

با ۵-۶ خانواده در ارتباط است که به آلمان و هلند رفته‌اند و می‌گویند که با این سفر فرزندان را از مرگ نجات داده‌اند. او دختر دیگری هم دارد که حالا باید جور خانواده را بکشد.

مرگ امیرضای ۵ ساله

آقای اسدی از وقتی امیرضای پنج‌سال‌و نیمه را که از دست داد، همچنان پیگیر داروی بیماران اس ام‌ای است. پسرش را نبود دارو، از بین برد. فرزندش به نوع شدیدی این بیماری مبتلا بود و به دستگاه وصلش کرده بودند. از ۲۷ آذرماه سال ۱۴۰۱ توزیع دارو را شروع کردند که بنا بر پروتکل‌ها باید چهار دوز مصرف می‌کرد، چهار دوز را در ۶۲ روز به او دادند، دوز پنجم باید در ۳۰ خردادماه سال بعیش تزریق می‌شد که این اتفاق نیفتاد. در نهایت اسما در ۱۴ آبان ۱۴۰۲ برایش تزریق شد، یعنی با ۸ ماه تاخیر. بنابراین اثر داروی قبلی هم از بین رفت و در نهایت ۱۷ بهمن‌ماه که بستری شد دیگر بازنگشت. او بعد از از دست دادن امیررضا، در ۶-۵ جلسه با وزارت بهداشت شرکت کرده و به آنها گفته، اگر می‌دانستم کاری برای این بچه‌ها نمی‌کنید خیلی قبل‌تر رفته بودم. او هم به مهاجرت فکر کرده بود، اما چون فرزندش به دستگاه تنفس وصل بود، شرایط مهاجرت نداشت اما می‌گویند که همین حالا نزدیک به ۱۰ خانواده را می‌شناسد که پناهنده شده‌اند. در مسیر مهاجرت اما از آنها کلاهبرداری‌های زیادی هم می‌شود: «وزارت بهداشت می‌گوید که ۴ تا ۵ درصد مردم کشور ناقل بیماری‌اند، در این شرایط باید حتماً غربالگری‌های ژنتیک انجام شود.» فرزند او نتیجه ازدواج فامیلی است اما می‌گوید که هیچ‌کس به آنها آگاهی نداده بود که قبل از فرزندآوری باید آزمایش ژنتیک بدهند.

افزایش پناهندگی خانواده‌ها

قطع داروی این بیماران حالا معضلی است که هر روز به تعداد کودکان قربانی اضافه می‌کند. سعید اعظمیان، مدیرعامل سابق انجمن حمایت از بیماران مبتلا به اس‌ام‌ای است و سال‌هاست که درباره مهاجرت این افرادی می‌شنود. او به هم‌میهن می‌گوید که مسئله مهاجرت این خانواده‌ها بسیار جدی است و از یک‌سال و نیم گذشته که تقریباً داروی این بیماران قطع شد، میزان مهاجرت‌ها هم روند صعودی گرفت: «دارو در داخل تولید نمی‌شود و دارویی که به‌صورت قطره چکانی می‌آید، داروی قاچاق است و نمی‌توان اصالت دارو را تشخیص داد. قیمت این داروها هم چندین برابر قیمتی است که ایران می‌خرد. خانواده‌ها اما چاره‌ای ندارند و تن به این قیمت‌ها می‌دهند. آنها خانه، ماشین و حتی فرش زیرپای‌شان را می‌فروشند تا برای مدت کوتاهی این داروها را تأمین کنند، اما حالا دیگر همان‌ها را هم نمی‌توانند بخرند.»

او می‌گوید که حدود دو سال پیش، محموله‌ای از داروهای مورد نیاز این بیماران وارد شد که برای بیماران ۱۱ سال توزیع کردند. هفت، هشت ماهی نگذشته بود که نتایج تیم علمی وزارت بهداشت تکمیل شد و اعلام کردند که نتیجه مثبت بوده. با این حال توزیع دارو برای این گروه سنی را قطع کردند. این اقدامی بود که از سوی ستاد تدابیر ویژه وزارتخانه بهداشت و درمان که متشکل از وزیر بهداشت و معاونانش بود، صورت گرفت. آنها بعد از قطع دارو برای بیماران زیر ۱۱ سال، آن را بین بیماران ۱۱ تا ۲۰ سال به مدت ۴ تا ۵ ماه توزیع کردند. بهانه‌شان هم این بود که می‌خواهند اثربخشی دارو را بر گروه‌های سنی مختلف بررسی کنند.

