

نگاهی به وضعیت گردشگری سلامت در ایران و جهان

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۰۶۴۰

دفتر: مطالعات اجتماعی

بهمن ماه ۱۳۸۹

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	مقدمه
۳	روش کار و ابزار گردآوری داده‌ها
۴	۱. مبانی نظری
۸	۲. تاریخچه گردشگری سلامت
۸	۲-۱. در جهان
۱۰	۲-۲. در ایران
۱۲	۳. نگاهی بر بازار گردشگری سلامت - پزشکی در جهان
۱۵	۴. عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی
۱۷	۵. آثار رشد گردشگری پزشکی بر کشورها
۱۷	۶. موانع گسترش گردشگری پزشکی
۱۸	۷. پیش‌بینی آینده گردشگری پزشکی
۱۸	۷-۱. روند دموگرافیک (جمعیتی)
۱۹	۷-۲. روند سبک زندگی
۱۹	۷-۳. جهانی شدن نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی
۲۰	۷-۴. پایگاه‌های مراقبت بهداشتی
۲۱	۷-۵. سرمایه‌گذاری مشترک، نشان تجاری
۲۱	۷-۶. راه‌حل‌های بخش دولتی
۲۱	۷-۷. بازاریابی
۲۲	۷-۸. پرداخت هزینه‌های گردشگری پزشکی
۲۲	۷-۹. ائتلاف و تخصص‌گرایی
۲۳	۸. تجربیات سایر کشورها
۲۴	۸-۱. هندوستان
۲۵	۸-۲. مالزی
۲۶	۸-۳. ترکیه
۲۶	۸-۴. اردن
۲۷	۸-۵. سنگاپور
۲۷	۸-۶. فیلیپین
۲۹	۹. وضعیت موجود گردشگری پزشکی در ایران
۳۱	۱۰. آسیب‌شناسی صنعت گردشگری سلامت در ایران

۳۲.....	۱-۱۰. نقاط قوت و فرصت‌ها.....
۳۳.....	۲-۱۰. نقاط ضعف و تهدیدها.....
۳۴.....	۳-۱۰. چالش‌های پیش روی صنعت گردشگری پزشکی ایران.....
۳۵.....	۴-۱۰. پیامدهای گسترش صنعت گردشگری پزشکی در ایران.....
۳۶.....	جمع‌بندی و ارائه راهکارهای پیشنهادی.....
۳۹.....	پی‌نوشت‌ها.....



نگاهی به وضعیت گردشگری سلامت در ایران و جهان

چکیده

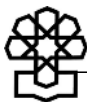
جهانی‌سازی و آزادسازی تجارت در خدمات بهداشتی و درمانی موجب شده تا گردشگری پزشکی ایجاد و امکان رشد آن فراهم شود. افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی به دلیل مسن شدن جمعیت در کشورهای توسعه‌یافته و در دسترس بودن خدمات پیشرفته پزشکی با کیفیت بالا و ارزاقیمت در کشورهای درحال توسعه نسبت به کشورهای توسعه‌یافته،^(۱۹۲) لیست‌های انتظار طولانی برای عمل جراحی در کشورهای توسعه‌یافته^(۲۳) عدم وجود بیمه درمانی^(۲) شایع‌ترین عوامل سفر پزشکی هستند.

برآوردها نشان می‌دهد، درآمد سالیانه حاصل از گردشگری سلامت، ۶۰ میلیارد دلار آمریکا است که پیش‌بینی می‌شود با رشد سالیانه ۲۰ درصد، در سال ۲۰۱۲ به ۱۰۰ میلیارد دلار برسد.^(۲۴) Deloitte در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ انجام داد، برآورد کرد که در سال ۲۰۱۷ تنها بیماران آمریکایی برای دریافت خدمات پزشکی در خارج از مرزهای خود، حدوداً بیش از ۴۰ میلیارد دلار هزینه نمایند. امروزه بسیاری از کشورها و شرکت‌های بیمه‌ای، خدمات پزشکی را برای ارائه‌دهندگان خدمات ارزاقیمت برون‌سپاری می‌کنند.^(۵)

مطالعات تطبیقی موجود نشان می‌دهد، بسیاری از کشورها، گردشگری سلامت را به‌عنوان یکی از محورهای ایجاد اشتغال و درآمدزایی ارزی در نظر دارند و در این راستا اقدامات مؤثری انجام داده‌اند. بحث گردشگری سلامت را می‌توان با نگرش‌های مختلفی مانند نگرش اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و روابط بین‌المللی، آموزش پزشکی، امنیتی یا تلفیقی از این دیدگاه‌ها مد نظر قرار داده و با توجه به نگرش کلان، برنامه‌ریزی‌های لازم را جهت سیاستگذاری مناسب و مدرن در راه نیل به اهداف کلی مبذول کرد.

گردشگری پزشکی پدیده جدید در جهان و همچنین ایران، نیست. در گذشته افراد از کشورهای همسایه به‌ویژه کشورهای عربی جهت دریافت خدمات بهداشتی به ایران و به‌ویژه استان فارس می‌آمدند. آمار دقیقی در مورد گردشگران پزشکی در دست نیست، ولی برخی منابع نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۵، ۱۷۵۰۰ نفر گردشگر پزشکی به ایران آمدند و بیشتر خواستار درمان‌های پیشرفته بیماری‌های قلبی - عروقی، جراحی‌ها (درمانی - زیبایی) و پیوند عضو بودند.^(۲)

گردشگری درمانی در ایران، به‌طور نامنظم و هدایت نشده‌ای رو به رشد است و می‌توان گفت که



سمت‌وسوی مشخصی ندارد.^(۱۸) اگر در این بازار رقابتی با تعریف و محدوده مشخص و سیاست‌های شفاف وارد نشویم، امکان دارد بسیاری از امکانات بالقوه کشور در نظر گرفته نشود، این درحالی است که در بسیاری از کشورهای منطقه به این موضوع به‌طور همه‌جانبه نگریده می‌شود.^(۱۹) از آنجا که در موضوع گردشگری سلامت، هم در بحث تعاریف و هم در موضوع سیاست‌های اجرایی و قانون‌سازی آن دچار ناهماهنگی و تشتت هستیم، به‌نظر می‌رسد، بررسی این امر در شرایط فعلی کشور و منطقه، بتواند به تدوین سیاست‌ها و قوانین کارآمد در راستای ایجاد انسجام و هدفمندی در بحث گردشگری سلامت، کمک کند.

مقدمه

صنعت مسافرت و جهانگردی یکی از بزرگ‌ترین و متنوع‌ترین صنایع در دنیا محسوب می‌گردد. بسیاری از کشورها این صنعت پویا را به‌عنوان منبع اصلی درآمد، اشتغال‌زایی، رشد بخش خصوصی و توسعه ساختار زیربنایی می‌دانند. صنعت جهانگردی و گردشگری در سراسر دنیا به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه، که شکل‌های دیگر اقتصادی مانند تولید یا استخراج منابع طبیعی به صرفه نیست، بسیار مورد توجه می‌باشد.^(۲۱)

امروزه گردشگری از معدود بخش‌های خدماتی است که فرصت‌های مناسب را برای تجارت تمامی ملل جهان فارغ از میزان توسعه‌یافتگی آنها فراهم آورده است. این نکته ظریف سبب رشد این مقوله خدماتی شده است، به‌گونه‌ای که از گردشگری به صنعت تعبیر شده و بعد از صنعت نفت و خودرو به‌عنوان صنعت سوم درآمدساز جهان شناخته می‌شود. برآوردها نشان می‌دهد که هر توریست سلامت سه برابر یک توریست عادی ارزآوری دارد.^(۲۲)

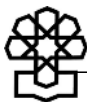
گردشگری سلامت و مراقبت‌های بهداشتی یکی از پرسرعت‌ترین رشدها را در صنعت گردشگری دنیا دارد. شرکت‌های خصوصی سلامت و دولت‌ها نیز به‌دنبال توسعه کسب‌وکار گردشگری سلامت به‌عنوان بخش جدیدی در بازار یا به‌عنوان بخشی الصاقی به خدمات بهداشت عمومی هستند. امروزه سفر برای درمان و بازیابی توان از دست‌رفته یکی از مهمترین اهداف گردشگری است.^(۲۳)



روش کار و ابزار گردآوری داده‌ها

به‌منظور تهیه این گزارش مراحل کار به‌شرح زیر اجرا شده است:

۱. انجام مطالعه تطبیقی در مورد بررسی تجربیات سایر کشورها در مورد گردشگری سلامت و ایران به سفارش مرکز پژوهش‌های مجلس.
این مطالعه به روش کیفی و توصیفی - تحلیلی انجام شد. برای دستیابی به تجربیات سایر کشورها در مورد گردشگری درمانی از مطالعات کتابخانه‌ای استفاده گردید و برای بررسی‌های شناختی در مورد گردشگری درمانی در کشور از نتایج مطالعات انجام شده در کشور، بررسی مدارک و مستندات موجود در سازمان‌های مرتبط مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، سازمان آمار و اخذ نظرات مطلعین به‌صورت مصاحبه (محدود) و یا بحث گروهی متمرکز استفاده شد. سپس مطالب تحلیل شده نتایج آن ارائه گردید.
۲. بررسی هدفمند نتایج حاصل از تحقیق در دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس: جلساتی با حضور مشاور و ناظر طرح، صاحب‌نظران موضوع و کارشناسان گروه بهداشت و درمان مرکز با تمرکز و تأکید بر وضع موجود گردشگری سلامت در کشور و ارائه راهکار مناسب برای بهبود آن تشکیل شد.
۳. مصاحبه مجدد: به‌منظور بررسی آسیب‌شناسی گردشگری سلامت، برنامه مصاحبه مجدد توسط کارشناس گروه بهداشت و درمان طراحی شد که طی آن مشکلات و موانع موجود در مسیر رشد این صنعت در کشور از دیدگاه سه گروه: سیاستگذاران، ذینفعان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفت.
- افرادی که مورد مصاحبه قرار گرفتند: در مرحله دوم پژوهش، ۲۰ نفر مصاحبه‌شونده به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند طبقه‌بندی شده، انتخاب شدند. این افراد شامل: افراد دارای تحصیلات و گرایش پژوهشی مرتبط (۲ نفر)، افراد مجرب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۳ نفر)، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری (۲ نفر)، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن ایران (۱ نفر)، سازمان تأمین اجتماعی (۲ نفر)، معاونت راهبردی و برنامه‌ریزی ریاست‌جمهوری (۱ نفر)، وزارت امور خارجه (۱ نفر)، دانشگاه‌های علوم پزشکی (۳ نفر)، انجمن دفاتر و خدمات مسافرتی تهران (۲ نفر) مؤسسات غیردولتی فعال در این کسب‌وکار (۳ نفر) بودند.
۴. مطالعات کتابخانه‌ای: همزمان با انجام مصاحبه، مطالعات کتابخانه‌ای با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در قالب پایان‌نامه، گزارش‌های بین‌المللی و... انجام شد.



جمع‌بندی و ارائه گزارش راهبردی

نتایج مطالعه در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه و نقطه‌نظرات اعضای محترم کمیسیون نیز در آن اعمال شد و گزارش راهبردی حاضر جهت بهره‌برداری آماده گردید.

۱. مبانی نظری

گردشگری سلامت

از دیدگاه سازمان جهانی تجارت^۱ گردشگری سلامت،^۲ مسافرت افراد از محل دائم زندگی خود جهت حفظ، بهبود یا حصول سلامت روانی و جسمی به مدت بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک‌سال، گردشگری سلامت نامیده می‌شود. البته می‌توان به این تعریف عبارت دکنر ماری تباکچی را نیز اضافه کرد که معتقد است هر نوع سفری که منجر به بهبود سلامت خودتان یا افراد خانواده‌تان شود، توریسم یا گردشگری سلامت نامیده می‌شود. هرچند واژه‌های متعدد و متنوعی در این مورد به کار رفته است، اما به نظر می‌رسد که گردشگری سلامت مفهوم گسترده‌تری دارد و به نوعی سایر موارد را دربر می‌گیرد و می‌توان آن را به گروه‌های زیر تقسیم کرد: (۷، ۹ و ۱۸)

الف) گردشگری پزشکی:^۳ به گردشگری به‌منظور درمان یک بیماری یا انجام عمل جراحی، تحت نظارت پزشکی در مراکز درمانی یا بیمارستان‌ها (به‌طور متوسط دو هفته) اطلاق می‌شود و ممکن است بیمار پس از آن برای دوره نقاهت نیاز به اقامت در چشمه‌های معدنی و استراحتگاه‌ها... داشته باشد.

ب) گردشگری درمانی طبیعی:^۴ به گردشگری برای بهبود یک بیماری یا گذراندن دوران نقاهت، تحت نظارت و مداخله پزشکی، با استفاده از منابع طبیعی مانند چشمه‌های آب‌گرم، دریاچه نمک، لجن طبی، شنزارهای رادیواکتیو و یا درمان در آب و هوای خاص اطلاق می‌شود.

ج) گردشگری تندرستی، رفاهی و یا پیشگیری:^۵ مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم (اسپاها) برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی (در مواردی، گردشگر بیماری جسمی مشخصی ندارد) را گردشگری تندرستی می‌گویند. تندرستی یا رفاه در اینجا کمک به مردم سالم برای پیشگیری از مشکلات جسمی و روانی است و این ممکن است شامل آزمایشات تشخیصی هم باشد. گردشگران

1. UN-WTO
2. Health Tourism
3. Medical Tourism
4. Curative or Therapeutic Tourism
5. Preventive or wellness Tourism



یا مهمان‌ها (نه بیماران) خود می‌توانند، دریابند که چگونه استرس خود را کم کنند، عادات غذایی را تغییر دهند و....

با وجود تفاوت‌های موجود در تعاریف مرتبط با گردشگری درمانی و سلامت، مفاهیم مشترکی از جمله استفاده از منابع کشوری دیگر با اهداف زیر در تمامی آنها دیده می‌شود:

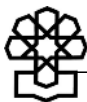
- درمان‌های پزشکی انتخابی مانند اعمال جراحی مختلف،
- معالجاتی کلی و همه‌جانبه شامل درمان جسم، روح و روان،
- بازتوانی و گذراندن دوره نقاهت بیماری‌ها،
- پیشگیری از بروز بیماری،
- بازدید از نقاط دیدنی، تفریح و لذت بردن.

