک باروری و اطلاعات درمورد حاملگی و زایمان حاصل از خدمات گرفته شده، وجود دارد [۱۵]. همچنین در کانادا سیستم ثبت اطلاعاتی به‌نام «ثبت فناوری‌های باروری کمک شده کانادا»^۱ وجود دارد که اطلاعاتی نظیر مشخصات دموگرافیک بیمار، تشخیص‌ها، تاریخچه زایمان، جزئیات درمان، و پیامدهای بارداری و تولد برای هر چرخه درمان ثبت می‌شود [۱۶].

- فقدان پوشش بیمه‌ای کافی

مطابق با دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه ۴) سازمان‌های بیمه‌گر مکلف‌اند که در مراکز دولتی ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیئت محترم وزیران را برای بخش دولتی تحت پوشش قرار دهند. همچنین پوشش حمایتی بیمه در مراکز عمومی غیردولتی نیز ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیئت محترم وزیران برای بخش عمومی غیردولتی است. این سطح از پوشش، نشان‌دهنده رویکرد حمایتی سیاستگذاران در کاهش بار مالی درمان ناباروری برای افراد است.

1. The Canadian Assisted Reproductive Technologies Register (CARTR)

اما در این خصوص، چالش‌هایی وجود دارد که یکی از مهم‌ترین آنها، دیرکرد در پرداخت مطالبات بیمه‌ای به مراکز درمانی است که موجب اختلال در جریان مالی و تأثیر منفی بر کیفیت خدمات ارائه شده می‌شود. مطابق با دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه ۴)، کلیه مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمان ناباروری به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظف‌اند. تمدید پروانه این مراکز و بیمارستان‌ها منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه است. همچنین اولویت عقد قرارداد با کلیه مراکز واجد شرایط دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه‌ای خواهد بود که با برنامه نسخه الکترونیک مشارکت دارند. این در صورتی است که بازپرداخت بیمه با تأخیر است و سیستم ثبت اطلاعات و نظام ارجاع نیز درست عمل نمی‌کند. عدم تأمین اعتبارات لازم از محل ردیف قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت برای پوشش خدمات ناباروری توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه، یکی از علل اصلی دیرکرد در پرداخت مطالبات است. به عبارت دیگر، ردیف بودجه‌ای مستقلی برای خدمات ناباروری در نظر گرفته نمی‌شود و این خدمات در ذیل سیاست‌های کلی جمعیت، شامل پوشش کامل خدمات مادران باردار، کودکان زیر پنج سال و ناباروری، تأمین اعتبار می‌گردد.

افزون‌براین، عدم پوشش برخی از داروها و تجهیزات پزشکی و خدمات مرتبط با درمان ناباروری نیز به‌عنوان یکی از چالش‌ها ذکر می‌شود که بار مالی مضاعفی بر دوش بیماران می‌گذارد. یکی از این موارد، عدم پوشش بیمه‌ای فریز تخمک برای افراد مجرد است. این خدمات، که به‌عنوان یک اقدام پیشگیرانه برای حفظ توان باروری افراد در آینده محسوب می‌شود، به دلیل نبود حمایت بیمه‌ای، برای بسیاری از افراد غیرقابل دسترس شده است. همچنین، عدم پوشش بیمه‌ای برای خدمات مربوط به والد سوم یکی دیگر از چالش‌های مهم در این حوزه است. مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۵ تا ۱۰ درصد از زوجین نابارور در طی درمان ناباروری نیازمند دریافت گامت یا جنین اهدایی‌اند [۱۷]. در فرایندهای درمان ناباروری که به اهدای گامت نیاز دارند، هزینه‌های بالای مرتبط با این خدمات به‌طور کامل برعهده زوجین نابارور قرار می‌گیرد. این موضوع بار مالی بر دوش خانواده‌ها تحمیل می‌کند و دسترسی به این روش‌ها را برای اقشار کم‌درآمد محدود می‌کند. افزون‌براین، عدم پوشش بیمه‌ای داروهای مکمل، که نقش اساسی در موفقیت درمان ناباروری دارند، فشار مالی مضاعفی به زوجین نابارور وارد می‌نماید. داروهای مکمل برای بهبود کیفیت تخمک، اسپرم، یا تقویت سلامت عمومی بدن در طول فرایند درمان استفاده می‌شوند، اما هزینه‌های بالای این داروها و نبود حمایت بیمه‌ای، باعث می‌شود که بسیاری از بیماران نتوانند درمان‌های خود را به‌طور کامل دنبال کنند.