این تصمیم اما به‌شدت با مخالفت خانواده‌ها مواجه شد، چون نباید داروی فرزندان‌شان قطع می‌شد، دارو باید به‌صورت مستمر استفاده شود. همین موضوع سبب شد تا رئیس کمیته علمی که زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می‌کرد، استعفا دهد اما وزارت بهداشت کار خودش را کرد. در حال حاضر اسما دارو به‌طور کامل تمام شده و هیچ‌کس دارویی نمی‌گیرد. به گفته اعظمیان، معاونت تحقیقات وزارت بهداشت تأکید می‌کند که تیم علمی، اثربخشی دارو را تأیید کرده اما معاونت درمان اظهارات دیگری دارد. سازمان غذا و دارو هم می‌گوید که بودجه خریدش را ندارند. در نتیجه حدود یک‌ماه است که دارو در داخل کشور قطع شده است.

آنها در این مدت نام‌نگاری‌های فراوانی داشته‌اند اما معتقدند که دلیل اصلی، نداشتن منابع مالی است: «استخوان نمی‌خواهند بگویند که منبع مالی ندارند و به همین دلیل به سمت زیرسوال بردن ابزارهای خصوصی و سوءاستفاده از اقداماتی مانند کاست‌بنفیت و اثربخشی دارو می‌کنند. در حالی که اینجا جان انسان‌ها در خطر است و دیگر مسئله کاست‌بنفیت کاربردی ندارد: «ما به سازمان بازرسی کل کشور شکایت‌مان را بردیم. آنها هم گزارش بلندبالایی نوشتند و به وزارت بهداشت اعلام کردند تا زمانی که داروی ایرانی با استاندارد بالا و هم‌ردیف داروی اورجینال تولید نشود، باید دارو در اختیار خانواده‌ها قرار گیرد. اما هشت ماه از این گزارش می‌گذرد و هنوز وزارت بهداشت اقدامی نکرده است.»

آنها هم شهر یورماه هم جمعی در مقابل وزارت بهداشت داشتند و درخواست دیدار با وزیر بهداشت را کرده بودند ولی مدیر روابط عمومی در میان تجمع کنندگان حاضر شد و وعده‌هایی داد. در کل، اعتراض نتیجه خاصی نداشت.

رسیدگی کشورهای اروپایی به پناهجوی‌های ایرانی

نبود دارو سبب شد تا خانواده‌ها تصمیم به مهاجرت بگیرند؛ مهاجرت قانونی اما آنها را به داروی رایگان نمی‌رساند بنابراین تصمیم به پناهندگی گرفتند. آنها خانه و زندگی‌شان را فروختند، و به کیل مهاجرتی دادند، ویزا گرفتند و رفتند. همه اینها برای پناهندگی در کشوری دیگر با هدف رسیدن به دارو و نجات جان فرزندان‌شان بود: «در کشورهای دیگر به‌خصوص کشورهای اروپایی، از این بیماران استقبال خوبی کردند و خیلی سریع دارو در اختیارشان گذاشتند، در حالی که هنوز کارهای پناهندگی‌شان هم کامل نشده بود. بعد از قطع دارو خیلی‌ها تصمیم به مهاجرت گرفتند، تمام کسانی که

رفتند، به‌صورت مستمر و درست دارو دریافت می‌کنند و خدمات پزشکی خوبی در اختیارشان قرار داده می‌شود.» خانواده‌ها نیاز به پرونده ویژه‌ای ندارند، همین که خلاصه پرونده پزشکی همراه با آزمایش ژنتیک فرزندان را داشته باشند، کافی است. در کشور مقصد، تمام آزمایش‌ها و معاینات انجام می‌شود.

آلمان، هلند و انگلیس جزو کشورهایی هستند که بیشتر خانواده‌ها قصد مهاجرت به آنها را دارند اما اینکه کدام کشور خدمات بهتری به این کودکان می‌دهد، کاملاً برگرفته از تجربه خانواده‌های مهاجرت کرده است: «خانواده‌ها تجربه‌های‌شان را با هم در میان می‌گذارند. البته پروسه دسترسی به دارو با پناهندگی آنها کاملاً متفاوت است، دارو خیلی سریع‌تر به دست بیماران می‌رسد.»