انواع خدمات که در مراکز گردشگری سلامت ارائه می‌شوند، در جدول زیر خلاصه شده‌اند:

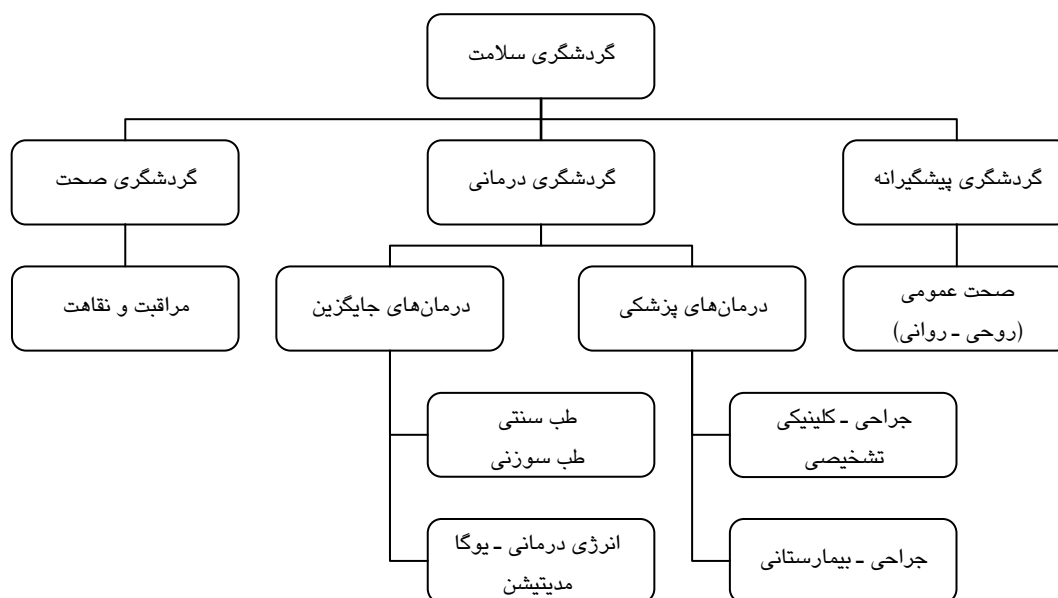
جدول ۱. فهرست درمان‌ها و خدمات موجود و قابل انجام در مراکز ارائه‌کننده گردشگری سلامت^(۹)

درمان‌های موجود در اسپاها	فعالیت‌های فیزیکی	فعالیت‌های آرامش بخش
طب سوزنی	سالن ورزش	راهپیمایی
فشار آب	شنا	ماساژ
گرمابه گیاهی	دوچرخه‌سواری	درمان زیبایی
درمان انفرادی	اسب‌سواری	بازتاب‌شناسی
اتاق (مخزن) نمک	کارتینگ	ماساژ هندی سر
درمان مغناطیسی	قایقرانی	چشمه‌های آب‌معدنی
درمان ماوراء صوت	گلف	محفظه‌های معلق (شناوری)
درمان با اکسیژن	قایق بدون بادبان	فشار آب
بسته لجن طبی	دوچرخه‌سواری امدادی	یوگا
درمان کتنیپ (درمان نوروپاتی با حرکت، گرما و فشار آب)	رانندگی در پیست	خوردن و آشامیدن با تأکید بر کیفیت بالای خوراکی‌های محلی و طبیعی
درمان با نور		
درمان با صوت		
کایرو پراکتیس		
ورزش کمر		
ماساژ درمانی		
درمان با آب دریا		

نمودار زیر به فهم بهتر تقسیم‌بندی گردشگری سلامت (TRAM, 2006: 30) کمک می‌کند.



نمودار ۱. تقسیم‌بندی گردشگری سلامت



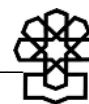
همان‌گونه که در نمودار ۱ مشخص است، گردشگری پزشکی به‌عنوان شاخه‌ای از گردشگری سلامت به‌شمار می‌رود.

گردشگری پزشکی یا درمانی اصطلاحی است که با توجه به روند فزاینده مسافرت برای دریافت خدمات جراحی، دندان‌پزشکی و درمانی در کنار گشت و گذار، استراحت و دیدن جاذبه‌های کشورها رایج شده است. واژه‌های متعدد و متنوعی در این مورد به‌کار رفته است. گردشگری پزشکی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- مراقبت بهداشتی درمانی: مسافر برای دیدن پزشک به یک مکان خارج از کشور خودش می‌رود تا به شیوه‌ای از درمان که در محل اقامت خود امکان ندارد، دست پیدا کند. برای مثال سفر به مکان‌هایی که دارای پزشک‌ها یا بیمارستان‌هایی مشهور به اقدامات درمانی ویژه‌ای هستند، از آن جمله است.

- تناسب اندام: گردشگر به‌منظور کم کردن وزن یا انجام فعالیت‌هایی برای حفظ سلامتی، کاهش استرس و گاه انجام بررسی‌ها و آزمایش کامل جسمانی، انجام کارهایی مانند رژیم غذایی برای کم کردن وزن و یا انجام برخی تمرین‌های خاص، سفر می‌کند. بسیاری از هتل‌ها دارای برخی از این‌گونه تشکیلات هستند و در این مورد بازاریابی می‌کنند.

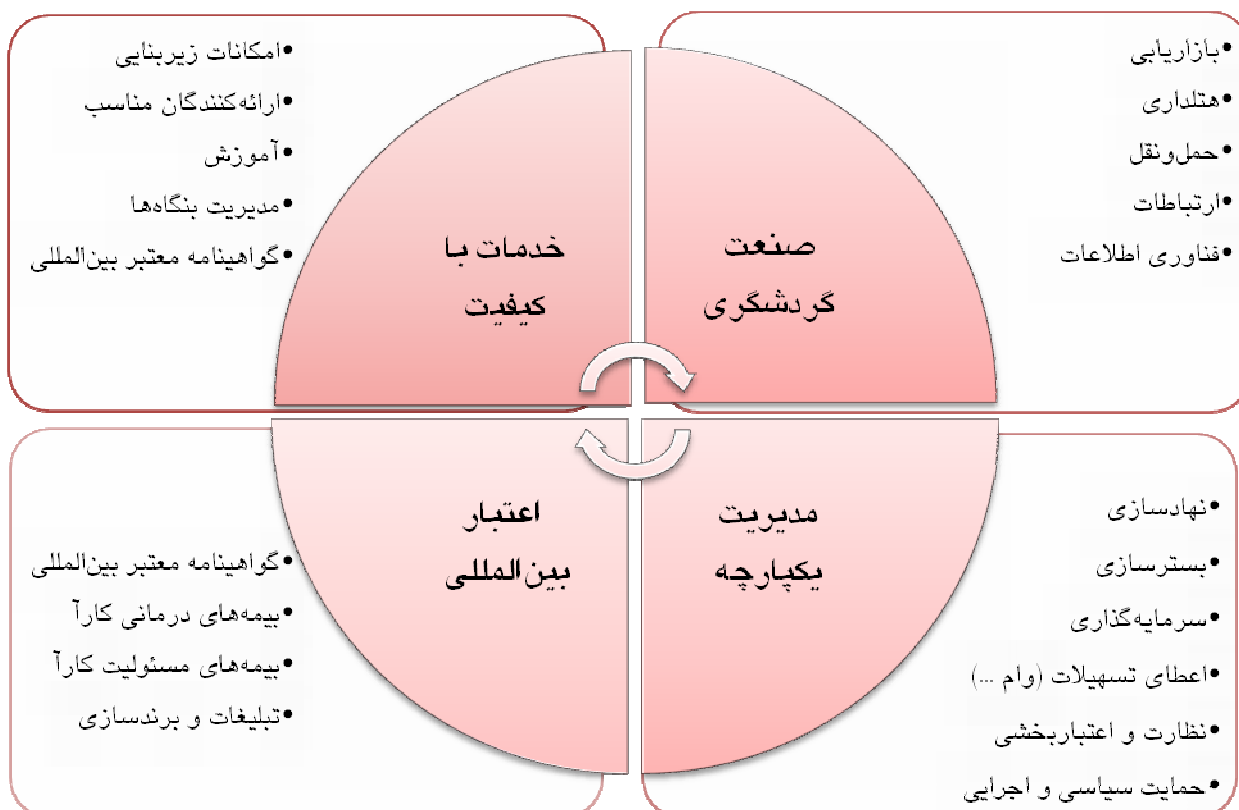
- گذراندن دوره نقاهت و بازپروری: گردشگر به مکان یا مراکزی می‌رود که در آنجا مراقبت‌های ویژه‌ای از وی به‌عمل می‌آید یا از نظر بهداشت و حفظ سلامت، شهرت دارد و افراد برای گذراندن دوره نقاهت و بازپروری به آنجا مسافرت می‌کنند و یا محیطی برای کاهش استرس



است. (۲۱)

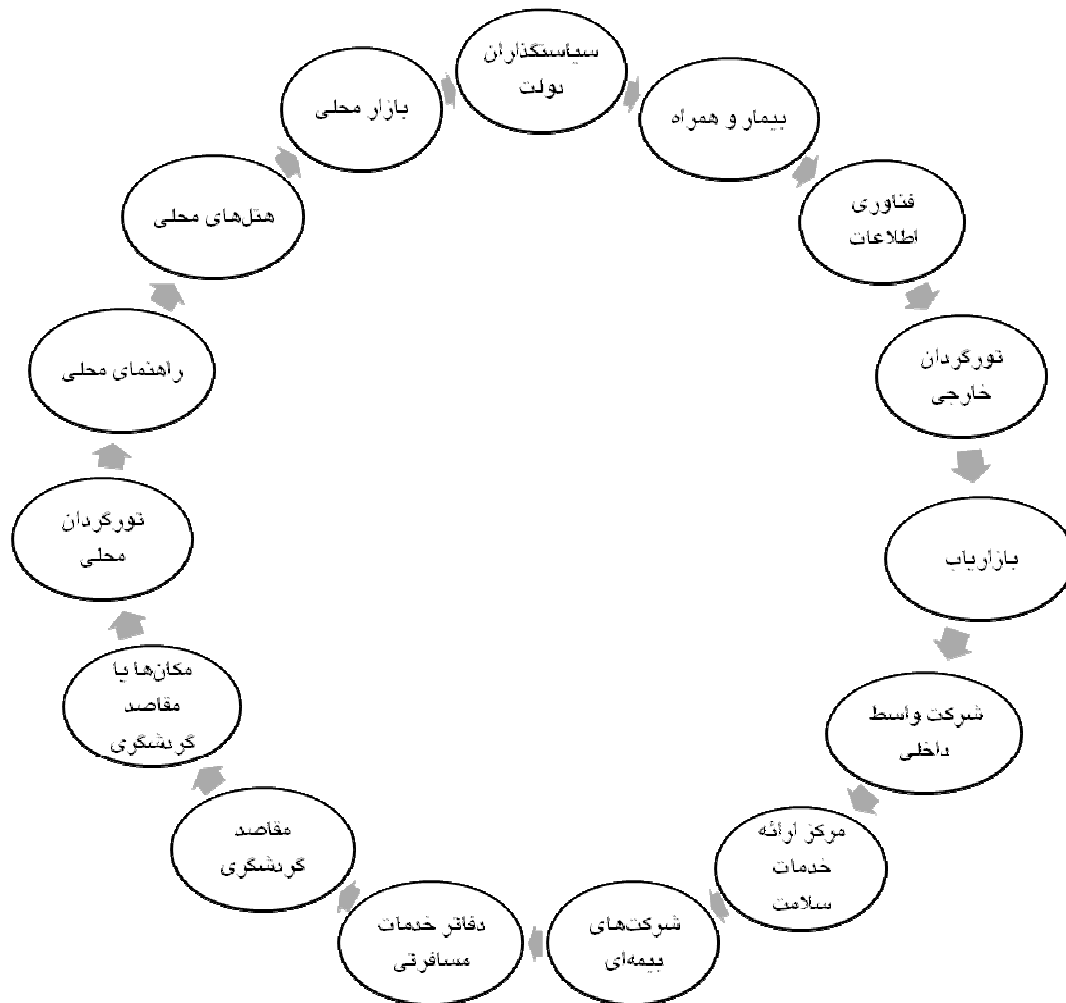
گردشگری سلامت فرآیندی است که در آن عوامل مختلفی شرکت دارند در نمودار ۲ و ۳ به برخی از آنها اشاره شده است.

نمودار ۲. چارچوب فرآیندی گردشگری سلامت/پزشکی (۲۲)





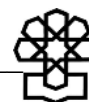
نمودار ۳. حلقه‌های مهم در بخش خدمات گردشگری پزشکی (مدل مفهومی)



۲. تاریخچه گردشگری سلامت

۲-۱. در جهان

گردشگری سلامت از دیرباز وجود داشته است، برخی مانند هال عقیده دارند که این پدیده از زمان یونان و رُم باستان در اروپا وجود داشته و بعد به نقاط دیگر دنیا گسترش پیدا کرده است. در دوران باستان افرادی که دچار بیماری‌های تنفسی یا رماتیسمی بوده‌اند متوجه شده بودند که در برخی از مناطق آب و هوایی خاص در بهبودشان تأثیر دارد و به آن نقاط می‌رفتند.^(۷) کلمه Spa (اسپا) که به احتمال زیاد از ریشه لاتین *espa* به معنای «چشمه» گرفته شده به مناطق دارای آب‌های معدنی و گرم که پذیرای گردشگران برای استراحت و درمان بوده است، به‌کار می‌رود. این گردشگران برای آب‌تنی در آب‌های گرم، نوشیدن آب چشمه‌های معدنی و یا ماندن در لجن‌های طبی به اسپاها مراجعه می‌کنند.^(۱۹) برخی دیگر آن را از دوران نوسنگی و عصر برنز می‌دانند. در

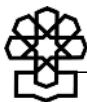


قرن ۱۶ پونس دی لئون مفهوم جدیدی را برای دنیا به ارمغان آورد، هنگامی که او در جستجوی چشمه جوانی به ایالت فلوریدا سفر کرد. در سده ۱۷۰۰ و ۱۸۰۰ استفاده از آب‌گرم در شهرهای آب‌گرم از جمله بادن بادن در هر دو طرف اقیانوس اطلس شناخته شده بود.^(۲۲)

در جداول زیر روند تاریخی و رشد صنعت گردشگری سلامت و صنعت گردشگری پزشکی به تفکیک خلاصه شده‌اند.^(۱۸)

جدول ۲. روند تاریخی و رشد صنعت گردشگری سلامت

دوره تاریخی	گردشگری سلامت
دوران بعد از عصر سنگ (عصر جدید) دوران عصر برنز	بازدید از چشمه‌های معدنی و گرم
قرون وسطی	بازدید از چشمه‌های دمایی
قرن ۱۶ میلادی	در این زمان بازدید از چشمه‌هایی به نام «چشمه‌های جوانی»
قرن ۱۷-۱۸ میلادی	بازدید از Spaها رواج داشت
قرن ۱۹ میلادی	در این زمان استفاده از آب و هوای کنار دریا و کوهستان‌ها به‌منظور برخورداری از سلامت رواج یافته بود. این زمان مصادف است با شیوع بیماری سل در جهان.
قرن بیستم	تشکیل مزارع سلامت یا مزارع چاقی که در این مکان‌ها با استفاده از تمرینات بدنی و رژیم غذایی سعی می‌شد تا تناسب اندام افراد حفظ گردد.
سال ۱۹۹۱ میلادی	تشکیل انجمن‌های بین‌المللی اسپا
در زمان حاضر	زمانی است که بیمارستان‌ها به‌سمت ایجاد اسپاها و اسپاها به‌سمت ایجاد بیمارستان‌ها سوق پیدا کرده‌اند.