- عدم پیش‌بینی اعتبارات کافی برای اجرای قوانین

براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، مبلغ حدود ۵۰۰ میلیارد تومان به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۴۰۱ برای تجهیز و راه‌اندازی مراکز سطح دو و سه درمان ناباروری اختصاص داده شده است. باوجود این، در سال ۱۴۰۲ اعتباری از محل منابع مصوب برای جوانی جمعیت به حوزه ناباروری اختصاص داده نشده است. همچنین براساس گزارش وزارت بهداشت، یکی از چالش‌های این حوزه عدم تخصیص بودجه ناباروری در سال‌های اخیر به‌رغم تصویب قانون جوانی جمعیت بوده است.



یکی از چالش‌های دیگر این حوزه نبود ردیف بودجه مستقل برای این موضوع در قوانین بودجه کشور است. در حال حاضر، خدمات مرتبط با ناباروری ذیل سیاست‌های کلی جمعیت تعریف شده‌اند و به صورت غیرمستقیم تحت پوشش قرار می‌گیرند. این سیاست‌ها شامل بیمه کامل مادران باردار، کودکان زیر پنج سال و خدمات مرتبط با درمان ناباروری است.

- تعرفه‌گذاری نامناسب و قیمت‌های غیرواقعی

یکی دیگر از چالش‌های عنوان شده در حوزه درمان ناباروری، تعرفه‌گذاری غیرواقعی و انطباق نداشتن آن با قیمت تمام شده خدمات است. این موضوع، به‌ویژه در شرایطی که نرخ تورم و افزایش قیمت تجهیزات و داروهای مورد نیاز روبه‌افزایش است، مشکلاتی برای مراکز درمانی و بیماران ایجاد می‌کند. این رویه علاوه بر ایجاد فشار مالی بر بیماران، دسترسی عادلانه به خدمات درمانی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و می‌تواند مراکز درمانی را در وضعیت زیان‌دهی قرار دهد، توان مراکز برای ارتقای کیفیت خدمات، خرید تجهیزات پیشرفته و تأمین داروهای به‌روز را کاهش دهد یا منجر به کاهش ظرفیت ارائه خدمات شود. همچنین، نبود شفافیت در فرایند تعیین تعرفه‌ها و تأخیر در ابلاغ و به‌روزرسانی آنها، که موجب بی‌ثباتی در مدیریت مالی مراکز درمان ناباروری شده است، از چالش‌های عنوان شده از سوی ایشان است.

- توزیع نامناسب نیروهای متخصص و فلوشیپ‌های ناباروری

مطابق با آخرین اعلام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ظرفیت فلوشیپ ناباروری تا سال ۱۴۰۰، ۲۲ نفر بوده است. اما بعد از ابلاغ قانون جوانی جمعیت، به میزان جذب افراد در رشته فلوشیپ هشت نفر اضافه شد و به سی نفر رسید. این افزایش ظرفیت، گامی مثبت در راستای تقویت نیروی انسانی متخصص در این حوزه محسوب می‌شود؛ باوجود این، توزیع نامناسب نیروی متخصص در بین استان‌ها از چالش‌های این حوزه است. به گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برخی از دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی نظیر نیشابور، گراش و زابل باوجود تجهیز و تأسیس مرکز سطح سه، به‌علت نداشتن نیروی فلوشیپ نازایی یا جنین‌شناس غیرفعال است. نبود نیروی متخصص در این استان‌ها، راه‌اندازی و بهره‌برداری از مراکز درمانی سطح سه را غیرممکن یا بسیار دشوار کرده است. درحالی‌که مراکز سطح سه نقش مهمی در ارائه خدمات پیشرفته درمان ناباروری، از جمله فناوری‌های کمک‌باروری و مشاوره تخصصی دارند، این مشکلات بیماران را ناچار به سفر به استان‌های دیگر و تحمل هزینه‌های اضافی می‌کند.