هر چند در این مسیر، کلاهبرداری‌هایی هم شد: سودجویان تعدادی از این خانواده‌ها را به دام انداختند، پول‌شان را گرفتند و خبری از ویزا نشد: «خیلی از این خانواده‌ها مجبور شدند زندگی‌شان را به آتش بکشند، داروندارشان را فروختند، به‌رحال هر روز به تعداد آنها افزوده می‌شود. یک زمانی پزشک و مهندس مهاجرت می‌کردند اما حالا خانواده‌هایی با فرزند بیمار مهاجرت می‌کنند؛ به امید رسیدن به دارو.»

رامک حدیری

مدیرعامل انجمن

دبسترونی ایران:

حدود دو ماهی

است که دارو به‌طور

کلی قطع شده

است. سال گذشته

داروی بیماران زیر

۱۱ سال قطع شد

و بقیه دارو را به

بیماران ۱۱ تا ۲۰

سال دادند و حالا

با تمام شدن ذخیره

دارویی، هیچ کدام از

بیماران دارو ندارند.

درحالی که این

داروها هیچ جایگزینی

هم ندارند و تولید

داخلی هم امکان‌پذیر

نیست

تشخیص بیماری اس ام‌ای ارتباطی به غربالگری جنین ندارد؛ مجلسی که قوانین جوانی جمعیت را تصویب کردند اعلام می‌کنند که آزمایش غربالگری ژنتیک مشکلی ندارد اما وزارت بهداشت عزمی برای این کار ندارد: «وزارت بهداشت می‌گوید که مردم باید خودشان آگاه باشند اما ما آماری به وزارت بهداشت دادیم و اعلام کردیم که نیمی از بیماران که در انجمن ثبت شده‌اند، حاصل ازدواج فامیلی نبوده‌اند. این مسئله نشان‌دهنده ریت بالای ناقل بودن این ویروس در کشور دارد. در دنیا گفته می‌شود که یک‌پنجم تا دو درصد از جامعه ناقل هستند، در کشوری مانند ترکیه که از نظر فرهنگی شبیه ما هستند، این عدد حدود چهار درصد است، بنابراین نه‌تنها باید خانواده و اطرافیان‌شان غربالگری شوند، بلکه به زوج‌ها این آگاهی داده شود که میزان انتقال این میزان است و با یک آزمایش ژنتیک از تولد فرزند بیمار جلوگیری کنند.»

چرا باید جلوگیری کنند؟ چون این بیماری برای کودک مشکل تنفسی شدیدی ایجاد می‌کند، آنها نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پیدا می‌کنند. اگر باید برای‌شان تجهیزات پزشکی خریداری شود، حداقل یک میلیارد و پانصد میلیون تومان باید برایشان هزینه شود. در سال ۱۴۰۰ برآوردی که برای هزینه تهیه لوازم مصرفی آنها شد، نشان می‌داد که برای بیماران با تنپ شدید ماهانه به پنج میلیون تومان پول نیاز است. به این‌ها باید کادر درمانی، توانبخشی و... را هم اضافه کرد. براساس قیمت دو سال پیش هم، سالانه ۳۵ هزار دلار صرف هزینه تأمین داروی‌شان می‌شود.

بیشتر خانواده‌ها در تلاش برای مهاجرتند

رامک حدیری، مدیرعامل انجمن دبسترونی ایران است. دبسترونی عضلانی یک بیماری ژنتیکی است که به‌تدریج به عضلات آسیب می‌زند و آنها را ضعیف می‌کند. رامک حدیری از تلاش این زیادی برای دسترسی به داروی بیماران SMA کرده، اما حالا از اینکه خانواده این بیماران راهی جز ترک کشور و پناهندگی در کشور دیگری ندارند، انتقاد می‌کند. او به هم‌میهن می‌گوید که تمایل خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اس ام‌ای برای مهاجرت و پناهندگی بسیار زیاد شده است: «در مراجعات این افراد زیاد می‌شنویم که قصد مهاجرت دارند، همین امروز پدر یکی از بیماران آمد و گفت، تا دو هفته دیگر مهاجرت می‌کنند. آنها یک‌به‌یک زندگی‌های‌شان را می‌فروشند و به دلالت می‌دهند تا پناهندگی بگیرند. این تنها راه فرار آنهاست. خیلی‌ها دستگاه‌های تنفسی فرزندان بیمارشان را به انجمن برمی‌گرداند و می‌گویند در حال مهاجرت هستند. ما حداقل هفته‌ای یک مورد می‌شنویم که با مهاجرت کرده‌اند یا در حال مهاجرت هستند.» آلمان، انگلستان، هلند و تعداد دیگری از کشورهای اروپایی، جزو مقاصد این خانواده‌ها هستند و به گفته حدیری، خیلی راحت هم به آنها پناهندگی می‌دهند، حتی قبل از تشکیل دادگاه پناهندگی‌شان، تجویز دارو را برای کودکان شروع می‌کنند و به‌طور کامل و رایگان او را تحت پوشش قرار می‌دهند: «ما در کشورهای همسایه مثل عراق بیمارستان می‌سازیم اما پولش را برای بیماران خدومان صرف نمی‌کنیم.» به گفته او وضعیت دارو،