جدول ۳. روند تاریخی و رشد صنعت گردشگری پزشکی

دوره تاریخی	گردشگری پزشکی
قبل از سال ۱۹۹۷ (مسافرت‌های پزشکی)	- در این زمان ایالت متحده آمریکا و کشورهای اروپایی مرکز درمان بیماران جهان بودند - کشور سنگاپور نیز به‌عنوان پایگاه درمان در قاره آسیا تلقی می‌شد - مردم به‌دلیل برخورداری از خدمات درمانی با تکنولوژی بالا و در عین حال گرانتیتمت به این کشورها سفر می‌کردند
سال‌های ۱۹۹۷-۲۰۰۱ (دوران انتقال)	- قیمت خدمات پزشکی تعیین‌کننده بود - پیدایش مقاصد درمانی جایگزین علاوه بر کشورهای توسعه‌یافته - تغییر جهت حرکت بیماران از کشورهای بازار فروش خدمات پزشکی به کشورهای خریدار این خدمات
سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۶ (گردشگری پزشکی)	- پیدایش کشورهای تایلند و هند به‌عنوان مقاصد قابل قبول برای خدمات پزشکی - مهاجرت اعراب - تعداد اعمال جراحی زیبایی زیاد شده‌اند و در بین این سال‌ها به حد انفجار رسید
از سال ۲۰۰۷ به بعد (برون‌سپاری خدمات پزشکی)	- مدل مدیریت درمان کشورهای توسعه‌یافته بسیار گران است و باید برای آن چاره اندیشید - برون‌سپاری خدمات پزشکی راه‌حلی است که هزینه‌های گزاف ارائه خدمات درمانی را کنترل می‌کند

۲-۲. در ایران

شواهد فراوانی از اهمیت آب‌های معدنی و گرم نزد ایرانیان وجود دارد. به‌ویژه دسته‌بندی‌های بوعلی‌سینا که این مناطق را به «آسایشگاه‌های معنوی، چشمه‌های درمانی و آب‌های گرم» تقسیم کرده و نحوه استفاده از هر دسته را مورد بررسی قرار داده است، نشان از اهمیت علمی این‌گونه مناطق نزد ایرانیان دارد. پیش از آن نیز یادگارهای باقی‌مانده در شهر نیشابور نشان‌دهنده نظام کانال‌کشی سنگی برای انتقال چشمه‌های معدنی به نزدیکی معبد آناهیتا است. این وضعیت یادآور موقعیت چشمه قدیمی مرانو در ایتالیا است که از قدمتی پنج‌هزارساله برخوردار است. چشمه‌های معدنی مناطق مختلف ایران دارای بیش از ۳۰ عنصر معدنی از قبیل منیزیم، پتاسیم، سولفور، کلسیم و... هستند و برخی از آنها از خواص رادیواکتیویته برخوردارند.^(۱۹)

از دیرباز ساکنین کشورهای همسایه، به‌ویژه کشورهای حاشیه خلیج فارس برای برخورداری از خدمات پزشکی به ایران سفر می‌کردند، اما اینکه پیشینه دقیق این سفرها از چه زمانی بوده است، اطلاعات دقیقی در دست نیست. به‌دلیل نزدیکی فرهنگی و ارتباطات قومی و گاه فامیلی عمده این بیماران برای درمان به استان‌های فارس و آذربایجان مراجعه می‌کردند. دلایل مختلفی برای این امر

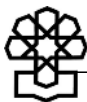


وجود دارد، از جمله قیمت‌های مناسب و ارزان‌تر، کیفیت بالای درمان در ایران نسبت به کشورهای منطقه، نبود برخی خدمات مانند درمان نازایی، پیوند اعضا به‌ویژه پیوند کلیه، حلزون گوش، قرنیه و کبد، رینوپلاستی و... همچنین علاوه بر بازدیدهای فامیلی، از حمایت‌های اقوام خود در حین درمان نیز برخوردار بودند.

در دهه ۸۰، موضوع گردشگری پزشکی به طور رسمی در قالب کارآفرینی در بخش بهداشت و درمان مورد توجه واقع شد. در آن زمان مراکز دولتی نیز برای این منظور در نظر گرفته شدند. در این دهه به دنبال ایجاد ستاد اشتغال در وزارتخانه‌های مختلف، گردشگری پزشکی در قالب خدمات بین‌المللی سلامت مورد توجه واقع گردید. هرچند در سال ۱۳۸۳ شورای سیاستگذاری گردشگری سلامت در سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری نیز شکل گرفت، اما چندان در امر گردشگری تأثیر نداشته است.^(۲۰)

اما باید توجه داشت که به علت تفاوت قیمت موجود بین خدمات پزشکی در ایران با سایر کشورها و ارزان‌تر بودن این قیمت‌ها در ایران، تمایل در بخش خصوصی رسمی و غیررسمی برای استفاده از این مزیت به وجود آمده است، از این رو افراد و شرکت‌های مختلفی اعم از گروه پزشکی و گردشگری و یا سایر افراد، به صورت خودانگیخته در این مسیر وارد شده‌اند و بدون وجود نظارت و یا استاندارد خاصی، گردشگران کشورهای همسایه، کشورهای اروپایی و آمریکایی را برای درمان به ایران می‌آورند. بسیاری از این گردشگران از ایرانیان مقیم خارج (ساکن اروپا و آمریکا) هستند.^(۲۲)

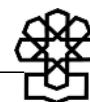
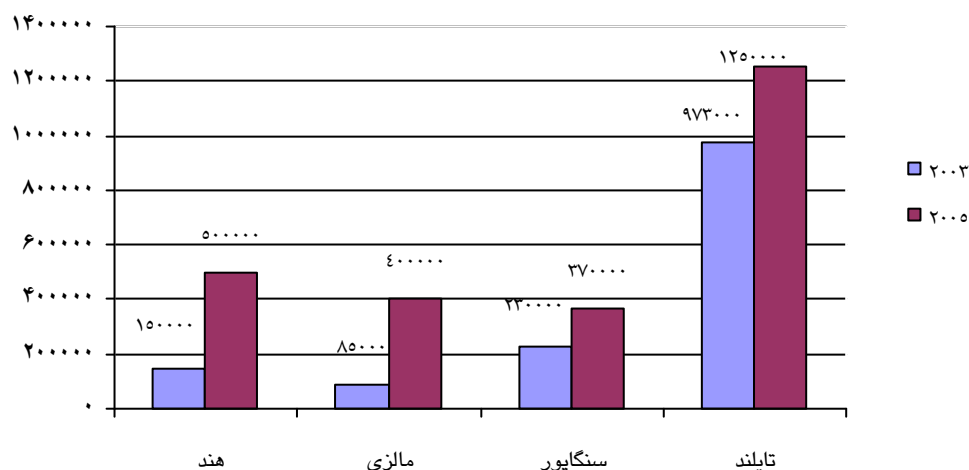
هرچند آمار دقیقی در ایران در مورد گردشگری و به‌ویژه در بخش گردشگری سلامت وجود ندارد، اما در سال ۱۳۸۳ بیماران خارجی در حدود ۱۲ هزار نفر بوده‌اند که در سال بعد به ۱۷ هزار و ۵۰۰ نفر رسیده‌اند. در سال‌های بعد آماری در دست نیست، اما به نظر می‌رسد این آمار در حال گسترش باشد. بر همین اساس و به واسطه اقدامات به عمل آمده تعداد گردشگران ورودی به کشور با نرخ رشد ۲۰ درصدی از رقم ۱ میلیون و ۸۱۶ هزار و ۹۰۰ نفر در سال ۱۳۸۵ به ۲ میلیون و ۱۷۱ هزار و ۶۹۹ نفر در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است. در آمار دیگری نیز کل گردشگران خارجی ورودی به کشور در سال ۱۳۸۷ بالغ بر ۱۰،۱۷،۷۵۹ نفر بوده با رشدی برابر ۵/۷ درصد نسبت به سال قبل بیان شده که نشان‌دهنده تفاوت‌های بسیاری در آمارهای کشور است.^(۲۲)



۳. نگاهی بر بازار گردشگری سلامت - پزشکی در جهان

گردشگری سلامت و انواع آن یک صنعت جدید تلقی می‌شود و به همین دلیل نیز روش‌های اندازه‌گیری و ثبت مراجعات و دلایل آن و هزینه‌ها و سایر اطلاعات هنوز به‌درستی جمع‌آوری نمی‌شود، در نتیجه در برخی موارد اطلاعات وجود ندارد و در برخی موارد آمار تخمینی است. عدم تطابق و ناهماهنگی‌هایی نیز در آمارهای ارائه شده دیده می‌شود که گاهی به‌علت ناهمسانی در تعاریف است. در مجموع اطلاعات کم است و در بسیاری از موارد آمار و ارقام پژوهش‌ها و یا گزارش‌ها از شرکت‌ها به‌دست آمده و اعتبار آنها ممکن است کم باشد. در این موارد حتی پژوهشگران هم نمی‌توانند به‌درستی آمار صحیح را به‌دست آورند و تعیین کنند که کدام درست است، زیرا این امر به پژوهش نیاز دارد. با این حال برخی از آمارهایی که به‌نظر بیشتر مورد اعتماد است، در زیر بیان می‌گردند:

رقابت جهانی در صنعت مراقبت‌های بهداشتی در حال ظهور است^(۴) و به‌سرعت در حال رشد است.^(۱۱) در سابق افراد ثروتمند برای دریافت خدمات پزشکی باکیفیت و استفاده از تکنولوژی‌های نوین در زمینه پزشکی به کشورهای توسعه‌یافته مسافرت می‌کردند و امروزه افراد با تمکن مالی کمتر جهت دریافت خدمات بهداشتی باکیفیت و ارزان‌تر از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه (جهان سوم) مسافرت می‌نمایند.^(۴) برآورد حجم مالی این صنعت در سراسر جهان در منابع مختلف متفاوت است. ولی همه آنها یک داستان را می‌گویند و آن رشد سریع بازار این صنعت است. مکنیزی حجم مالی این صنعت را ۴۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۴ برآورد می‌کند و پیش‌بینی آن برای سال ۲۰۱۲، ۱۰۰ میلیارد دلار است. براساس مطالعه Dudley که در سال ۲۰۰۷ منتشر کرد، درآمد تقریبی دنیا از گردشگری پزشکی، در سال ۲۰۰۶، ۱۰۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۷ بوده است. آمارها نشان می‌دهد، در سال ۲۰۰۵، ۵۰۰۰۰۰ آمریکایی جهت درمان به خارج از مرزها سفر کرده‌اند که قسمت اعظم این سفرها به مکزیک و بخشی به کشورهای آمریکای لاتین صورت گرفته است. ضمناً نام آمریکایی‌ها در لیست ۲۵۰،۰۰۰ گردشگر پزشکی که به سنگاپور، ۵۰۰،۰۰۰ نفر به هند و ۱ میلیون نفر به تایلند جهت دریافت خدمات بهداشتی سفر داشتند، نیز دیده می‌شود.^(۱۲و۴)

نمودار ۴. برآورد بیماران خارجی (بین‌المللی) درمان شده در سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۵^(۴)

شرکت انگلیسی تریتمنت ابرود^۱ که فراهم‌کننده خدمات گردشگری پزشکی برای شهروندان انگلیسی که قصد استفاده از خدمات درمانی سایر کشورها را دارند است، در مطالعه خود در سال ۲۰۰۷ بر روی افرادی که به‌عنوان گردشگر پزشکی از انگلیس به سایر کشورها رفته‌اند، به نتایج زیر دست یافته است:

تعداد کل گردشگران پزشکی انگلیسی ۵۰۵۰۰ نفر بوده که از این تعداد ۲۲۰۰۰ نفر برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی، ۱۴۵۰۰ نفر به‌منظور دریافت درمان‌های زیبایی، ۹۰۰۰ نفر برای دریافت درمان‌های انتخابی و ۵۰۰۰ نفر برای دریافت درمان‌های نازایی سفر کرده‌اند. این افراد ۱۳۵ میلیون پوند هزینه نموده‌اند (جدا از هزینه‌های سفر و اقامت).^(۲۲)

طبق گزارش «بررسی گردشگری پزشکی در آسیا» که در سال ۲۰۰۹ منتشر شد، مقصدهای بزرگ توریسم درمانی جهان شامل کشورهای سنگاپور، تایلند، مالزی، هند، فیلیپین، تایوان و کره جنوبی و دیگر رقبای مطرح در این صنعت است که امکان حضور در این میدان رقابت را به‌دست آورده‌اند. طبق اطلاعات به‌دست آمده در این گزارش، افزایش هزینه خدمات درمانی در کشورهای توسعه‌یافته و فرآیند جهانی‌سازی سبب تسریع روند رشد توریسم درمانی شده و آن را به پررونق‌ترین بخش صنعت توریسم مبدل کرده است.^(۱۲)

هم‌اکنون بیش از ۳۰ کشور در قاره‌های آسیا، آفریقا و اروپای شرقی بیشترین فعالیت را در زمینه توریسم درمانی دارند که کشورهای آسیایی شهرت و جایگاه نخست را به‌خود اختصاص داده‌اند.^(۱۳) در میان کشورهای آسیایی نیز پنج کشور تایلند، سنگاپور، مالزی، هند و فیلیپین به‌عنوان بزرگ‌ترین مقاصد گردشگری درمانی، در بازار توریسم درمانی آسیا شناخته شده‌اند.^(۱۳)



در این بازار عوامل مختلف و متعددی نقش آفرینی می‌کنند، ولی علت اصلی حرکت بیماران، هزینه‌های بالا در کشورهای خود و انگیزه اقتصادی است. از این رو سیر حرکت بیماران به سوی کشورهای ارزان‌تر است. این امر کاربرد دوگانه دارد، برای کشورهای در حال توسعه، درآمد ایجاد می‌کند و در کشورهای توسعه‌یافته از رشد هزینه‌ها می‌کاهد. این کشورها را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

۱. کشورهای پیشرو در گردشگری پزشکی: کشورهای اصلی که به گردشگری سلامت از منظر خدمات پزشکی توجه و تأکید داشته‌اند که شامل مکزیک، برزیل، سنگاپور، هندوستان، ترکیه، مجارستان، تایلند، آلمان و لهستان هستند. کشورهای دیگری نیز در این امر رشد کرده‌اند که عبارتند از: امارات متحده عربی، کوبا، کاستاریکا، رژیم اشغالگر قدس، اردن، مالزی، آفریقای جنوبی و بلژیک.

۲. کشورهای پیشرو در گردشگری رفاهی: برخی کشورها که بر درمان‌های رفاهی و پیشگیرانه تأکید دارند عبارتند از: پرتغال، اتریش، کانادا، استونی، دانمارک، سوئد، ایتالیا، اسپانیا و هنگ‌کنگ.

۳. کشورهای مبدأ گردشگران پزشکی: کشورهایی که بیشتر گردشگران از آنجا می‌آیند، ایالات متحده آمریکا، انگلستان، روسیه و کشورهای خلیج فارس هستند.^(۱۸)

در جدول زیر کشورهای مبدأ و مقصد براساس گزارش ۲۰۰۸ مکنیزی آمده است. این جدول دو واقعیت را نشان می‌دهد:

۱. آسیا بزرگ‌ترین مقصد گردشگران پزشکی است.

۲. کشورهای آسیایی ۹۳ درصد خدمات سلامت خود را از آسیا تأمین می‌کنند.