۴. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

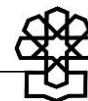
طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ناباروری اختلالی در عملکرد دستگاه تولید مثل است که به ناتوانی در بارداری پس از دوازده ماه یا بیشتر با رابطه جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های جلوگیری اشاره دارد. در سراسر جهان، حدود یک نفر از هر ۶ نفر با ناباروری مواجه می‌شود و در ایران نیز شیوع ناباروری اولیه ۱۸/۳ درصد و ناباروری ثانویه ۲/۵ درصد است. با افزایش ناباروری در زوج‌های جوان، این مسئله به چالشی برای کشورها، از جمله ایران، تبدیل شده است. یکی از موضوعات قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» در ایران نیز درمان ناباروری است که مطابق بررسی وضعیت اجرای آن در گزارش حاضر، مشخص شد باوجود اقداماتی همچون راه‌اندازی و تجهیز مراکز تخصصی درمان ناباروری سطح دو، بهره‌برداری از مراکز درمان ناباروری سطح سه، افزایش ظرفیت فلوشیپ ناباروری، تهیه دستورالعمل و راهنمای بالینی کشوری برای پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان ناباروری، اقداماتی همچون برگزاری دوره‌های آموزشی برای متخصصین زنان در زمینه درمان ناباروری و تحریک تخمک‌گذاری، رونمایی از سامانه باروری سالم و انجام طرح‌های پژوهشی در این راستا چالش‌هایی است که همچنان وجود دارد.

عدم سامان‌دهی روش‌های جایگزین نوین در حوزه ناباروری، که در بلندمدت می‌تواند چالش‌های زیادی ایجاد نماید، و جزیره‌ای بودن سامانه‌ها و پراکندگی اطلاعات مراکز، که مدیریت اطلاعات اهداکنندگان را دشوار می‌کند و احتمال بروز مشکلات حقوقی و نقض حقوق افراد را در آینده افزایش می‌دهد، نیز از چالش‌های دیگر محسوب می‌شوند.

تأخیر در بازپرداخت هزینه‌ها به مراکز درمانی، عدم پوشش برخی داروها و تجهیزات نیز ضمن ایجاد بار مالی برای بیماران، دسترسی اقشار کم‌درآمد به این خدمات را محدود می‌کند. نبود ردیف بودجه مستقل برای درمان ناباروری و تعریف آن ذیل سیاست‌های کلی جمعیت، به‌همراه تعرفه‌گذاری نامناسب خدمات ناباروری نیز از چالش‌های اعلام شده برای این حوزه است.

همچنین توزیع نامناسب نیروهای متخصص و فلوشیپ‌های ناباروری در برخی استان‌ها نیز چالش‌هایی را ایجاد کرده است. باتوجه‌به چالش‌ها و موانع پیش‌روی ارائه خدمات حوزه ناباروری پیشنهاد می‌شود، این موارد در دستور کار سیاستگذاران و متولیان ذی‌ربط قرار گیرد:

- تسریع در تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های مربوط به روش‌های نوین باروری؛
- ایجاد و عملیاتی‌سازی کامل سامانه یکپارچه ثبت اطلاعات اهداکنندگان و دریافت‌کنندگان با رعایت اصول محرمانگی؛
- پیش‌بینی و تخصیص منابع مالی مورد نیاز برای ناباروری متناسب با تعهدات قانونی؛
- کوتاه کردن زمان بازپرداخت هزینه‌های درمان به مراکز، گسترش پوشش بیمه‌ای برای داروها و تجهیزات درمان ناباروری؛



- تعیین تعرفه‌های خدمات ناباروری براساس هزینه‌های واقعی و تقویت سازوکارهای لازم برای پیشگیری از تحمیل هزینه‌های مازاد بر بیماران؛
- اتخاذ سازوکارهای لازم به‌منظور توزیع عادلانه فلوشیپ‌های ناباروری در مناطق مختلف کشور.