خانواده‌ها را برای مهاجرت مصمم‌تر کرده است: «حدود دو ماهی است که دارو به‌طور کلی قطع شده است. سال گذشته داروی بیماران زیر ۱۱ سال قطع شد و بقیه دارو را به بیماران ۱۱ تا ۲۰ سال دادند و حالا با تمام شدن ذخیره دارویی، هیچ کدام از بیماران دارو ندارند. درحالی که این داروها هیچ جایگزینی هم ندارند و تولید داخلی هم امکان‌پذیر نیست.» او می‌گوید که در نبود دارو، بیماران در حال از دست دادن جان‌شان هستند و از سال گذشته تاکنون بالای ۵۰ نفر جان باخته‌اند: «بعد از اینکه رئیس دولت قبل دستور تأمین این دارو را داد، حدود یک سال طول کشید تا دارو وارد کشور شد، وقتی هم وارد شد به‌طور مرتب دارو نمی‌دادند، درحالی که دوز مصرف این داروها، حداقل یک سال کامل است، اما هیچ‌کدام از بیماران دارو را به‌طور کامل دریافت نکردند. داروی دیگر را هم باید به‌صورت مادام‌العمر استفاده کنند که آن هم موجود نیست.»

اثربخشی داروی این بیماران هم موضوعی است که حدیری درباره آن توضیح می‌دهد. او می‌گوید که در زمینه اثربخشی دو مسئله وجود دارد؛ یکی خود اثربخشی است و دیگری هزینه بر اثربخشی داروست. این دو مسئله را نباید با هم ترکیب کرد. اغلب آنها را با هم ترکیب می‌کنند تا از تعهدات خود شانه خالی کنند. زمانی از هزینه بر اثربخشی صحبت می‌شود که چند دارو با هم موجود باشد، بعد گفته شود که مثلاً داروی خارجی صرفه اقتصادی ندارد و از داروی داخلی استفاده می‌کنیم. در این وضعیت قدرت انتخاب وجود دارد اما وقتی هیچ دارویی وجود ندارد، صحبت از هزینه بر اثربخشی رانمی‌توان داشت. اثربخشی دارو با هیچ‌پولی قابل مقایسه نیست چون صحبت از جان انسان است.

او از وزارت بهداشت انتقاد می‌کند: «این وزارتخانه هیچ کار علمی‌ای انجام نداده، بعد از یک سال از مصرف دارو اعلام کرده که اثربخشی دارو تنها دو درصد بوده، ما نمی‌دانیم این دو درصد را از کجا آورده است. در کشورهای دیگر این میزان را تا ۶۰ درصد هم اعلام کرده‌اند. نکته دیگر اینکه بعد از توزیع دارو، میزان فوت کودکان بیمار کاهش پیدا کرد و کسانی که نیاز به دستگاه تنفسی داشتند، درخواست‌شان کم شد. اما بعد از قطع دارو، تعداد مرگ‌ها هم بالا رفت و میزان تقاضا برای دستگاه تنفسی افزایش یافت. ما نمی‌توانیم بگوییم که میزان اثربخشی دارو چقدر بوده. باید پزشک متخصص مغز و اعصاب، کار تحقیقی روی بیماران انجام دهد و قبل و بعد از مصرف دارو بررسی کند.» آنها نامه‌نگاری‌هایشان را برای رئیس دولت جدید شروع کرده‌اند هر چند امیدی ندارند: «سیستم بهداشت و درمان ما وضعیت خوبی ندارد، داروهای بسیار ساده پیدا نمی‌شوند. خانواده ناچار است فرش زیرپا و ماشین را بفروشد تا بتواند دارو را برای مصرف یک ماه فرزندش با پرداخت ۲۰۰ میلیون تومان، تأمین کند؛ شرتی که اگر از سوی دولت عرضه شود ۵۰ میلیون تومان است اما خانواده آن را باز نیاورده ۲۰۰ میلیون تومان می‌خرد.»

تولید دارو به‌صرفه نیست

هوشمند ایلکا، نایب‌رئیس انجمن تولیدکنندگان محصولات بیوتکنولوژی پزشکی است و به هم‌میهن می‌گوید که تولید داروهای اسپینرازا و ریسیدپیلام که برای بیماران مبتلا به اس ام‌ای استفاده می‌شود، برای کشور صرفه اقتصادی ندارد، با اینکه تأکید می‌کند که این داروها قابلیت تولید در داخل ایران را دارند: «مسئله تنها تولید نیست، ما باید زیرساخت‌های تولید دارو در ادامه مارکتینگ خوبی نمی‌شود. تولید داروهای فرآورده‌های دارویی‌های تک یا تکنولوژی بالابا داروهای بیوتکنولوژی، نیاز به بررسی‌های دقیق دارند، باید مشخص شود که حجم بازار داخلی با هزینه‌های تولید یکدیگر را هم‌پوشانی می‌کنند یا خیر. چقدر طول می‌کشد که هزینه سرمایه‌گذاری تولیدکننده برگردد؟ آیا سازمان‌های بیمه‌گر و پزشکان حمایت می‌کنند؟ مسئله اینهاست، وگرنه برای تولید این داروها با مشکلی در کشور مواجه نیستیم.» به گفته او، از نظر اقتصادی تولید فرآورده‌های های تک در داخل کشور، به‌صرفه نیست: «در کشور از ابتدا تا انتهای یک چرخه اقتصادی توجه نمی‌شود. ما باید نگاه کنیم و برای تک‌تک آنها برنامه‌ریزی داشته باشیم. خیلی از تولیدکنندگان وسط راه می‌مانند و در نهایت صنایع ضعیف می‌شوند و واردات رشد می‌کند.» معضل پوشش بیمه‌ای داروهای گران قیمت خارجی موضوع دیگری است که از سوی نایب‌رئیس انجمن تولیدکنندگان محصولات بیوتکنولوژی پزشکی مطرح می‌شود. به گفته او، داروها به سختی تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند، چون گران هستند مصرف‌کننده بدون بیمه، توانایی پرداخت ندارد، البته گاهی این داروها بیمه هم می‌شوند اما پولی برگشت داده نمی‌شود: «داروهای های تک از جمله داروی بیماران مبتلا به اس ام‌ای جزو داروهای گران هستند. واردات و تولید این داروها دو مشکل بزرگ دارد؛ یکی حجم مارکت‌شان است و دوم حمایت نکردن سازمان‌های دولتی و بیمه‌گر.» او معتقد است که اگر وضعیت به همین شکل ادامه پیدا کند، پناهندگی و مهاجرت خانواده بیماران مبتلا به اس ام‌ای، ادامه خواهد داشت: «همه به دنبال داروی جدید هستند، هر روز هم داروی جدید تولید و جایگزین داروهای قدیمی می‌شود. داروهای جدید باید با فاصله تحت پوشش بیمه قرار گیرند اما در کشور ما اینطور نیست. داروهای جدید اکثراً خارج از فهرست بیمه هستند؛ داروهایی که بیشتر برای بیماران خاص است. داروهای درمان سرطان هم در این گروه قرار می‌گیرد؛ داروهایی که بیمار مجبور است برای یک ماه از هفت، هشت میلیون تومان تا ۱۰۰ میلیون تومان هزینه کند. وقتی بیمار یا خانواده‌اش می‌بینند که این دارو را بدون هزینه می‌توانند در کشور دیگری دریافت کنند، چرا از کشور خارج نشوند؟» به گفته او، بیماران پرولانه‌ای زودتر از سایر بیماران از کشور خارج شدند و هیچ تضمینی هم وجود ندارد که این اتفاق برای سایر بیماران هم بیفتد؛ هر کس توان مالی دارد، زودتر هم مهاجرت می‌کند: «این خانواده‌ها از نظر روانی به‌شدت آسیب‌دیده هستند، آنها با مهاجرت‌شان دنبال تفریح و زندگی لوکس‌تری نیستند، آنها تنها دغدغه تأمین داروی فرزندان‌شان را دارند و دنبال آرامش‌اند.»

خبرسازان



آمار باورنکردنی تعداد مسافران گیلان

مدیرکل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی گیلان گفته است که در بازه زمانی دهم تا هفدهم شهریورماه ۶ میلیون و ۱۷۵ هزار و ۳۴۲ نفر به گیلان سفر کردند، به گزارش تسنیم، در هفته گذشته و تعطیلی چندروزه، شاهد حضور مسافران زیادی به استان گیلان و دیگر شهرستان‌های کشور بودیم و در برخی استان‌ها حتی بیش از جمعیت خودشان، میزبان مسافران بودند. «ولی جهانی» درباره آخرین آمار سفر به استان در هفته گذشته گفت: «در بازه زمانی دهم تا هفدهم شهریورماه شاهد ورود ۶۸۳ هزار و ۱۱۳ خودرو به گیلان بودیم که نسبت به مدت مشابه سال گذشته دو درصد کاهش داشت.» او با بیان اینکه در صد اشغال تخت تأسیسات اقامتی ثابت زیر پوشش اداره کل ۱۱۰ درصد است، ادامه داد: «برآورد مسافران اقامت‌کننده در مراکز اقامتی ثابت و موقت این استان تعداد هشت میلیون و ۵۹۱ هزار و ۷۲۲ نفر شب اقامت است.»



وضعیت سرطان‌های کودکان

دبیر انجمن رادیونکولوژی ایران گفته است که روزانه بیش از ۱۰۰۰ کودک در دنیا به سرطان مبتلا می‌شوند و همین موضوع همه افراد درگیر این بیماری را در مسیری دشوار و تغییردهنده زندگی قرار می‌دهد. علی مطلق، درباره وضعیت سرطان‌های کودکان در ایران نیز گفت: «جمعیت ایران در سال ۲۰۲۰ حدود ۸۴ میلیون نفر بود و شیوع بیماری یعنی تعداد بیماران مبتلا به سرطان طی پنج سال، حدود ۳۱۹/۷۴۰ نفر تخمین زده شده است. در همان سال نیز ۱۳۱/۱۹۱ مورد جدید سرطان شناسایی شد و خطر ابتلا به سرطان زیر ۱۵ سال حدود ۱۴/۷ درصد برآورد شد.» او با بیان اینکه طبق آمارها، حدود ۲۵ درصد از جمعیت ایران در گروه سنی صفر تا ۱۴ سال قرار دارند، ادامه داد: «میزان بروز سرطان‌های کودکان در ایران حدود ۱۶/۸ در هر ۱۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود که در گروه‌های مختلف سنی و جمعیتی کمی متفاوت است؛ ۱۵/۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر برای گروه سنی صفر تا چهار سال، ۱۴/۸۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر برای گروه سنی پنج تا ۹ سال و ۱۲/۸ در هر ۱۰۰ هزار نفر برای گروه سنی ۱۰ تا ۱۴ سال.»



پیری جمعیت ایران تا ۲۰۸۰

براساس گزارش سازمان ملل، تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمند ایران به ۳۲ درصد خواهد رسید. پیش‌بینی‌های این سازمان نشان می‌دهد، درصد سالخوردگی جمعیتی ایران تا سال ۲۰۸۰ نیز به حدود ۴۰ درصد جمعیت کشور خواهد رسید. به گزارش همشهری آنلاین، آخرین برآوردهای مرکز آمار ایران تا تاریخ هجدهم شهریورماه سال جاری نشان می‌دهد که جمعیت ایران به ۸۵ میلیون و ۸۸۵ هزار و ۵۹۴ نفر رسیده است، باین حال در این گزارش مدل‌های پیش‌بینی جمعیت ایران را بررسی می‌کنیم. مدل‌های پیش‌بینی جمعیت براساس داده‌هایی چون میزان زادوولد، مرگ‌ومیر و مهاجرت صورت می‌گیرد که میزان زادوولد به‌خاطر تأثیر بسیار آن در تعداد و ساختار سنی جمعیت، دارای حساسیت بسیار بیشتری نسبت به سایر مؤلفه‌هاست. براساس آخرین مطالعات مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور و با استفاده از جمعیت تخمینی آن در سال ۱۴۰۳، به تفکیک سن و جنس جمعیت ایران را در اقی ۱۴۲۰ پیش‌بینی کرده‌اند.