جدول ۴. گردشگری پزشکی از کشورهای مبدأ و مقصد^(۱۴) (واحد: درصد)

از	به	آسیا	اروپا	آمریکای لاتین	خاورمیانه	آمریکای شمالی
	آفریقا	۹۵	۴	۱		
	آسیا	۹۳	۱			۶
	اروپا	۳۹	۱۰	۵	۱۳	۳۳
	آمریکای لاتین	۱		۱۲		۸۷
	خاورمیانه	۳۲	۸		۲	۵۸
	آمریکای شمالی	۴۵	-	۲۶	۲	۲۷
	اقیانوسیه	۹۹	-	۱	-	-



۴. عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی

طبق گزارش مکینزی،^(۱۵) گردشگران پزشکی به پنج دسته تقسیم‌بندی می‌شوند:

۱. افرادی که بدون توجه به هزینه خدمات، متقاضی استفاده از فناوری‌های پیشرفته در زمینه پزشکی هستند.
۲. مراقبت‌های پزشکی با کیفیت بالاتر،
۳. دسترسی سریع به خدمات ضروری پزشکی (به‌طور مثال در NHS انگلستان صف‌های طولانی وجود دارد)،
۴. هزینه ارزان‌تر برای خدمات ضروری پزشکی (جراحی‌های ضروری....)،
۵. هزینه ارزان‌تر برای خدمات اختیاری و غیرضروری پزشکی (جراحی‌های زیبایی....).

جدول ۵. مقایسه قیمت برخی خدمات در کشورها^(۴) (واحد: دلار)

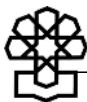
خدمات	آمریکا	هند	تایلند	سنگاپور
آنژیوپلاستی	۹۸،۶۱۸	۱۱،۰۰۰	۱۳،۰۰۰	۱۳،۰۰۰
بای پس قلب	۲۱۰،۸۴۲	۱۰،۰۰۰	۱۲،۰۰۰	۲۰،۰۰۰
تعویض دریچه قلب	۲۷۴،۳۹۵	۹،۵۰۰	۱۰،۵۰۰	۱۳،۰۰۰
تعویض هیپ	۷۵،۳۹۹	۹،۰۰۰	۱۲،۰۰۰	۱۲،۰۰۰
تعویض زانو	۶۹،۹۹۲	۸،۵۰۰	۱۰،۰۰۰	۱۳،۰۰۰
بای پس معده	۸۲،۶۴۶	۱۱،۰۰۰	۱۵،۰۰۰	۱۵،۰۰۰
جراحی ستون فقرات	۱۰۸،۱۲۷	۵،۵۰۰	۷،۰۰۰	۹،۰۰۰
ماسکتومی	۴۰،۸۳۲	۷،۵۰۰	۹،۰۰۰	۱۲،۰۰۰

در مطالعات دیگر، علل اصلی تأثیرگذار بر این صنعت، افزایش هزینه‌های خدمات درمانی، پوشش بیمه‌های درمانی محدود، گزینه‌های جایگزین با کیفیت بالاتر و کم‌هزینه‌تر، فراهم شدن امکانات بیشتر با مجوزهای بین‌المللی، افزایش دسترسی به فناوری اطلاعات و ارتباطات و پیوندهای بین بازیکنان کلیدی این صنعت با برخی حوادث ژئوپلیتیکی مانند حادثه ۱۱ سپتامبر ذکر می‌شوند.^(۱۶و۲)

منظم در مطالعه خود، عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی را در چهار دسته اصلی به‌شرح زیر طبقه‌بندی کرده است:^(۱۸)

(الف) عوامل بهداشتی زمینه‌ای و اقتصاد بهداشت:

- تغییرات اپیدمیولوژیک،
- تغییرات دموگرافیک،



- تغییر در سبک و شیوه زندگی،
- افزایش تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی با افزایش درآمد سرانه،
- تعییر در محل تقاضا.

ب) مزیت‌های کلان:

- هزینه کم تولید،
- سرمایه انسانی داخلی،
- تحقیق و توسعه داخلی،
- زیرساخت‌های فیزیکی،
- ایجاد نهادها و مؤسسات سیاسی و قانونی،
- اقتصاد بازار آزاد،
- جاذبه‌های گردشگری،
- آمیختن تکنولوژی نوین پزشکی با درمان‌های سنتی.

ج) عوامل اصلی (خرد):

- قیمت رقابتی،
- منشأ پرداخت هزینه،
- کیفیت،
- دسترسی،
- زمان انتظار،
- خدمات منحصر به فرد،
- سایر عوامل.

د) عوامل اقتصادی - اجتماعی و ارتباطی:

- افزایش ارتباطات و پیشرفت فناوری اطلاعات،
- افزایش آگاهی‌ها به علت دسترسی الکترونیک به اطلاعات،
- رشد امکانات سفر به‌ویژه هواپیما و امکان سفرهای دور،
- تمایل دولت‌ها به افزایش درآمد از گردشگری به علت مزیت‌های نسبی آن؛
- مزیت‌های اقتصادی
- مزیت‌های گردشگری و شهرت برخی کشورها
- امکانات انتقال ارز و پول و تعهدات بیمه‌ها،
- گردشگری پیشرفته و ساختارمند در کشور.



۵. آثار رشد گردشگری پزشکی بر کشورها

برخی آثار مثبت و منفی حاصل از گسترش گردشگری پزشکی بر کشورها در جدول زیر خلاصه شده است. (۴، ۱۶ و ۱۸)

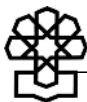
جدول ۶. آثار رشد گردشگری پزشکی بر کشورها

نوع اثر	کشورهای توسعه‌یافته	کشورهای در حال توسعه
مثبت	کاهش فشار بر سیستم پزشکی این کشورها	- توسعه سریع زیرساخت‌ها، سرمایه‌گذاری‌های وسیع بخش‌های دولتی و خصوصی - افزایش درآمدهای ارزی ناشی از ارائه خدمات مسافرتی، اقامتی و تورگردانی - افزایش درآمدهای صنعت مراقبت‌های بهداشتی - مهار فرار مغزها و برگشت پزشکان بومی
منفی	از دست دادن درآمد ناشی از مسافرت بیماران	- افزایش تمرکز بر بیماران خارجی و غفلت از بیماران داخلی - تمرکز تجهیز زیرساخت‌ها در جهت توسعه گردشگری پزشکی - کم شدن خدمات پیشگیری (پزشکی شدن مراقبت‌ها) - فزونی بی‌عدالتی بین پزشکان و مردم

۶. موانع گسترش گردشگری پزشکی

عوامل متعددی وجود دارند که مانع از گسترش گردشگری پزشکی می‌شوند. این عوامل هم بر توانایی ارائه‌کنندگان در توسعه خدمات بین‌المللی پزشکی و هم بر توانایی مصرف‌کنندگان برای دستیابی به این خدمات اثر می‌گذارد. گارسیا- آلتز این عوامل را به شکل زیر خلاصه می‌کند:

۱. محدودیت در ورود عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت خارجی،
۲. محدودیت سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش سلامت و یا بخش‌های مرتبط،
۳. قوانین بیمه‌ای، آموزش و ارتباطات از راه دور، محدودیت در انتقال‌پذیری بیمه از کشوری به کشور دیگر و یا محدودیت‌های مربوط به انتقال کارکنان از یک کشور به کشور دیگر،
۴. فقدان چارچوب‌های قانونی درخصوص امکان پیگیری‌های قضایی در زمینه خطاهای پزشکی و یا امکان حفظ اطلاعات خصوصی افراد،
۵. محدودیت زیرساخت‌ها، منابع مالی و انسانی، ارتباطات از راه دور ناکافی، کمبود زیرساخت‌های درمانی و همچنین استانداردهای پایین ارائه خدمات درمانی،
۶. افزایش رقابت در بازار، افزایش تعداد کسانی که به بازار گردشگری پزشکی وارد می‌شوند (تازه‌واردها). (۱۸)



به‌طور کلی موانع گسترش گردشگری پزشکی در دو دسته عوامل کلان و خرد قابل بررسی است.^(۱۸)

عوامل کلان

- محدودیت در قوانین کنترلی بر حق اختراع و اکتشاف (حقوق معنوی)،
- الزام وجود استانداردهای بین‌المللی برای صدور پروانه و مجوز کار،
- محدودیت‌های بیمه‌ای (انتقال‌پذیری بیمه)،
- محدودیت در کنترل مرزها و صدور روادید،
- اجرای محدودیت‌های خاص بر کشورها برای مثال قطعنامه‌ها و قوانین بر علیه کوبا.

عوامل خرد

- این عوامل بیشتر ناشی از کمبود قوانین حمایتی در کشورهای در حال توسعه است:
- محدودیت در ورود و عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت خارجی،
 - محدودیت سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش سلامت و یا بخش‌های مرتبط،
 - قوانین بیمه‌ای، آموزش و ارتباطات از راه دور،
 - فقدان چارچوب‌های قانونی امکان‌پذیری‌های قضایی خطاهای پزشکی،
 - امکان حفظ اطلاعات خصوصی افراد،
 - استانداردهای پایین ارائه خدمات درمانی،
 - افزایش رقابت در بازار.

۷. پیش‌بینی آینده گردشگری پزشکی

مطالعات نشان می‌دهد که در حال حاضر گردشگری پزشکی در بازاری به وسعت جهان به‌سرعت در حال رشد می‌باشد. همچنین برخی از عوامل مهم در عرضه و تقاضا بیانگر آن است که بازار گردشگری پزشکی به توسعه خود در سال‌های آینده ادامه خواهد داد.

۷-۱. روند دموگرافیک (جمعیتی)

مسئله شدن جمعیت دنیا، تقاضای مراقبت‌های بهداشتی را به‌طور عام در آینده افزایش خواهد داد. بیشتر نظام‌های سلامت جهان در حال حاضر پاسخگوی نیازهای سلامتی رو به رشد شهروندان نمی‌باشند. بنابراین، این امر موجب خواهد شد تا بیشتر مردم این کشورها برای درمان‌های ارزان‌تر



و یا بهتر به خارج از کشور سفر کنند. تا سال ۲۰۱۵ میلادی، افزایش تعداد جمعیت فرزندان جنگ^۱ موجب تضعیف بیشتر خدمات سلامت خواهد شد. با بیش از ۲۲۰ میلیون فرزند جنگ، در کشورهای آمریکا، کانادا، اروپا، استرالیا و نیوزلند بازار قابل توجهی برای مراقبت‌های پزشکی ارزانقیمت و با کیفیت بالا به وجود خواهد آمد.^(۹ و ۱۸)

۲-۷. روند سبک زندگی^۲

ادامه تقاضا برای داشتن سبک زندگی سالم، به عنوان محرکی برای توسعه گردشگری پزشکی در آینده عمل خواهد کرد. همان‌گونه که کمیسیون مسافرت اروپایی^۳ در گزارش خود با عنوان «روند گردشگری در اروپا در سال ۲۰۰۵ و بعد از آن» اشاره کرده است که، آگاهی بهداشتی نسبت به گذشته بیشتر افزایش پیدا خواهد کرد. اگرچه افزایش آگاهی بهداشتی تأثیری بر حجم تقاضای گردشگری نخواهد داشت، اما این مسئله مطمئناً تصمیم‌گیری درخصوص مقاصد گردشگری و نوع رفتارهایی که در زمان تعطیلات اتفاق می‌افتد، را تحت تأثیر قرار خواهد داد، بنابراین نتایج این امر برای بخش گردشگری عبارتند از:

- مقاصدی که از وضعیت بهتری برخوردارند بیش از پیش و به سرعت از لیست مقاصد گردشگری حذف خواهند شد.

- تقاضا برای تعطیلات آفتابی^۴ به تنهایی، بیش از پیش کاهش پیدا خواهد کرد.

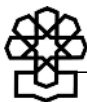
- به طور عام تعطیلات فعال - تعطیلاتی که با فعالیت فیزیکی همراه می‌باشند - افزایش خواهند یافت و تقاضا برای تسهیلاتی که بر مبنای این نوع از تعطیلات قرار دارند به شدت افزایش خواهد یافت.

- تقاضا برای محصولات «تندرستی» نظیر اسپاها و مراکز تناسب اندام^۵ افزایش خواهد یافت.^(۱۸ و ۹)

۳-۷. جهانی شدن نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی

بازار مراقبت‌های بهداشتی به طور روزافزونی به سوی تجارت آزاد و رقابت، در حال گشوده شدن است، بنابراین مؤسسات بهداشتی و مصرف‌کنندگان انتخاب بیشتری برای خریداری مراقبت‌های بهداشتی با قیمت و یا کیفیت مناسب دارند. برخی نگرانی‌ها از جهانی شدن بازار مراقبت‌های بهداشتی مشکلات پیچیده‌ای با عنوان قوانین ایجاد خواهد کرد که این امر موجب تضعیف مراقبت‌های بهداشتی در برخی از کشورها خواهد شد، اما شاخص‌هایی وجود دارند که با افزایش

1. Baby Boomer
2. Lifestyle Trends
3. European Travel Commission
4. Sun- Holidays
5. Fitness Centres



تعداد مصرف‌کنندگانی که قادر به مسافرت برای درمان‌های پزشکی می‌باشند، این روند ادامه پیدا خواهد کرد. خریداری مراقبت‌های پزشکی به‌ویژه برای آمریکایی‌ها که تخمین زده می‌شود ۴۳ میلیون نفر بدون پوشش بیمه درمانی و ۱۲۰ میلیون نفر بدون پوشش بیمه دندان‌پزشکی در این کشور به‌سر می‌برند و احتمالاً این آمار در هر زمینه رو به افزایش است، جذاب خواهد بود.^(۹۱۸) همان‌طور که مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی بیشتر به مسافرت می‌روند، احتمالاً ساختار مراقبت‌های بهداشتی جدیدی شکل می‌گیرد. شیلینگرین^۱ و سویج^۲ به این نکته به شکل زیر اشاره کرده‌اند. برای برخورد با فرصت‌ها و چالش‌های جهانی، سازمان‌های مراقبتی بهداشتی دو استراتژی متفاوت را می‌توانند به‌کار گیرند:

- ایجاد مراکز مراقبت‌های بهداشتی بین‌المللی با استانداردهای جهانی،

- سازماندهی و تمرکز بر ایجاد یک مرکز مراقبت بهداشتی چندملیتی.

راهبرد نخست که منجر به توسعه بازار گردشگری پزشکی می‌شود و لازمه راهبرد دوم، ایجاد شبکه‌های مراقبت بهداشتی چندملیتی و یا سازمان‌های مراقبت بهداشتی چندملیتی است. شواهد نشان می‌دهد که گزینه توسعه گردشگری پزشکی برای تعداد بیشتری از کشورها جذابیت دارد و این امر در آینده نیز ادامه خواهد یافت.^(۹۱۸)

۴-۷. پایگاه‌های مراقبت بهداشتی

جهانی شدن بازار مراقبت‌های بهداشتی باید به این شکل نیز دیده شود که تعدادی پایگاه‌های کلیدی می‌توانند، شکل بگیرند که این پایگاه‌ها، درمان‌های گسترده و متنوعی - با توجه به تعداد زیاد متخصصان پزشکی، منابع انسانی فراوان، مراکز R&D^۳ و صنایع دارویی که در اختیار دارند - را می‌توانند فراهم کنند. تعدادی از کشورها به فکر ایجاد پایگاه‌های منطقه‌ای هستند و بعضی از سازمان‌های پیشرو در مناطقی از آسیا نظیر سنگاپور، بانکوک و کوالالامپور در حال ایجاد چنین پایگاه‌هایی هستند. احتمالاً این روند در آینده در کشورهای در حال توسعه ادامه می‌یابد - کشورهایی که توسعه گردشگری پزشکی، فواید متعددی نظیر ارتقای سطح مراقبت‌های بهداشتی، افزایش درآمد صادراتی و توسعه منابع انسانی را برای آنها دربر خواهد داشت.^(۹۱۸)

1. Chilingierian
2. Savage
3. Research and Development



۷-۵. سرمایه‌گذاری مشترک،^۱ نشان تجاری^۲

توسعه صنعت گردشگری پزشکی نیازمند مبالغ زیاد سرمایه‌گذاری است، بنابراین جای تعجب ندارد که بسیاری از کشورها به دنبال ساختارهای همکاری مناسبی برای سرمایه‌گذاری در این زمینه باشند. احتمالاً مشارکت بین بخش خصوصی و دولتی و همچنین سرمایه‌گذاری مشترک در بخش خصوصی به‌طور روزافزونی برای توسعه گردشگری پزشکی به‌کار گرفته خواهد شد. در حال حاضر نشانه‌هایی دال بر تشکیل زنجیره گردشگری پزشکی در بخش خصوصی دیده می‌شود - مانند گروه بیمارستان بامرانگرا - این روند احتمالاً با ایجاد نام تجاری در این صنعت که به معنای دستیابی به خدمات با کیفیت خواهد بود، حمایت خواهد شد. یکی دیگر از الگوهای توسعه گردشگری پزشکی که در حال ظهور است، استفاده از لیزینگ است. به‌عنوان مثال، شرکت هلدینگ پنتای^۳ که یک فراهم‌کننده مراقبت‌های بهداشتی در مالزی است، سرمایه‌گذاری ۴۰ میلیون رینگت مالزی (۸/۸ میلیون دلاری) را برای عملیات گردشگری پزشکی‌اش مورد هدف قرار داده است. این توسعه از طریق موافقتنامه لیزینگی که با شرکت گروه مراقبت‌های بهداشتی پارک وی سنگاپور دارد، تأمین خواهد شد. این موافقتنامه به ارزش ۲۰ میلیون رینگت مالزی و در طی ۱۲ سال پرداخت خواهد شد.^(۹و۱۸)

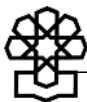
۷-۶. راه‌حل‌های بخش دولتی

روند دیگری که در حال شکل‌گیری است، توسعه توافقنامه‌های دوجانبه بین دولت‌ها و فراهم‌کنندگان خدمات سلامت بخش خصوصی است. برای مثال، در کشور انگلستان شرکت‌های زیادی در حال تأسیس هستند که کارشان سازماندهی مسافرت پزشکی به مقصد ترکیه، کاستاریکا و هند است. این شرکت‌ها در تماس مستقیم با بیمارستان‌های این کشورها هستند.^(۹و۱۸)

۷-۷. بازاریابی^۴

در سال‌های اخیر، توسعه سایت‌های اینترنتی که مرتبط با گردشگری پزشکی است، ملموس شده است. البته بیشتر این سایت‌ها خدمات یک تأمین‌کننده و یا یک مقصد درمانی را معرفی می‌نمایند. احتمالاً در آینده روند این سایت‌ها به سمت معرفی خدمات متنوع‌تر و مقاصد گوناگون تغییر خواهد یافت، فراهم آوردن امکان «وان - استاپ - شاپ»^۵ برای گردشگران پزشکی، کلید موفقیت برای

1. Joint Ventures
2. Branding
3. Pantai
4. Marketing
5. One -stop-shop



دستیابی به چنین درگاهی^۱ منوط به توانایی آنها برای تضمین کیفیت خدمات ارائه شده در کشورهای مقصد و ارتقای خدمات پشتیبان در کشورهای محل اقامت گردشگران پزشکی، است. دولت‌ها نیز به‌طور روزافزونی در بازاریابی گردشگری پزشکی مشارکت می‌نمایند. به‌ویژه از طریق وزارت بهداشت یا دیگر سازمان‌های رسمی که به‌دنبال ایجاد ارزش‌افزوده برای محصولات گردشگری پزشکی هستند. از جمله، اعزام پزشکان مجاز و یا نمایندگان کلینیک‌ها از کشورهای درحال توسعه به کشورهای منتخب برای کمک به بیماران به‌منظور برقراری ارتباط با بیمارستان‌های بالقوه و یا دیگر مراکز پزشکی. برخی از این گروه‌های بازاریابی برای ارتقای گردشگری پزشکی در نمایشگاه‌های تجاری شرکت می‌کنند و به‌نظر می‌آید، که این روند در آینده گسترش یابد. برخی کشورها مانند اردن، در سفارتخانه‌های خود به‌منظور توسعه گردشگری پزشکی قرار ملاقات‌هایی را در نظر می‌گیرند.^(۱۸و۹)

۷-۸. پرداخت هزینه‌های گردشگری پزشکی

درحال حاضر، هزینه‌های گردشگری توسط خود بیماران پرداخت می‌شود. در آینده، جهانی شدن بازار مراقبت‌های پزشکی، احتمالاً منجر به افزایش توافق‌های بیمه‌ای برای پوشش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی خارج از کشور خواهد شد، این پدیده، مسافرت بیماران بین کشورهایی که اینچنین توافق‌هایی با یکدیگر دارند را افزایش خواهد داد و در عین حال موجب بروز محدودیت‌هایی برای کشورهای می‌شوند که چنین هزینه‌هایی را پوشش نمی‌دهند. در کوتاه‌مدت، این پدیده موجب قوت گرفتن سفرهای منطقه‌ای گردشگری پزشکی به‌دلیل وجود مناسبت‌های موجود بین کشورهای منطقه مورد نظر، خواهد شد- مثلاً در منطقه اتحادیه اروپا، نفتا،^۲ آسه آن^۳ و....^(۱۸و۹)

۷-۹. ائتلاف^۴ و تخصص‌گرایی^۵

شواهد نشان می‌دهد که کشورهای زیادی سعی دارند تا با افزودن بر وسعت ارائه خدماتشان در گردشگری پزشکی، سهم خود را از این بازار افزایش دهند، اما در هر حال کشورهایی که علاقمند به حضور در این بازار هستند، باید محصولات پایه گردشگری پزشکی را در کشورشان فراهم نمایند. تمایل داشتن خدمات گردشگری پزشکی توأم با خدمات گردشگری تندرستی در برخی از کشورهای دیگر به این معناست که در آینده مرزهای بین این دو بخش کمتر قابل تشخیص خواهند

1. Portal
2. NAFTA
3. ASEAN
4. Integration
5. Diversification



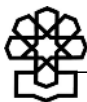
بود. در عین حال در برخی از مقاصد، تخصص‌های بیشتری فراهم می‌آید، همان‌گونه که کیفیت خدمات در مقاصد، رشد بیشتری می‌یابد. این امر به‌ویژه برای کشورهایایی که قادر نیستند خدمات با هزینه پایین و یا کیفیت بالا ارائه نمایند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سطح قابل قبولی از تخصص در یک یا دو زمینه مهم گردشگری پزشکی به چنین مقاصدی، این امکان را خواهد داد تا با سرمایه‌گذاری منطقی با تأمین‌کنندگان پیشرو، به‌طور مؤثر رقابت کنند.^(۹ و ۱۸)

۸. تجربیات سایر کشورها

گردشگری پزشکی در آسیا به تازگی و به‌ویژه پس از بحران اقتصادی آسیا در سال ۱۹۹۷ شکل گرفته است.^(۱۱) ولی کشورهای سنگاپور، تایلند، مالزی، هند، فیلیپین، تایوان و کره جنوبی و دیگر رقبای مطرح در این صنعت به مقصدهای بزرگ توریسم درمانی جهان تبدیل شده‌اند.^(۱۳) هم‌اکنون بیش از ۳۰ کشور در قاره‌های آسیا، آفریقا و اروپای شرقی بیشترین فعالیت را در زمینه توریسم درمانی دارند که کشورهای آسیایی شهرت و جایگاه نخست را به‌خود اختصاص داده‌اند.^(۱۳) در میان کشورهای آسیایی نیز پنج کشور تایلند، سنگاپور، مالزی، هند و فیلیپین به‌عنوان بزرگ‌ترین مقاصد گردشگری درمانی، در بازار توریسم درمانی آسیا شناخته شده‌اند.^(۱۳) به‌طوری که در سال ۲۰۰۳ کشورهای هند، مالزی، سنگاپور و تایلند بیش از ۱/۴ میلیون گردشگر پزشکی داشتند که درآمدی بیش از ۱ میلیون دلار آمریکا تنها از هزینه‌های درمانی به‌دست آوردند.^(۱۶)

جدول ۷. بررسی اجمالی سفرهای پزشکی در آسیا^(۱۶)

کشور	کشورهای مبدأ	برآورد درآمد (دلار آمریکا)	سال	نقاط قوت
هند	خاور میانه انگلستان کانادا کشورهای توسعه‌یافته	۴۸۰ میلیون	۲۰۰۵	جراحی قلب، جایگزینی مفاصل، جراحی چشم
مالزی	اندونزی آمریکا ژاپن	۴۰ میلیون	۲۰۰۴	جراحی قلب و توراکس، کاردیولوژی، جراحی زیبایی
سنگاپور	اندونزی مالزی خاور میانه چین ژاپن	۵۶۰ میلیون	۲۰۰۴	پیوند کبد، جایگزینی مفاصل، جراحی قلب



کشور	کشورهای مبدأ	برآورد درآمد (دلار آمریکا)	سال	نقاط قوت
تایلند	آمریکا انگلیس خاور میانه چین ژاپن	۱ میلیارد	۲۰۰۶	جراحی زیبایی، پیوند اعضا، دندان پزشکی، جایگزینی مفاصل

در این بخش به ذکر تجربیات برخی کشورهای منطقه پرداخته می‌شود.^۱

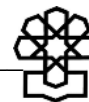
۸-۱. هندوستان^(۴، ۱۶ و ۱۸)

با اینکه هند اخیراً وارد این صنعت شده است، از رشد سریعی برخوردار است. تعداد گردشگران پزشکی از طریق اقدام ترفیعی فعال و همچنین تلاش‌های بازاریابی در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی در حال افزایش است. در سال ۲۰۰۴ میلادی تعداد گردشگر پزشکی به هند حدود ۵۰۰۰۰۰ بود، این درحالی است که این مقدار در سال ۲۰۰۲، ۱۵۰،۰۰۰ نفر بودند. تخمین زده می‌شود که تعداد گردشگران پزشکی در این کشور، سالیانه ۳۰ درصد رشد داشته باشد.^(۱۶) براساس گزارش مکینزی صنعت گردشگری پزشکی هند می‌تواند تا سال ۲۰۱۲ میلادی، ۱۰۰ میلیارد روپیه معادل ۱/۹ میلیارد یورو کسب نماید، که در این صورت سهم هند از بازار توزیع مراقبت‌های بهداشتی معادل ۳ تا ۵ درصد خواهد بود.^(۱۷)

کشور هند یکی از کم‌هزینه‌ترین و باکیفیت‌ترین مقاصد توریسم درمانی در تمام زمینه‌ها به‌شمار می‌رود. به‌ویژه ارزان‌ترین تولیدات را در زمینه معالجات بیماری‌های قلبی و نیز ارتوپدی دارد و در مقام مقایسه، کمتر از یک‌دهم قیمت همین خدمات در آمریکا و کشورهای اروپایی تمام می‌شود.^(۴ و ۱۶)

گردشگری پزشکی به‌عنوان موفقیت‌بعدی هند پس از فناوری اطلاعات، قلمداد می‌شود. براساس مطالعه شرکت مکینزی و کنفدراسیون صنعت هند، قابلیت درآمدی این صنعت تا سال ۲۰۱۲ میلادی ۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ کرور روپیه برآورد شده است. ۵ سال پیش، به سختی ۱۰۰۰۰ بیمار خارجی برای درمان‌های پزشکی به هند می‌آمدند. امروزه هند با ۱۰۰۰۰۰ بیمار خارجی که هر ساله به این کشور می‌آیند و درآمدی معادل ۱۵۰۰ کرور روپیه از آنان به‌دست می‌آورد، یکی از بازیگران کلیدی در گردشگری پزشکی است.^(۱۸)

۱. تجارب سایر کشورها در گزارش اصلی در مرکز پژوهش‌های مجلس قابل دسترسی است.



سیاست بهداشت ملی هند در سال ۲۰۰۲ اشاره می‌کند که: «مراکز و تسهیلات بهداشتی داخلی به سرمایه‌گذاری در خدمات بهداشتی سطح دوم و سوم توصیه می‌شوند» و همچنین این سیاست، عرضه خدمات درمانی به بیماران خارجی را تشویق می‌نماید. درآمد حاصل از گردشگری پزشکی به‌عنوان درآمد صادراتی قلمداد خواهد شد و از تمامی مشوق‌های مالیاتی که برای توسعه درآمدهای صادراتی وجود دارند، برخوردار خواهد شد.^(۱۸)

از جمله تمهیدات دولت هند، برای حمایت از رشد گردشگری پزشکی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

وزارت گردشگری هند، صدور ام ویزا و ام ایکس ویزا را افزایش داده است. ام ویزا با روادید پزشکی برای تسهیل ورود گردشگران پزشکی به این کشور معرفی شده است. پیش از این روادید پزشکی برای ۶ ماه معتبر بود، اما در حال حاضر اعتبار آن به سه سال افزایش یافته است، مشروط به اینکه گردشگر بتواند توصیه‌نامه و یا مجوزی از همان پزشک معالجش ارائه نماید، فرآیند صدور روادید پزشکی در حال حاضر طی ۴۸ ساعت تکمیل خواهد شد.^(۱۸)

بیمارستان‌های خصوصی که بیماران خارجی را درمان می‌کنند از مزایای گمرک ورودی کمتر، افزایش نرخ استهلاک (از ۲۵ درصد به ۴۰ درصد) برای تجهیزات پزشکی و چندین معافیت مالیاتی دیگر، بهره‌مند می‌گردند.^(۱۸)

۲-۸. مالزی

گردشگری پزشکی مالزی رشد قابل ملاحظه‌ای را در سال‌های اخیر نشان داده، که این امر در نتیجه رشد بازار بیمارستان‌های خصوصی در این کشور بوده است. در سال ۱۹۹۸ میلادی، ۳۹۱۴۰ بیمار خارجی در بیمارستان‌های خصوصی مالزی تحت درمان قرار گرفته‌اند که این تعداد به ۱۷۴۱۸۹ نفر در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته‌اند. این در حالی است که بیمارستان‌های خصوصی به دلیل ترس از رقابت، تعداد بیماران خارجی خود را کمتر از تعداد واقعی آنان اعلام می‌نمایند. بیمارستان‌های عمومی نیز در حال حاضر به صورت فعال تجارت گردشگری پزشکی را توسعه می‌دهند، که البته سهم بازار آنها هنوز نسبتاً کوچک است. برخی افراد تعداد کل گردشگران پزشکی مالزی را حدود ۲۴۰۰۰۰ نفر برآورد می‌نمایند.^(۱۷ و ۱۶)

ارزش بازار گردشگری درمانی مالزی در حال حاضر در بخش خصوصی حداقل ۱۰۵ میلیون رینگیت مالزی معادل ۲۳/۷ میلیون یورو در سال می‌باشد، اگرچه برخی برآوردها حاکی از آن است که ارزش این بازار در حال حاضر نزدیک به ۱۵۰ میلیون رینگیت مالزی می‌باشد.^(۱۷ و ۱۶)



۳-۸. ترکیه

در ترکیه توریزم سلامت را به سه گروه گردشگری پزشکی، گردشگری آب‌گرم،^۱ اسپا و رفاهی تقسیم کرده‌اند. مزیت‌های ترکیه در ارائه خدمات گردشگری سلامت کاهش هزینه‌ها، تضمین کیفیت مؤسسات ارائه‌کننده خدمات و خدمات گردشگری رفاهی و سیاحتی همراه آن است. مؤسسات پزشکی خصوصی در ترکیه فراوانند (۳۵۰ بیمارستان خصوصی که انتظار می‌رود تا پایان ۲۰۰۹ به ۵۰۰ عدد برسند) و از لحاظ تجهیزات در شرایط مناسبی قرار دارند. بیمارستان‌های مدرن دارای شرایط هتل‌های پنج ستاره و استاندارد کمیسیون بین‌المللی (JCI) هستند. برخی از بیمارستان‌ها با مراکز مشهور علمی رابطه دارند و به آنها وابسته‌اند، مانند بیمارستان آنادولو که به دانشگاه جان هاپکینز وابسته است و یا بیمارستان آسیبام که با بیمارستان عمومی ماساچوست همکاری دارد. بیمارستان جهانی چشم که در دنیا معروف است و چهار مرکز دیگر در آلمان، بلژیک و هلند دارد و تیم درمانی آنان به ۱۹ زبان دنیا آشنایی دارند. جراحان چشم این بیمارستان ۱۲۰ نفر هستند و در سال ۲۰۰۸ تعداد ۲۰۰۰۰ نفر از بیماران خارجی را مداوا کرده‌اند که ۸۰ درصد آنان اروپایی بوده‌اند. این کشور در رقابت با هند قیمت خدمات ارائه شده را در همان حد و یا کمتر اعلام کرده است. برای مثال جراحی باز قلب ۹۵۰۰ دلار و هیستریکتومی ۶۰۰۰ دلار و یا آنژیوپلاستی ۳۵۰۰ دلار تعیین شده است. در همین رابطه و برای جذب بیماران، در بسته‌های خدماتی متفاوتی شامل همه هزینه‌های مسافرت و اقامت و تفریح با برنامه مشخص، ارائه می‌شود. گردشگری آب‌گرم و پزشکی در سال ۲۰۰۵ حدود ۲۰۴۰۰۰ نفر بوده که در سال ۲۰۰۸ به ۳۵۶۰۰۰ نفر رسیده است و ترکیه در نظر دارد که تا سال ۲۰۱۲ آن را به ۱,۰۰۰,۰۰۰ نفر برساند.^(۲۲)

۴-۸. اردن

بیماران کشورهای عربی به دلیل کیفیت بالای خدمات پزشکی ارائه شده در این کشور از اوایل قرن ۱۹۷۰ میلادی برای درمان‌های پزشکی وارد اردن می‌شدند. در پاسخ به افزایش تعداد بیماران عرب که برای درمان به این کشور می‌آمدند، وزارت بهداشت اردن در سال ۱۹۹۸ دفتری در فرودگاه ملکه علیا^۲ به منظور تسهیل ورود بیماران خارجی تأسیس کرد. به دلیل کیفیت بالای خدمات پزشکی ارائه شده در اردن بیماران کشورهای عربی به این کشور می‌آیند. با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی میدانی به عمل آمده در سال ۲۰۰۱ میلادی، اکثر بیماران که برای درمان به این کشور می‌آیند، از کشورهای یمن، سودان، بحرین، سوریه، لبنان و عربستان سعودی هستند. نیمی از

1. Therma l
2. Queen Alin Airpotr



بیماران، هزینه را خودشان می‌پردازند و نیم دیگر از منابع دولتی کشور پرداخت می‌شود. بین سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۰ گردشگری پزشکی تقریباً دوسوم درآمد حاصل از بخش گردشگری را به خود اختصاص داده است.^(۱۸) در سال ۱۹۹۸ این درآمد حدود ۵۸۰ میلیون دلار آمریکا بوده است که در سال ۲۰۰۱ به ۶۲۰ میلیون دلار آمریکا افزایش یافته است.^(۱۸) در سال ۲۰۰۲ بیش از ۱۲۰۰۰۰ بیمار خدمات پزشکی دریافت کرده‌اند که اکثر آنان از کشورهای عرب همسایه بوده‌اند. ۲۵۰۰۰۰ بیمار از ۸۴ کشور در سال ۲۰۰۷ در بیمارستان‌های خصوصی، کلینیک‌ها و مراکز پزشکی اردن درمان شده‌اند. درآمد حاصل از گردشگری پزشکی بالغ بر یک میلیارد دلار بوده است. اردن در صادرات گردشگری پزشکی در بین کشورهای عربی، مقام اول و در کل، مقام پنجم را در دنیا داراست.^(۱۸)

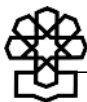
در سال ۲۰۰۴ میلادی، وزارت بهداشت برنامه‌ای را تدوین کرد که با مشارکت بخش خصوصی و دولتی، سالیانه یک میلیارد دلار درآمد از گردشگری پزشکی تا سال ۱۲۱۰ حاصل گردد.^(۱۸)

۵-۸. سنگاپور

بررسی‌های آمارهای موجود حاکی از آن است که حدود ۱۵۰۰۰۰ گردشگر پزشکی در سال ۲۰۰۱ وارد سنگاپور شده‌اند که این تعداد تا سال ۲۰۰۵ به ۲۰۰،۰۰۰ نفر بالغ گردیده است. گردشگران پزشکی بیشتر از اندونزی و مالزی به این کشور می‌آیند. هزینه‌ای که هر گردشگر پزشکی به‌طور میانگین در مدت پنج روز اقامتش در سنگاپور می‌پردازد، بالغ بر ۱۵۰۰ دلار آمریکا معادل ۱۲۸۰ یورو می‌باشد. هدفی که توسط سنگاپور مدیسین مجموعه‌ای شامل چند مؤسسه که از دو سال پیش فعالیتش را آغاز کرده است - در نظر گرفته شده است - پذیرش یک میلیون بیمار خارجی در سال تا سال ۲۰۱۲ میلادی می‌باشد که این تعداد سه میلیارد دلار آمریکا درآمد و ۱۳۰۰۰ شغل به همراه خواهد داشت. آلان تان، رئیس گردشگری سنگاپور می‌گوید: «بیشتر بیماران از خاورمیانه خواهند بود». وی همچنین اضافه می‌کند که، ۷۰ درصد مردم کشور امارات متحده عربی که برای درمان به کشورهای دیگر سفر می‌کنند به سنگاپور خواهند آمد^(۱۶ و ۲۲)

۶-۸. فیلیپین

در دهه ۱۹۷۰ دولت فیلیپین مراکز پیشرفته‌ای نظیر مرکز قلب فیلیپین، مرکز ملی ریه، مؤسسه ملی کلیه و پیوند را با هدف تبدیل این کشور به قطب متخصصان پزشکی در شرق آسیا، تأسیس کرد. در سال ۲۰۰۴ دولت با شناخت از قابلیت گردشگری پزشکی، پروژه مشارکت بخش دولتی -



خصوصی را با نام برنامه گردشگری پزشکی فیلیپین^۱ آغاز کرد. امروزه گردشگری پزشکی در فیلیپین به عنوان یک بخش نوظهور به دنبال ارائه خدمات پزشکی با کیفیت جهانی از طریق همکاری با بیمارستان‌های پیشرو در دنیا است. اگرچه داده‌های کمی درباره گردشگری پزشکی وجود دارد، براساس اعلام دولت فیلیپین، در سال ۲۰۰۶، ۲۵۰۰۰۰ بیمار غیرمقیم در این کشور تحت درمان قرار گرفته‌اند و از این تعداد ۳۵۰ میلیون دلار درآمد کسب شده است که این مبلغ ۱۴ درصد بازار آسیا را تشکیل می‌دهد. خصوصیت ویژه گردشگری پزشکی در فیلیپین، وجود فیلیپینی‌هایی است که در ایالات متحده و سایر کشورها ساکن هستند. این امر باعث می‌شود که هر دو قسمت عرضه و تقاضا در این بخش تحت تأثیر قرار بگیرد.

دولت فیلیپین گردشگری پزشکی را به عنوان یک صنعت در «برنامه اولویت‌های سرمایه‌گذاری»^۲ سال ۲۰۰۶ خود قرار داد. برای سرمایه‌گذاری در گردشگری پزشکی، مشوق‌هایی مانند معافیت مالیاتی و معافیت از عوارض گمرکی در نظر گرفته شده است. از جمله دسترسی به وام برای بخش «تندرستی و سلامت»^۳ که توسط بانک توسعه فیلیپین، برای پروژه‌های گردشگری پزشکی اولویت بهره‌مندی از این وام‌ها در نظر گرفته شده است.^(۱۸)

همکاری و مشارکت بین بخشی در سطح کلان در چند کشور در جدول زیر خلاصه شده است:

جدول ۸. همکاری و مشارکت بین بخشی در سطح کلان در چند کشور^(۱۸)

کشور	همکاری و مشارکت بین بخشی در سطح کلان
اردن	- هیئت گردشگری پزشکی اردن - دپارتمان گردشگری پزشکی اردن
تایلند	- دولت تایلند با ترسیم چشم‌انداز مشترک، راهبردهای کاربردی، راهبردها و اهداف مشترک برای بخش‌های گوناگون این صنعت به منظور تسهیل هماهنگی بهترین بازیگران مفروض این صنعت اقدام نموده است. این بازیگران عبارتند از: وزارت بهداشت، گردشگری و امور خارجه و بخش‌های دیگر نظیر خطوط هوایی تایلند و سازمان گردشگری تایلند.
فیلیپین	- به دنبال فرمان اجرایی رئیس‌جمهور در سال ۲۰۰۴ میلادی، کارگروه مشارکت بخش دولتی - خصوصی شکل گرفت. هدف این کارگروه شناسایی و تدوین برنامه‌های توسعه در صنعت خدمات است که شامل بخش تندرستی و سلامت، تفریح و بازنشستگی، فناوری اطلاعات و خدمات پشتیبانی می‌گردد.
هند	- فدراسیون مراقبت‌های بهداشتی هند، مجمع گردشگری پزشکی ماهاراشترا، FICCI، دولت هند - نمایندگان دولت‌های ایالتی برای ارتقای این صنعت، با هم همکاری می‌کنند.

1. Philippine Medical Tourism program (PMTTP)
2. Investment priorities plan
3. Health and wellness Enhancement Access Loan program



۹. وضعیت موجود گردشگری پزشکی در ایران

ایران حسب تقسیم‌بندی سازمان جهانی گردشگری در منطقه «جنوب آسیا» قرار دارد. ۸ کشور افغانستان، بنگلادش، بوتان، هند، مالدیو، نپال، پاکستان و سریلانکا همراه با این کشور در این منطقه قرار دارند. سازمان جهانی گردشگری دارای ۶ منطقه است که عبارتند از: آفریقا، آمریکا، شرق آسیا و اقیانوسیه، اروپا، خاورمیانه و جنوب آسیا.^(۱۸)

منطقه جنوب آسیا در سال ۲۰۰۷ میلادی به رشد ۸ درصدی در تعداد گردشگران ورودی بین‌المللی دست یافته است. دو کشور هند و مالدیو با رشد ۱۲ درصدی بالاتر از کشورهای دیگر در این منطقه قرار دارند.^(۱۸)

ایران از موهبت تاریخ و فرهنگ غنی برخوردار است. با داشتن بیش از یک میلیون بنای قدیمی، ۲۰۰۰۰۰ ابنیه و اماکن تاریخی و تنوع فراوان همراه با قابلیت‌های بسیار در عرصه گردشگری، کشوری کم‌نظیر است، اما برخلاف تمامی این قابلیت‌ها، سهم ایران از درآمد گردشگری جهانی بسیار ناچیز و به میزان ۰/۰۰۱ درصد است. آمار مسافران خارجی ورودی به کشور توسط چهار مرجع (اداره کل اتباع خارجه نیروی انتظامی، اداره کل اتباع خارجه وزارت امور خارجه، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، سازمان گمرک کشور) جمع‌آوری می‌شود^(۲۲) در سال ۱۳۸۵، تعداد گردشگران خارجی وارد شده به کشور بیش از ۲/۷ میلیون نفر بوده که نسبت به سال قبل، افزایشی برابر ۸/۴۴ درصد داشته است.

این درحالی است که سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری^۱ تعداد گردشگری ورود کشور در سال ۱۳۸۵، را رقم ۱ میلیون و ۸۱۶ هزار و ۹۰۰ نفر (۱،۸۱۶،۹۰۰ نفر) اعلام کرده است. براساس آخرین آمار رسمی اعلام شده توسط گمرک ایران مربوط به اواخر بهمن ماه ۱۳۸۶ تعداد مسافران خارجی ورودی به کشور ۱،۷۴۲،۳۹۸ نفر بوده است که برای دستیابی به تعداد گردشگران باید ضریب ۵۰ درصد را در آن اعمال نمود. به این ترتیب این تعداد بالغ بر ۸۷۱،۰۰۰ نفر می‌گردد. در مقابل سالیانه حدود ۴ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر برای گردشگری به خارج از کشور سفر می‌کنند، یعنی تراز گردشگری کشورمان به شدت منفی است و بخش گردشگری نه تنها ارزآوری ندارد، بلکه بدهی ارزی نیز ایجاد می‌کند.^(۱۸)

براساس تحلیل انجام شده، تراز کل گردشگری کشور به لحاظ تعداد، بالغ بر ۴،۵۵۸،۹۷۵ نفر منفی است یعنی گردشگر خارجی ورودی به کشور حدود یک‌پنجم گردشگر ایرانی خروجی از

۱. در یکصدوسی‌امین جلسه شورای عالی اداری، چهارشنبه ۱۶ فروردین ماه سال ۱۳۸۵ صنایع دستی به سازمان میراث فرهنگی و گردشگری الحاق شد. براساس مصوبه شورای عالی اداری، سازمان صنایع دستی ایران از وزارت صنایع و معادن جدا و به سازمان میراث فرهنگی و گردشگری پیوست و به این ترتیب سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری شکل گرفت.



کشور می‌باشد. (۲۲)

طبق گزارش کمیته آمار گردشگران ورودی کشور، در سال ۱۳۸۶، ۱۷۱،۶۹۹، ۲ نفر وارد کشور شده‌اند که حدود ۵۰ درصد آنان از کشور عراق و حدود ۹ درصد دیگر از کشورهای پاکستان و افغانستان بودند. حدود ۸۹۰،۰۰۰ نفر دیگر از کشورهای عربستان، بحرین، کویت، امارات، آذربایجان، عمان، سوریه، لبنان، ترکمنستان، ارمنستان، قطر، آلمان، هند، چین، انگلستان، فرانسه، ژاپن، ایتالیا، هلند، سوئد، روسیه و دانمارک و... به کشور ما سفر کرده‌اند.

جدول ۹. آمار گردشگران ورودی به ایران از سال ۱۳۷۰-۱۳۸۸

سال	جمع
۱۳۷۰	۴۰۸۵۲۶
۱۳۷۵	۶۴۱۶۵۱
۱۳۸۰	۱۴۰۲۱۶۰
۱۳۸۴	۱۱۶۰۶۹۹
۱۳۸۵	۱۸۱۶۹۰۰
۱۳۸۶	۲۱۷۱۶۹۹
۱۳۸۷	۲۰۲۷۵۲۸
۱۳۸۸	۲۲۷۲۵۷۵

مأخذ: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. سازمان ایرانگردی و جهانگردی، ریاست‌جمهوری، سازمان میراث فرهنگی و گردشگری، دفتر آمار و اطلاعات.

در خصوص گردشگری پزشکی نیز باید گفت؛ از سال‌ها پیش بیماران مختلفی از کشورهای همسایه، به ویژه از کشورهای حاشیه خلیج فارس برای درمان به ایران می‌آمدند. به دلیل نزدیکی فرهنگی و قومی، عمده این بیماران برای درمان به استان فارس و شهر شیراز مراجعه می‌کردند. دلایل آنان برای درمان در ایران بسیار متنوع و شامل بازدید فامیلی در حین درمان، فقدان برخی درمان‌های خاص در کشورهای خودشان، کیفیت بالای درمان ایران نسبت به کشورهای منطقه و قیمت‌های مطلوب برای درمان بوده است. در حال حاضر نیز سالیانه تعداد زیادی برای درمان وارد کشور می‌شوند، اما آمار دقیقی از ورود این گردشگران به ایران وجود ندارد. از طرف دیگر هیچ آمار دقیقی در خصوص بیماران خارجی درمان شده در ایران چه در مراکز درمانی خصوصی و چه مراکز درمانی دولتی وجود ندارد، اما براساس عوامل محرک این صنعت، می‌توان به پایین بودن هزینه‌های درمان در ایران، امکان ارائه خدمات درمانی پیشرفته نظیر درمان‌های پیشرفته قلب و عروق، پیوند اعضا به ویژه پیوند کلیه، حلزون گوش، قرنیه و کبد، درمان بیماری‌های چشم، درمان‌های نازایی و جراحی‌های زیبایی به ویژه رینوپلاستی، اشاره کرد.



از طرف دیگر با دستیابی ایران به درمان برخی از بیماری‌ها با استفاده از سلول‌های بنیادی، روش‌های نوین درمان بیماری ایدز، ارائه درمان‌های جدید برای بیماری پای دیابتی و... منجر شده است تا مجدداً ایران از نظر درمانی، مورد توجه کشورهای منطقه و جهان قرار گیرد.^(۱۸)

ایران در سال ۱۳۸۳ تقریباً ۱۲ هزار بیمار خارجی پذیرش کرده است که این میزان در سال ۱۳۸۴ به ۱۷ هزار و ۵۰۰ نفر رسید. درمان بیماری‌هایی نظیر ناباروری، جراحی پلاستیک، زیبایی، کاشت دندان و جراحی لثه، از مهمترین دلایل سفر این افراد به شهرهای مختلف کشورمان است. کیفیت بالا و قیمت ارزان خدمات درمانی ایران در مقایسه با کشورهای عربی، آسیای میانه و حتی اروپا باعث شده است تا بیماران، ایران را به‌عنوان مقصد درمان خود انتخاب کنند. بیشترین مسافران گردشگری پزشکی ایران از کشورهای حوزه خلیج فارس و آسیای میانه هستند.^(۲۲)

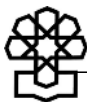
جدول ۱۰. آمار گردشگران پزشکی ورودی به ایران^(۱۸)

سال	گردشگر
۱۳۸۳	۱۲۰۰۰
۱۳۸۴	۱۷۵۰۰
۱۳۸۴ به بعد	اطلاعات و آمار دقیقی در دسترس نیست

۱۰. آسیب‌شناسی صنعت گردشگری سلامت در ایران

بی‌شک اگر پدیده‌ای بخواهد ایجاد گردد یا دوام پیدا کند، باید علاوه بر وجود مقتضی، مانع یا موانعی وجود نداشته باشد. آسیب‌ها و موانع، حرکت تکاملی و رو به توسعه آن را سد می‌کنند و تحقق اهداف آن را به تأخیر انداخته، یا ناممکن می‌سازند.

در این میان، صنعت گردشگری نیز از این قاعد مستثنا نیست. بنابر آنچه بیان شد، از سال‌ها پیش بیماران مختلفی از کشورهای همسایه، به‌ویژه از کشورهای حاشیه خلیج فارس برای درمان به ایران می‌آمدند. به‌طوری که در سال ۱۳۸۳ تقریباً ۱۲ هزار بیمار خارجی و در سال ۱۳۸۴ حدود ۱۷ هزار و ۵۰۰ نفر برای دریافت خدمات درمانی به ایران آمدند. بنابراین به‌دلیل وجود شرایط عامل از قبیل قیمت پایین، کیفیت پایین در کشورهای مجاور و... این صنعت در ایران شکل گرفته است. از طرفی نتیجه بررسی‌ها نشان می‌دهد که بخش خصوصی در تلاش است تا به حیات آن ادامه دهد و ازسویی موانع متعددی در مسیر رشد آن به چشم می‌خورد، در این بخش سعی شده تا به این موانع اشاره شود تا با استفاده از آن در بخش بعد به این سؤال پاسخ بدهیم که آیا ایران می‌خواهد به گردشگری پزشکی که در دنیا رشد جهشی به‌خود گرفته است، به‌عنوان یک صنعت ارزآور نگاه کند یا خیر؟



لذا در این بخش، پس از بررسی فرصت‌ها، تهدیدها و نقاط قوت کشور در زمینه رشد گردشگری سلامت به چالش‌های آن اشاره خواهد شد.

۱-۱۰. نقاط قوت و فرصت‌ها

۱-۱۰-۱. توجه دولت به این بخش در سیاست‌های کلیدی خود

- برنامه چهارم توسعه کشور

- در پایان برنامه چهارم وزارت بهداشت ۳۰ درصد مصارف ارزی خود را از صادرات خدمات و تولیدات تأمین نماید.
- تشکیل کمیته توریسم درمانی در سازمان میراث فرهنگی و گردشگری با هدف توسعه گردشگری سلامت در سال ۱۳۸۳.
- تشکیل شورای سیاستگذاری گردشگری سلامت با هدف ایجاد هماهنگی بین ذینفعان و رفع موانع توسعه گردشگری سلامت در سال ۱۳۸۵.
- تغییر نام کمیته توریسم درمانی نیز به کمیته گردشگری سلامت و تشکیل کمیته‌های استانی، به‌دنبال تشکیل شورای سیاستگذاری گردشگری سلامت.
- تشکیل کارگروه خدمات بین‌المللی سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اواخر سال ۱۳۸۶.

- نقشه جامع علمی کشور

ایران قصد دارد تا سال ۱۴۰۴ به قطب پزشکی منطقه (جهت رفع نیازهای سلامت پزشکی منطقه) تبدیل گردد.

- برنامه پنجم توسعه کشور

دولت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، حمایت به‌عمل آورد.

۱-۱۰-۲. منابع متعدد برای تقاضا

تقاضای گردشگری پزشکی در ایران را به‌صورت کلی می‌توان به شکل زیر تقسیم‌بندی کرد:

- ایرانیان مقیم خارج از کشور،
- بیماران کشورهای همسایه و مسلمانان،
- بیمارانی که به‌دنبال درمان‌های خاص در نتیجه پیشرفت‌های اخیر ایران در دستیابی به روش‌های نوین درمان هستند،
- سایر بیماران.

۱-۱۰-۳. رتبه دهم جهان به‌لحاظ آثار تاریخی.



- ۴-۱-۱۰. رتبه پنجم جهان به لحاظ جاذبه‌های اکوتوریستی و صنایع دستی.
- ۵-۱-۱۰. زیرساخت‌های فیزیکی مناسب (بیمارستان و مراکز تحقیقاتی).
- ۶-۱-۱۰. پایین بودن نسبی قیمت‌های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و اقامت.
- ۷-۱-۱۰. توسعه مراکز خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت طی ۶ سال گذشته.
- ۸-۱-۱۰. مجهز بودن مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت به تجهیزات پزشکی مدرن.
- ۹-۱-۱۰. تجانس و مشارکت فرهنگی و زبانی با کشورهای همسایه.
- ۱۰-۱-۱۰. محیط فرهنگی مناسب برای کشورهای مسلمان.
- ۱۱-۱-۱۰. شهرت جهانی پزشکان ایران به‌ویژه در کشورهای منطقه.
- ۱۲-۱-۱۰. دستیابی ایران به موفقیت‌های جدید در عرصه پزشکی.
- ۱۳-۱-۱۰. تربیت سالیانه ۳۰۰۰ پزشک توسط ۵۱ دانشکده پزشکی.
- ۱۴-۱-۱۰. وجود مراکز تحقیقاتی معتبر: پژوهشکده رویان به‌عنوان یکی از مراکز پیشرو در درمان انواع بیماری‌های نازایی یکی از مراکز مهم در کشور می‌باشد که با وجود لیست‌های انتظار طولانی در درمان‌های مختلف، به بیماران کشورهای دیگر نیز ارائه خدمت می‌کند.
- ۱۵-۱-۱۰. تمایل بخش خصوصی به فعالیت و سرمایه‌گذاری در این زمینه.
- ۱۶-۱-۱۰. افزایش دسترسی به بازار جهانی گردشگری پزشکی: توسعه صنعت گردشگری پزشکی در ایران و بازاریابی مناسب می‌تواند سبب جذب تعدادی از بیماران از کشورهای حوزه خلیج فارس و برخی کشورهای همجوار در مرزهای شمالی، شرقی و تا حدودی غربی شود.
- ۱۷-۱-۱۰. برگزاری کنگره‌ها و کنفرانس‌های علمی و تجهیزات پزشکی بین‌المللی.

۲-۱۰. نقاط ضعف و تهدیدها

- تأثیر معکوس بر عدالت در دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت مطلوب.
- چنانچه صرفاً بخش خصوصی متولی امر توریسم پزشکی در کشور گردد، می‌تواند منجر به خروج متخصصین از مراکز دولتی شود و به بی‌عدالتی سلامت دامن بزند.
- از دست دادن جامعه محلی به دلیل عدم برخورداری از خدمات ارائه شده به بیماران خارجی.
- انحراف بیشتر منابع از بخش پیشگیری به بخش درمان به دلیل درآمدزایی بیشتر.
- واردات بیشتر تجهیزات پزشکی مدرن و در نتیجه افزایش هزینه‌های تشخیصی و درمانی شهروندان.
- کنترل و نظارت بر بیماری‌های مسری و احتمال ورود این بیماری‌ها به کشور فراهم می‌شود.
- تحریم‌های سیاسی و اقتصادی.
- ناامنی سیاسی در ایران از دیدگاه گردشگران خارجی به دلیل تبلیغ‌های نادرست رسانه‌های غربی.



۳-۱۰. چالش‌های پیش روی صنعت گردشگری پزشکی ایران

ایران برای حضور در صنعت گردشگری پزشکی با چالش‌های کلیدی متعددی روبرو است. برای استخراج از این چالش‌ها علاوه بر بررسی متون موجود اقدام به مصاحبه عمیق با صاحب‌نظران و متولیان صنعت و سرانجام تشکیل گروه کانونی گردید. این چالش‌ها سپس از نظر همپوشانی و درستی مفاهیم عنوان شده تکمیل و به صورت ذیل دسته‌بندی شدند:

الف) فقدان تولیت مشخص.

ب) فقدان نظام جامع گردشگری سلامت، تعریف و تدوین قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها:

- وجود سازمان‌ها، نهادها و بنگاه‌های مدعی در این بخش و برخوردهای سلیقه‌ای و سازمانی توأم با موازی‌کاری،

- عدم وجود همکاری و مشارکت بین بخشی بین سازمان‌ها و ارگان‌های ذینفع،

- نبود نهاد برنامه‌ریز منسجم،

- کمبود نهادها و شرکت‌های گردشگری پزشکی.

ج) کمبود زیرساخت‌ها

- فقدان پوشش بیمه مسئولیت کارآمد بین‌المللی،

- نبود سیستمی برای پاسخگویی به گردشگران پزشکی ناراضی،

- شناخت ناکافی از بازارهای هدف گردشگری پزشکی ایران،

- تسلط کم ارائه‌کنندگان خدمت بر زبان‌های خارجی (به‌ویژه پرسنل پزشکی و پشتیبانی بیمارستان‌ها)،

- نظام آموزشی ضعیف، بدون هدفمندی گردشگری،

- کندی صدور روادید و فقدان روادیدی با تسهیلات ویژه برای گردشگری پزشکی،

- کمبود اقامتگاه‌ها با تعریف مکان‌های مرتبط با سلامت (باشگاه اسپا، استراحتگاه و...)،

- فقدان نظام بیمه گردشگری پزشکی،

- مسائل حقوقی و قانونی.

د) عدم وجود سیستم نظارتی مدون و قدرتمند

- کیفیت پایین و متفاوت مراکز دولتی به‌ویژه در بخش کیفیت خدمتی،

- کیفیت پایین تا متوسط و متفاوت مراکز خصوصی،

- ضعف و نقص در سیستم اعتبار بخشی.

ه) ضعف در مدیریت فرآیند و طراحی بسته‌های خدمتی استاندارد قابل ارائه به گردشگران سلامت

- قیمت نامشخص خدمات به‌ویژه در بخش خصوصی،

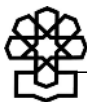


- عدم وجود برنامه و سیستم مدون برای پزشکی جایگزین، سنتی و گیاهی،
 - فقدان بیمه گردشگری پزشکی،
 - عدم پذیرش پوشش بیمه‌ای گردشگران پزشکی.
- (و) فقدان حمایت‌های لازم از بخش خصوصی
- عدم تعریف و تبیین جایگاه بخش خصوصی و به‌کارگیری از پتانسیل‌های فراوان آن،
 - تمایل به دولتی کردن موضوع علیرغم تجارب ناموفق قبلی،
 - ایفای نقش ضعیف بیمارستان‌های خصوصی و انجمن‌های صنفی.
- (ز) فقدان سیستم‌های یکپارچه مدیریت اطلاعات (MIS)
- نبود نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی،
 - فقدان اطلاعات زیرساختی و اولیه بیمارستان‌ها.
- (ح) فقدان نظام بازاریابی مشخص
- وجود دلال‌ها و واسطه‌ها همراه با ارائه خدمات نامناسب با قیمت‌های متفاوت،
 - کمبود و ضعف نهادهای بازاریاب،
 - نبود تحقیقات بازاریابی خارجی،
 - فقدان سیستم تبلیغات برون‌مرزی،
 - شناخت ناکافی از بازارهای هدف،
 - تلاش‌های بازاریابی ضعیف و سلیقه‌ای.

۴-۱۰. پیامدهای گسترش صنعت گردشگری پزشکی در ایران

۴-۱۰-۱. پیامدهای مثبت

- افزایش درآمد حاصل از صادرات خدمات سلامت در نتیجه رشد توریسم پزشکی و ایجاد منابع اضافی در بخش سلامت و تأمین بخشی از منابع مورد نیاز این بخش (ماده ۸۷) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی).
- افزایش درآمد ارزی کشور به‌دلیل اقامت گردشگران.
- پیشگیری از فرار مغزها به خارج از کشور و افزایش اشتغال کارکنان بخش سلامت.
- افزایش دامنه انتخاب مصرف‌کنندگان داخلی خدمات سلامت.
- ارتقای سطح استانداردها و نزدیک‌تر شدن به استانداردهای بین‌المللی برای اخذ گواهینامه‌های بین‌المللی و جذب بیمار بیشتر.
- بهبود کیفیت خدمات سلامت.



- توانمندسازی نیروی انسانی پزشکی از نظر مهارت‌های تخصصی و ارتباطی (زبان انگلیسی و فناوری اطلاعات) به دلیل رقابت برای جذب بیماران بین‌المللی.

- کاهش خروج بیماران از کشور و به تبع آن کاهش خروج ارز از کشور.

۲-۴-۱۰. پیامدهای منفی

- تأثیر معکوس بر عدالت در دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت مطلوب به شهروندان ایرانی از طریق ایجاد ساختار بازار دوگانه خدمات سلامت و ارائه این خدمات با کیفیت مطلوب‌تر و گران‌تر به مصرف‌کنندگان خارجی ثروتمندتر در مقابل خدمات سلامت با کیفیت پایین‌تر و ارزان‌تر به مصرف‌کنندگان داخلی.

- چنانچه صرفاً بخش خصوصی متولی امر توریسم پزشکی در کشور گردد، می‌تواند فرار مغزهای داخلی و به عبارت دیگر خروج متخصصین متبحر و شایسته از بخش دولتی به دلیل تفاوت فاحش درآمدی و حضور آنها در بخش خصوصی که به بیماران خارجی ارائه خدمت می‌دهند، شود.

- از دست دادن جامعه محلی به دلیل عدم برخورداری از خدمات ارائه شده به بیماران خارجی.

- انحراف بیشتر منابع از بخش پیشگیری (سطح اول خدمات سلامت) که غالباً هزینه‌بر است به بخش درمان که درآمدزاست. لازم به ذکر است در حال حاضر نیز میل به سرمایه‌گذاری در بخش درمان بیشتر است که در صورت عدم مدیریت صحیح گردشگری پزشکی تشدید خواهد شد.

- افزایش قیمت خدمات سلامت در کشور به دلیل اتکای بیشتر بر تکنولوژی پیشرفته.

- تبدیل شدن به بازاری برای مصرف تکنولوژی‌های پیشرفته غرب؛ اگرچه به نظر می‌رسد گردشگری پزشکی برای کشورهای در حال توسعه، منبع درآمد است، لکن به علت نیاز به تکنولوژی پیشرفته که یکی از جذابیت‌ها و عوامل جذب توریست‌های پزشکی نیز هست، این کشورها تبدیل به مصرف‌کنندگان دائمی فناوری‌های نوین کشورهای توسعه‌یافته و ایجاد یک بازار کاذب برای آنها می‌شوند.

- ورود توریست‌های پزشکی به کشور، مشکلاتی را از نظر کنترل و نظارت بر بیماری‌های مسری و ورود این بیماری‌ها به کشور ایجاد می‌کند.

جمع‌بندی و ارائه راهکارهای پیشنهادی

شواهد بیانگر آن است که گردشگری سلامت به عنوان یکی از ارکان گردشگری در دهه‌های اخیر مورد توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است و بسیاری از آنها گردشگری سلامت را به عنوان یکی از محورهای ایجاد اشتغال، درآمد ارزی و... مورد توجه قرار داده و در این راستا اقدامات چشمگیری را نیز به عمل آورده‌اند. در ایران نیز این پدیده فارغ از نظارت و حمایت‌های دولتی



توسط بخش خصوصی در حال گسترش است و مزایا و معایبی را نیز دارد.

سؤال اساسی که در اینجا مطرح است آن است که آیا ایران می‌خواهد به گردشگری پزشکی به‌عنوان یک صنعت ارزآور نگاه کند یا خیر؟

با توجه به آنچه پیش‌تر آمد اسناد بالادستی در این زمینه، نشانه رویکرد مثبت دولت به گسترش این صنعت است، به‌طور مثال دولت در ماده (۸۷) برنامه چهارم توسعه و همچنین با اشاره به احداث شهرک‌های سلامت در برنامه پنجم تمایل خود را به ورود در این حوزه نشان داده است. ولی واقعیت آن است که اقدامات قابل توجهی در جهت اجرایی کردن سیاست‌های اتخاذ شده در برنامه چهارم صورت نگرفته است و این درحالی است که شاهد هستیم که نهادهای مختلف از قبیل سازمان میراث فرهنگی، اتاق بازرگانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، برخی انجمن‌های علمی و بخش‌های مختلف خصوصی فرآیند گردشگری پزشکی را به‌صورت پراکنده و سلیقه‌ای و بدون نظارت، اجرا می‌کنند و این پراکندگی رفتار به‌جای هم‌افزایی و رشد صنعت، موجب بروز یک آشفتگی و هرج و مرج شده و نتیجه آن ایجاد بی‌اعتمادی در دریافت‌کنندگان خدمات و سودجویی عده‌ای از این نابسامانی است، در این شرایط به‌نظر می‌رسد رسالت مجلس به‌ویژه کمیسیون بهداشت و درمان آن است که با توجه به نقش نظارتی خود بر دولت، در بررسی سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی دولت آن را مکلف به ساماندهی این حوزه نماید تا از هرگونه آشفتگی و سوءاستفاده بیشتر در این بازار جلوگیری به‌عمل آید.

در نهایت، جهت پیشگیری از انحراف از مسیر رشد و بالندگی در این مقوله، موارد زیر ضروری به‌نظر می‌رسد:

- تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها در زمینه گردشگری پزشکی، به‌صورت شفاف و مشخص نمودن تولیت امر،

- نظارت واحد بر گردشگری سلامت با هدف ساماندهی اقدامات پراکنده که در این زمینه انجام می‌گیرد (با اقداماتی نظیر تشکیل کمیته کشوری سیاستگذاری)،

- حمایت‌های مالی و سیاسی از بخش خصوصی،

- حمایت از سرمایه‌گذاری خارجی (FDI) در بخش گردشگری سلامت،

- آماده‌سازی زیرساخت‌ها و امکانات مورد نیاز براساس استانداردهای بین‌المللی،

- تهیه بانک اطلاعاتی از نیروهای انسانی داوطلب، مراکز پزشکی مجهز و مزیت‌های رقابتی

کشور و راه‌اندازی سیستم بازاریابی بین‌المللی.

برای رونق مقوله گردشگری سلامت در کشور نیز به‌نظر می‌رسد ایجاد یا ارائه برخی از

فعالیت‌های زیر بتواند کمک‌کننده باشد:



- الف) برقراری هماهنگی بین دستگاه‌های ذیربط از قبیل وزارت امور خارجه، وزارت اطلاعات، وزارت راه و ترابری، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان میراث فرهنگی و گردشگری وزارت امور اقتصادی و دارایی (بیمه‌های بازرگانی) و
- ب) توجه و مطالعه بازار کل منطقه از نظر توریسم سلامت، شناسایی بازارهای تابعه، بازارهای مرتبط و سایر بازارهای تأثیرگذار و برنامه‌ریزی جهت همسویی این فعالیت‌ها برای تأثیر بیشتر در جذب گردشگران سلامت.
- ج) شناخت فرهنگ درمانی کشورهای هدف به‌منظور تقویت نقاط قوت و رفع نقاط ضعف فعالیت در این بازار.
- د) توجه اساسی به مسائل جانبی ارائه خدمات به بیماران خارجی از جمله ساماندهی انتقال بیمار از فرودگاه به بیمارستان، سکونت همراهان بیمار، امکان بازدید از نقاط دیدنی توسط همراهان، انتقال به فرودگاه و
- هـ) افزایش و ارتقای مداوم کیفیت ارائه خدمات پزشکی در بیمارستان‌ها و مراکزی که اقدام به جذب بیماران خارجی می‌نمایند و اخذ استانداردهای جهانی ارائه خدمات برای این گروه از ارائه‌دهندگان است.
- و) نظارت مناسب بر ارائه خدمات سلامتی و همچنین فعالان امر جذب و انتقال بیماران.
- ز) امکان برقراری پروانه‌های مستقیم از برخی کشورها به استان‌هایی که جاذبه‌ای ویژه برای کشور هدف دارند.
- ح) تدارک امکانات لازم برای مشاوره پزشکی با بیمار خارجی قبل از اعزام بیمار.
- ط) مناسب نمودن فضای ارائه خدمات به گردشگران سلامت.
- ی) عقد قرارداد با بیمه‌های بین‌المللی درخصوص ارائه خدمت به بیماران خارجی.
- ک) تهیه و تدوین تعرفه‌های درمانی به تفکیک نوع بیماری در چند سطح برای بیمار خارجی که این سطوح با لحاظ کیفیت و نوع خدمات متناوب است (به‌عنوان مثال بسته ارائه خدمت در بیمارستان درجه یک عالی با اتاق خصوصی و همراه در هتل پنج ستاره یا بسته به ارائه خدمت در بیمارستان درجه یک با اتاق دو تخته و همراه در هتل سه ستاره، انتقال بیمار با آمبولانس هوایی و ...).
- ل) ظرفیت‌سازی مناسب در نقاطی از کشور که جاذبه توریسم سلامت دارد.
- م) ساماندهی مؤسسات فعال در عرصه توریسم سلامت و ارائه تسهیلات لازم به این گروه از مؤسسات.
- ن) بازاریابی مناسب از جمله ایجاد وب‌سایت جامع و فراگیر از کلیه مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات، پزشکان مراکز، امکانات و تسهیلات جانبی، نرخ ارائه خدمات و



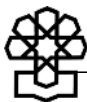
ص) احداث و ایجاد سایر خدمات مرتبط با سلامت مثل شهرهای سلامتی و... و یا استفاده از پتانسیل‌های موجود کشور مثل چشمه‌های آب معدنی، نقاط خوش آب و هوا.

ع) تهیه و تدوین شناسنامه ارائه خدمات سلامتی برای هر کشور هدف مطابق نمونه‌گیری به نحوی که در آن اطلاعات جمعیتی، بیماری‌دهی، اطلاعاتی در زمینه فرهنگ مردم کشور، روش‌های شناسایی خدمات به گروه‌های هدف، شناسایی امکانات کشور ایران در کشورهای هدف برای امکان بازاریابی و طراحی شبکه اعزام بیمار از کشور هدف و... موجود باشد.

پی‌نوشت‌ها

انگلیسی

1. Bernal, R.L., The globalization of the health-care industry: Opportunities for the Caribbean, 2007. CEPAL Rev., 92: 83-99.
2. Tourani, s. medical Tourism in Iran: Analysis of Opportunities and Challenges with MADM Approach, Research Journal of Biological Scienc, v;5 2010. p;251-257.
3. Caballero-Danell, S. and C. Mugomba, 2007. Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry. Master Thesis, School of Business Economics and Law, Tourism and Hospitality Management, Goteborg University, Sweden, 2007.
4. Herrick, D.M., Medical Tourism: Global Competition in Health Care. NCPA Policy Report No. 304, National Center for Policy Analysis, Dallas, Texas, 2007, ISBN: 1-56808-178-2
5. Deloitte, Medical Tourism: The Asian Chapter. DTT Medical Tourism Asian Chapter, 2008, Report. http://www.asianhbm.com/knowledge_bank/industryreports/deloitte_medicaltourism_asia.htm
6. Medical travel in Asia and the pacific challenges and opportunities in "Economic and social Commission for Asia and the Pacific Escap United Nation, 2007.
7. Harahsheh ,s.s, Curative tourism in Jordan and its potential development, thesis for fulfillment of MA in European Tourism Management (ETM) Bounemouth Ubiversity ,U.K, 2002.
8. Philippine Economic Zone Authority (PEZA) heid on 14 november 2006 Republic of the philippines Roxas Boulevard corner San Luis Street Pasay City
9. Stevens & Associates, "Wellbeing in Leisure & Tourism, For the Body, Mind & Soul", 2008.
10. Vajirankachom. Implementaton of an effective heath tourism development plan for Thailand, University of Wiscinsin, 2004.
11. Drager, N. and R.D. Smith, Trade in Health Services. World Bank Institute, Washington, 2009, DC.
12. Hafidzah Ikbar, EBIS Info-Consultant "Medical Tourism in Asia-Pacific" Enterpriseone Business Information Services, 2007.



13. Global Information ,Inc. Asia Medical Tourism Analysis, 2008 – 2013.
14. PPT Lecture „Rise of medical Tourism,“ The figures are derived from the McKinsey report published in 2008 and represent current data at that time , August, 2008.
15. McKinsey report on medical Tourism. posted on may 2008 by Rahul.
16. ESCAP, Medical travel in Asia and the Pacific, challenges and opportunities. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific Report, 2007.
17. Medical tourism: A global analysis: Irland ATLAS; 2006.

فارسی

۱۸. جباری علیرضا، طراحی الگوی گردشگری ایران، پایان‌نامه دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۷.
۱۹. ضرغام حمید، چشمه‌های آب معدنی و آب گرم، توسعه جهانگردی و نقش مردم بومی، فصلنامه مطالعات جهانگردی، ش چهارم، ۱۳۷۹.
۲۰. مستندات موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان میراث فرهنگی.
۲۱. چاک وای گی، جهانگردی در چشم‌انداز جامع، ترجمه دکتر علی پارساییان و دکتر محمد اعرابی. چاپ سوم، دفتر پژوهش‌های فرهنگی، ۱۳۸۲.
۲۲. منظم کامبیز، گزارش‌های بررسی ادبیات موجود و تجربیات سایر کشورها درباره گردشگری درمانی و ارائه راهکار برای کشور، مرکز پژوهش‌های مجلس، دفتر مطالعات اجتماعی، ۱۳۸۸.
۲۳. حقیقی کفاش، مهدی و همکاران، اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران، فصلنامه مطالعات جهانگردی، ش ۱۱-۱۲، زمستان ۱۳۸۴ و بهار ۱۳۸۵، ص ۱۵۴.



شماره مسلسل: ۱۰۶۴۰

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی به وضعیت گردشگری سلامت در ایران و جهان

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)
تهیه و تدوین‌کنندگان: مریم رهبری، علی اخوان بهبهانی
ناظر علمی: ایروان مسعودی اصل
متقاضی: کمیسیون بهداشت و درمان
ویراستار تخصصی: —
ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۸۹/۱۱/۱۷