منابع و مآخذ

- [1] World Health Organization: *Infertility*. (2024) [cited 2024 8 September]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
- [2] Anwar, S. and A. Anwar, (2016), "Infertility: A review on causes, treatment and management", *Womens Health Gynecol*, No.5, pp. 2-5.
- [3] World Health Organization: *Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021*. 2023 [cited 2024 4 September]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>.
- [4] Abangah, G.H., T. Rashidian, M. Parizad Nasirkandy, and M. Azami, (2023), "A Meta-Analysis of The Prevalence and Etiology of Infertility in Iran", *Int J Fertil Steril*, Vol. 17, No.3, pp. 160-173.
- [5] Lindsay, T.J. and K.R. Vitrikas, (2015), "Evaluation and treatment of infertility", *American family physician*, 91, No.5, pp. 308.۳۱۴-
- [۶] منشادی، ر.، (۲۰۰۸)، «ماهیت حقوقی قرارداد رحم جایگزین»، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، دوره ۲، شماره ۶، صص. 117-161.
- [۷] یعقوب، ع.، (۲۰۲۳)، *بررسی وضعیت فقهی و حقوقی اهدا تخمک با استفاده از تخمک همسر دوم و زن بیگانه از منظر فقه اسلامی و حقوق پزشکی*.
- [8] Ombelet, W., (2011), "Global access to infertility care in developing countries: a case of human rights, equity and social justice", *Facts, views & vision in ObGyn*, Vol.3, No.4, p. 257.
- [9] *European Atlas of Fertility Treatment Policies 2024*; Available from: [https://fertilityeurope.eu/atlas2024./](https://fertilityeurope.eu/atlas2024/)
- [۱۰] گزارش نهایی پیمایش شیوع ناباروری در ایران در سال ۱۳۹۸. Available from: <https://nihr.tums.ac.ir/uploads/288/2024/Jan/16/%DA%AF%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%B4%20%D9%BE%DB%8C%D9%85%D8%A7%DB%8C%D8%B4%20%D9%85%D9%84%DB%8C%2D9%86%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D9%8۲.۰%۰%D8%B4%DB%8C%D9%88%D8%B9%8%D8%B1%DB%8C%20%D8%B3%D8%A7%D9%84%201398.pdf>
- [۱۱] راهنمای بالینی هماهنگ کشوری پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان ناباروری در قالب نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات. Available from: <https://treatment.tums.ac.ir/ZyAto>.
- [۱۲] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت درمان، ۱۴۰۳.
- [13] *Iranian Health Insurance Organization*. Available from: [https://ihio.gov.ir./](https://ihio.gov.ir/)

[۱۴] سازمان بیمه سلامت ایران ۱۴۰۳.

[15] Sunderam, S., et al., (2015), "Assisted Reproductive Technology Surveillance - United States, 2013". *MMWR Surveill Summ*, Vol.64, No.11, pp. 1-25.

[16] Gunby, J., F. Bissonnette, C. Librach, and L. Cowan, (2011), " Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2007 results from the Canadian ART Register". *Fertil Steril*, Vol.95, No.2, pp. 542-7.e1-10.

[۱۷] لویه، ص.، امیریان، جعفری، (۲۰۲۵)، «چالش‌های افشا در بارداری با تخمک‌اهدایی: یک مطالعه مروری»، مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، دوره ۱۲، شماره ۴، صص. 90-105.

گزیده سیاستی

تقویت زیرساخت‌ها در حوزه درمان ناباروری از طریق تدوین دستورالعمل‌های شفاف، ایجاد سامانه‌های یکپارچه ثبت اطلاعات، بهبود پوشش بیمه‌ای و توزیع عادلانه متخصصان، به‌منظور افزایش دسترسی عادلانه و ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری در کشور ضروری است.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، رویروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ | صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ | پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir