

چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبثنی بر رویکرد تحلیل مضمون

رضا واعظی^۱، میثم چگین^۲، حسین اصلی پور^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۳۰

چکیده

توجه به سیاست‌گذاری در عرصه توسعه پایدار محلی، علاوه بر تقویت اقتصاد درون‌زای ملی موجب رشد نرخ اشتغال و نیز افزایش تولید ناخالص داخلی به ویژه در بخش خدمات عمومی خواهد شد. به رغم تلاش‌های صورت گرفته در سال‌های اخیر، گردشگری سلامت هنوز در ساختار نهادی کشور و مقررات موجود، جایگاه مناسبی نداشته و با هدف تبیین شده در سند چشم‌انداز که جایگاه نخست گردشگری سلامت ایران در میان کشورهای منطقه را ترسیم کرده است فاصله دارد. این در حالی است که در برنامه‌های توسعه همواره دولت موظف شده است بر اساس برنامه‌ریزی‌های خود، بخش قابل توجهی از نیازهای بهداشتی و درمانی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و گردشگری سلامت فراهم کند. پژوهش حاضر در تلاش است با اتخاذ رویکرد کیفی مبتنی بر روش تحلیل مضمون که به دنبال خروجی مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر مرتبط با مسئله تحقیق است، به این پرسش‌ها پاسخ دهد که گردشگری سلامت در کشور با کدام چالش‌ها در عرصه قانون‌گذاری و اجرا مواجه شده است؟ نهادهای مسئول برای پیشبرد و توسعه این بخش از اقتصاد، چه تمهیداتی اندیشیده‌اند؟ تجربه کشورهای موفق در این عرصه چه چالش‌ها و الزاماتی را یادآور می‌سازد؟ یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که چالش‌های سیاست‌گذاری در این حوزه در چهار بخش چالش‌های اقتصادی، چالش‌های اجتماعی و فرهنگی، چالش‌های سیاسی و چالش‌های اداری قابل تفکیک است که از این میان برای ارتقاء جایگاه گردشگری سلامت، توجه به چالش‌های سیاسی و اداری در مرحله تدوین سیاست‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است.

واژگان کلیدی: سیاست‌گذاری عمومی، خط‌مشی‌گذاری، گردشگری سلامت، تحلیل مضمون، سیاست‌گذاری گردشگری.

۱. دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

Vaezi@atu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی

۳. استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

در دنیای پیچیده و متغیر امروز، دولت‌ها و نهادهای دولتی بیش از هر زمان دیگری ناچارند برنامه‌های خود را با توجه به بروز پدیده‌های جدید تغییر دهند. پدیده‌های جدید در بسیاری موارد، هر چند از محیط پیرامون تحمیل می‌شوند، اما در صورتی که با تدبیر مناسب دولت‌ها همراه باشد، می‌تواند چشم‌انداز روشنی برای آینده اقتصادی و اجتماعی یک کشور رقم بزند و تأمین منافع عمومی را در پی داشته باشد. از بارزترین مصادیق «منفعت عمومی» توجه به سلامت و بهداشت عمومی و همچنین رفاه عمومی است. شفریتز از نظریه‌پردازان مدیریت دولتی، حوزه‌های «خط‌مشی‌گذاری عمومی»^۱ را به ۸ دسته کلی تقسیم‌بندی می‌کند که دو حوزه مهم از آنها، «خط‌مشی‌های سلامت و بهداشت عمومی» و همچنین «خط‌مشی‌های رفاه عمومی» نام گرفته‌اند. تأیید این دسته‌بندی در مطالعات محققان دیگر، هر گونه تردید در میزان اهمیت این حوزه‌ها را در مسائل عمومی دولت‌ها از بین می‌برد (تورس^۲، ۲۰۰۳؛ هاگلاند و بروزلیوس^۳، ۲۰۰۷؛ فیرسوا و تاپلین^۴، ۲۰۰۹؛ فرازمنده^۵، ۲۰۰۹). شایان ذکر است آنچه از میان مکاتب مدیریت دولتی در پژوهش حاضر مورد نظر است، «مکتب خدمات عمومی نوین» است. این پارادایم که مبتنی بر مبانی فلسفی پست‌مدرن شکل گرفته و ریشه در نظریه «اداره دولتی نوین» دارد، در اوایل سده ۲۱ توسط رابرت دنهارت و جانت دنهارت پایه‌گذاری شد. این دو با در نظر گرفتن مکتب اداره عمومی سنتی به عنوان «تِر» و مکتب مدیریت دولتی نوین به عنوان «آنتی‌تِر»، «سنتزی» تحت عنوان خدمات عمومی یا دولتی نوین پیشنهاد کردند. مهم‌ترین مبنای خدمات دولتی نوین بر «حکمرانی شهروندی» استوار است. بر خلاف دیدگاه‌های سنتی که شهروندان در آن نقشی منفعل داشتند و نیز بر خلاف مدیریت دولتی نوین که نقش شهروند را در حد «مشتری» تقلیل می‌داد، در این پارادایم نقش شهروندان به عنوان مالکان اصلی بخش

۱. این اصطلاح به دو عبارت «خط‌مشی‌گذاری» و «سیاست‌گذاری» ترجمه شده است. ارتباط میان «خط‌مشی‌گذاری عمومی» و «تصمیم‌گیری» را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که چنانچه «تصمیم‌گیری» به دو شاخه «خرد» (تصمیم‌های سازمانی) و «کلان» (تصمیم‌های عمومی یا حاکمیتی) تقسیم شود، خط‌مشی‌گذاری عمومی نوع «کلان» را مدنظر دارد.

2. Torres
3. Heggelund and Bruzelius
4. Firsova and Taplin
5. Farazmand

عمومی، محدود به زمان رأی‌گیری نبوده بلکه به طور مستمر و در جریان مدیریت بخش عمومی جریان می‌یابد. بر خلاف مدیریت دولتی نوین (و نیز بازآفرینی دولت) که «منفعت عمومی» را حاصل جمع منافع شخصی افراد می‌داند، این مکتب معتقد است که دستیابی به منفعت عمومی تنها از دو راه میسر است: وجود «ناظر کل» و «برقراری گفت‌وگو» میان ذینفعان. بدین ترتیب دنیاهای به ضرورت وجود دولت به عنوان یک ناظر کل و جامعه مدنی به عنوان بستری برای گفت‌وگو در تصحیح عملکرد بخش خصوصی اشاره می‌کند. (طهاسبی، ۱۳۹۲: ۲۰۳)

بر این اساس در خدمات عمومی نوین، دولت به جای اینکه بر بخش خصوصی اتکاء نماید بر ایجاد ائتلافی از سازمان‌های دولتی، سازمان‌های خصوصی و نهادهای مدنی تأکید می‌ورزد و به جای اینکه مدیران دولتی صرفاً به مشتری پاسخگو باشند خود را به طور چند جانبه در قابل قوانین اساسی و عادی، ارزش‌های اجتماعی، هنجارهای سیاسی، استانداردهای حرفه‌ای و حقوق شهروندی پاسخگو می‌دانند. (وارث، ۱۳۸۰: ۷۴) بنابر آراء مکتب خدمات عمومی نوین ایفای نقش دولت به صورت حداکثری در حوزه سیاست‌گذاری گردشگری سلامت، مطابق با آنچه در نظریات دولت رفاه مطرح می‌شد و یا به صورت حداقلی مطابق با آنچه در نظریات مدیریت دولتی نوین مطرح می‌شد، مردود بوده و حضور او به عنوان «سیاست‌گذار»، «هماهنگ‌کننده» و «نظارت‌کننده» بر جریان سیاست‌گذاری مورد تأیید است.

امروزه در اقتصاد جهانی، سهم بخش خدمات در مقایسه با سایر بخش‌ها در تولید ناخالص ملی کشورها، رو به افزایش است. گردشگری در حال حاضر بزرگ‌ترین کسب و کار در دنیاست. سهم این صنعت در تولید ناخالص ملی جهان از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۶ دو برابر شده است. ۸ درصد از کل صادرات و ۳۷ درصد از کل صادرات خدمات را در جهان، صادرات خدمات گردشگری تشکیل می‌دهد و در این میان گردشگری سلامت در ۱۰ سال گذشته سریع‌ترین رشد را نسبت به سایر بخش‌های گردشگری داشته است.

بررسی اخبار، آمارها و مصاحبه‌هایی که از سوی مسئولین مرتبط با موضوع گردشگری سلامت منتشر شده است، نشان می‌دهد که گردشگری سلامت در ایران، به طور نامنظم و هدایت نشده‌ای رو به رشد است و می‌توان گفت که سمت و سوی مشخصی ندارد (جابری، ۱۳۸۷: ۲۶). در آغاز لازم است نگاهی اجمالی به جایگاه گردشگری سلامت در آمار و مطالعات موجود داشته

باشیم که اعم از گردشگری پزشکی است.

بر اساس برنامه چشم انداز ۲۰ ساله، ایران باید اولین کشور منطقه در زمینه گردشگری سلامت باشد و بر اساس این هدف، کشورمان باید تا سال ۱۴۰۴ (۲۰۲۵) با ایجاد توان ارائه خدمات پزشکی و درمانی، پذیرای ۲۰ میلیون گردشگر باشد و درآمد ۱۵ میلیارد دلاری از این حوزه داشته باشد (مهدوی^۱، ۲۰۱۳: ۱۱۵). این آمار نشان می‌دهد که هدف از تعیین این اعداد، ضمن کسب سهم مناسبی از بازار گردشگری سلامت، تبدیل شدن به کشور اول منطقه در حوزه گردشگری سلامت نیز بوده است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴، تا سال ۲۰۱۱ میلادی، سالیانه ۵۰ میلیارد دلار از طریق گردشگری سلامت عاید کشورهای مقصد شد (برگرفته از تارنمای سازمان بهداشت جهانی^۲). در مورد ایران نیز بر اساس آمار سازمان جهانی گردشگری^۳، از نظر جاذبه‌های طبیعی، ایران جزء ۵ کشور برتر دنیا و از نظر جاذبه‌های فرهنگی و تاریخی رتبه دهم را داراست (برگرفته از تارنمای سازمان جهانی گردشگری^۴)، ولی از گردش مالی این صنعت که در سال ۲۰۱۳ حدود ۱۲۰ تا ۱۳۰ میلیارد دلار بوده، ایران فقط یک میلیارد دلار یعنی معادل ۰٫۷ درصد سهم داشته است. اعتقاد بر این است که ایران توانایی جذب سالیانه حدود یک میلیون گردشگر سلامت را دارد که این مقدار برابر با درآمدی معادل ۷ میلیارد دلار برای کشور خواهد بود. بر اساس آمار سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، ایران در سال ۲۰۰۷ میزبان حدود ۲۰ هزار گردشگر سلامت از کشورهای خاورمیانه بوده است و ضمن اینکه آمار دقیقی در سال‌های اخیر در دست نیست، اما درآمد گردشگری سلامت ایران در سال ۱۳۹۳، یک میلیارد و دویست میلیون دلار تخمین زده شده است (سایت رسمی سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، ۱۳۹۴).

با این مقدمه می‌توان گفت توجه به موضوع گردشگری سلامت به سه دلیل عمده مورد توجه قرار گرفته است. نخست اینکه این موضوع در سال‌های اخیر و به دنبال پیشرفت این صنعت در سایر کشورها، مورد توجه بسیاری از دولت‌ها بخصوص کشورهای آسیایی قرار گرفته است و به دلیل سودآوری کلان، وارد رقابت شدیدی برای جذب گردشگران درمانی شده‌اند. دوم

1. Mahdavi

2. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/

3. UNWTO

4. <http://mkt.unwto.org/en/barometer>

اینکه اقدامات پراکنده‌ای که در کشور در این زمینه انجام شده است متناسب با اهداف تعیین‌شده نیست و نیاز به الگوهایی جامع برای خط‌مشی‌گذاری در این حوزه به شدت احساس می‌شود. سوم اینکه قوانین بالادستی در مورد گردشگری سلامت نشان می‌دهد نه تنها اصل موضوع جایگاه مناسبی در قوانین ندارد، بلکه ابعاد این موضوع و چالش‌های احتمالی توسعه این حوزه و اثر آن بر سایر حوزه‌ها کمتر مورد توجه بوده است. لذا پژوهش حاضر در صدد استخراج چالش‌های خط‌مشی‌گذاری در این حوزه است. ارائه این توضیح در اینجا ضروری است که میان «چالش‌ها» و «الزامات قانون‌گذاری» ارتباط متقابلی وجود دارد، به این معنا که شناسایی چالش‌ها به صورت اجتناب‌ناپذیر توصیه‌های ضمنی و ایجابی برای خط‌مشی‌گذاری را به همراه خواهد داشت. یکی از ویژگی‌های مشترک عموم تعاریف ارائه شده از خط‌مشی عمومی آن است که تقریباً تمامی آنها خط‌مشی عمومی را در پاسخ به یک «مسئله عمومی» مطرح می‌کنند. بنابراین خط‌مشی‌گذاری، دانشی مسئله‌محور و با هدف غایی حل مسائل عمومی است (هیولت و رامش^۱، ۲۰۰۹: ۱۲) پژوهش حاضر در تلاش است به چالش‌های گردشگری سلامت در عرصه قانون‌گذاری و اجرا در کشور پردازد و به این سؤال پاسخ دهد که نهادهای مسئول برای پیشبرد و توسعه این بخش از اقتصاد، چه تمهیداتی اندیشیده‌اند و تجربه کشورهای موفق در این عرصه چه چالش‌ها و الزاماتی را یادآور می‌سازد؟ بر این اساس، برطرف ساختن «چالش‌های» خط‌مشی‌گذاری حوزه گردشگری سلامت، مهمترین منبع تدوین خط‌مشی‌ها و الزامات قانون‌گذاری در این حوزه خواهد بود.

مبانی نظری و مروری بر مطالعات گذشته

تحقیقات مشابه در زمینه گردشگری سلامت که در برخی از آنها از روش تحلیل مضمون بهره‌گیری شده است، شناسایی چالش‌های خط‌مشی‌گذاری در ابعاد مختلف، مورد توجه بوده و دستور کار خط‌مشی‌گذاران در بخش سلامت و بهداشت عمومی قرار گرفته است (جانستون و دیگران^۲، ۲۰۱۱: ۴۱۶)، (اشنایدر و دیگران^۳، ۲۰۱۳: ۱۲۲). در ادامه این پژوهش‌ها معرفی شده است:

1. Hawlett and Ramesh
2. Johnston
3. Snyder

جدول ۱: برخی از پژوهش‌های داخلی و خارجی حوزه گردشگری پزشکی

عنوان پژوهش	محقق	سال تحقیق	محل نشر	روش تحقیق	چکیده یافته‌ها	نتایج
وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران	محمد رضا فرزین، نسرین شعرافچی زاده، سید جمال الدین طیبی، بهرام دلگشایی، علیرضا جباری	۱۳۹۱	فصلنامه پایش	مطالعه موردی	بررسی زیرساخت‌ها و وضعیت موجود گردشگری پزشکی	شناسایی چالش‌های ایران در زمینه زیرساخت‌های پایه و درمانی، حمایت دولت، نبود برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی، هماهنگی بین بخشی، مراکز سلامت با اعتبار بین المللی، ترفیع و بازاریابی منسجم
گردشگری پزشکی: راهی برای کاهش اثرات بحران جهانی اقتصاد بر مقاصد گردشگری	علی اصغر شالبافیان	۱۳۹۰	همایش ملی چشم و چشم انداز آینده	کیفی	بررسی روند افزایش تقاضا برای گردشگری پزشکی	مقاومت بهتر گردشگری پزشکی در برابر بحران اقتصادی
جنبه‌های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی	ابوالحسنی نازنین	۱۳۹۳	نشریه اخلاق زیستی	مطالعه مروری	بررسی جنبه‌های قانونی و حقوقی مرتبط با گردشگری پزشکی	راهکارهای حل چالش‌های حقوقی و قانونی گردشگری پزشکی و نقش سیاست گذاران و نهادهای متولی
صنعت گردشگری پزشکی در ایران:	صدر ممتاز ناصر، آقارحیمی	۱۳۸۹	مدیریت اطلاعات	توصیفی-تحلیلی	بررسی عوامل تاثیر گذار در	مهمترین عوامل تاثیر گذار در توسعه

صنعت گردشگری پزشکی از دیدگاه مدیران: استراتژی توسعه زیر ساخت عمومی، استراتژی توسعه منابع انسانی، استراتژی توسعه سیستم اطلاعاتی و بازاریابی و استراتژی توسعه محصول	توسعه صنعت گردشگری پزشکی		سلامت		زهرا	راهکارهایی برای توسعه
از میان عوامل فرهنگی موردنظر، تنها گرایشات اسلامی (دین اسلام) بر جذب گردشگران پزشکی نقش داشته است	بررسی اثرگذاری برخی از عوامل فرهنگی بر جذب گردشگر پزشکی به ایران	روشهای کمی	پایان نامه دانشگاه علامه طباطبائی	۱۳۹۰	مریم رحمانی، مهدی کروی	بررسی رابطه عوامل فرهنگی با جذب گردشگران پزشکی ایران
تنوع طرز تفکر گردشگران پزشکی در کانادا و عدم مراجعه بسیاری از آنان به آژانس‌های تسهیل گر گردشگری پزشکی در عین جایگاه مهم این تسهیل گران در کشور، از این موضوع پدیده	این مطالعه اولین پژوهش است که با شرکت‌های تسهیل گر گردشگری پزشکی کانادا برای کشف اطلاعات واقعی گردشگری	تحلیل مضمون	Public health	2011	Johnston, Crooks, Adams, Snyder and Kingsbury	An industry perspective on Canadian patients' involvement in Medical Tourism: implications for public health

متناقضی را ساخته است.	پزشکی در این کشور انجام شده است.					
هر چند این بررسی در فضای کشور مغولستان انجام شده است اما در نتیجه به کشورهای کم درآمد توصیه‌های مفیدی در مورد انجام تغییرات ساختاری در حوزه سلامت دارد.	در این مقاله به بررسی نقش ذینفعان گردشگری پزشکی در مغولستان پرداخته شده است	تحلیل مضمون	Health Service Research	2015	Snyder, Byambaa, Johnston, Crooks, Janes and Ewan	Outbound medical tourism from Mongolia: a qualitative examination of proposed domestic health system and policy responses to this trend

مفهوم گردشگری سلامت

سابقه گردشگری سلامت با توجه به افسانه‌ها و روایت‌های تاریخی که افراد متعددی با سفر به سرزمین‌های دوردست در پی روش‌های درمانی و اکسیرهای زیبایی و جوانی بوده اند، را می‌توان هم ارز و هم سابقه با خود پزشکی دانست (بادولسک، ۲۰۱۴: ۴۱۰)

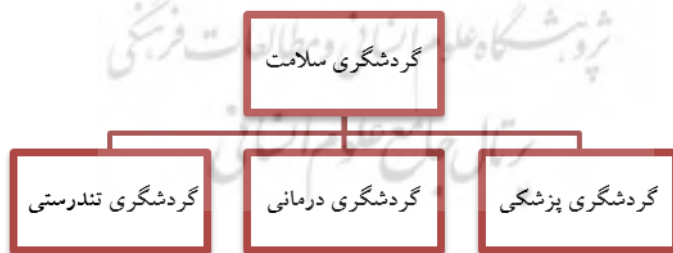
اگر چه تعریف واحدی برای گردشگری سلامت وجود ندارد، می‌توان آن را به عنوان مسافرت گسترده افراد از محل اقامت خود برای سلامتی تعریف نمود. گردشگری سلامت شامل افراد و گروه‌هایی هستند که برای استفاده از تغییر آب و هوا (با هدف پزشکی و درمانی) استفاده از آب‌های معدنی، گذراندن دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند. (عربشاهی، ۱۳۹۲: ۱۴۰)

در اغلب مقالات و کتب موجود در این حوزه، گردشگری سلامت را در سه دسته کلی تقسیم‌بندی می‌نمایند:

گردشگری تندرستی (پیشگیرانه)^۱: 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 و در مواردی که گردشگر بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد را گردشگری تندرستی گویند. این سفر با هدف بهبود تندرستی و سلامت از طریق فعالیت‌های فیزیکی، روانشناسانه یا روحی - روانی صورت می‌گیرد (دیمون^۲، ۲۰۱۳: ۱۶۰).

گردشگری درمانی (صحت)^۳: مسافرت به منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی را گردشگری درمانی گویند. چرا که در آن بیمار به منظور درمان اختلال خاص جسمی مانند بیماری‌های پوستی و مشکلات مفاصل، رماتیسم یا بیماری‌های تنفسی یا برای تمدد اعصاب و تفریح در منابع درمانی طبیعی مثل چشمه‌های معدنی، دریاچه نمک، گل، شن رادیواکتیو، حمام گیاهی، خورشید و آب و هوا و مانند آن، برای یک دوره زمانی مشخص (به طور متوسط ۲-۴ هفته) و برای برخی بیماری‌ها، چند ماه سفر می‌کند. (هاراشه^۴، ۲۰۰۲: ۴۵) (صادقی و جهانگیری، ۱۳۹۱: ۱۱۵).

گردشگری پزشکی^۵: مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی گویند. در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی مانند (اسپاها) باشد (عربشاهی، ۱۳۹۲: ۱۴۵).



نمودار ۱: دسته‌بندی گردشگری سلامت

1. Wellness Tourism
2. Dimon
3. Curative Tourism
4. Harahsheh
5. Medical Tourism

ابعاد گردشگری سلامت

گسترده‌گی موضوع گردشگری سلامت و تأثیرات مختلف و متعددی که در حوزه‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی بر جای می‌گذارد، ایجاب می‌کند که از زوایای مختلف به بررسی ابعاد آن پرداخته شود. در این نوشتار، موضوع گردشگری سلامت در چهار بعد اقتصادی، فرهنگی-اجتماعی، سیاسی و اداری مورد بررسی قرار گرفته است.



نمودار ۲: ابعاد گردشگری سلامت

بعد اقتصادی گردشگری سلامت

گردشگری سلامت و درمان بیماران در کشورهای خارجی فرصت‌های خاصی را در حوزه سلامت کشورها و مزایا و چالش‌هایی را نیز برای کشورها به همراه دارد. درآمد حاصله می‌تواند ترسیم‌کننده توسعه اقتصادی آینده باشد و جنبه مالی خدمات درمانی را برای خط‌مشی‌گذاران و دولت‌مردان و سایر ذینفعان نمایان سازد و زمینه را برای بهبود زیرساخت‌ها فراهم سازد. گردشگری سلامت می‌تواند هزینه‌های عمومی را در کشور میزبان کاهش دهد و برخی درمان‌ها به کشورهای دیگر برون‌سپاری می‌شود که هم نسبت به منابع محدود، ایجاد اثربخشی می‌شود و هم زمان انتظار کاهش می‌یابد و هم اینکه بسته درمانی کامل‌تری به بیمار ارائه می‌شود (اسنایدر^۱، ۲۰۱۱: ۶). برخی کشورها با بهبود بخش‌های بازار مربوط به کشور خود، کیفیت ارائه خدمات را بالاتر و حوزه خدمات ارائه‌شده را تخصصی‌تر می‌کنند (سالزر^۲، ۲۰۱۲: ۵۷۵). به هر حال سفر درمانی همیشه کم‌هزینه‌تر از درمان در کشور مبدأ نیست. نرخ‌ها و

1. Snyder
2. Salzer

هزینه‌های درمان در کشورهای همسایه در محدوده کشورهای اروپایی، هم می‌تواند با وضع مقررات محدود شود و هم می‌تواند افزایش یابد (سونل^۱، ۲۰۰۹: ۱۵). پیچیدگی‌های گردشگری سلامت از سفرهای درمانی و معرفی بیماری‌های جدید می‌تواند هزینه‌های جدیدی را به سیستم سلامت کشور مبدأ تحمیل کند (کوماراسامی^۲، ۲۰۱۰: ۶۰۰).

برای درک چشم‌انداز اقتصادی این حوزه از کسب و کار، می‌توان نگاهی به فرصت‌های کارآفرینی در این حوزه هم داشته باشیم: (گنورگ^۳، ۲۰۰۷: ۲۶)

خدمات حمل و نقل و جابه‌جایی گردشگران

آژانس‌ها و کارگزاران گردشگری

استقرار دفتر گردشگری در بیمارستان

خدمات حرفه‌ای: (نرم‌افزار رزرو، پشتیبانی و مشاوره پزشکی از راه دور)

مراکز تندرستی (مراکز برای جوان‌سازی)

شرکت‌های پرورش نیرو

کارگزاران گردشگری سلامت

شرکت‌های روابط عمومی

بعد سیاسی گردشگری سلامت

به طور کلی، فعالیت‌های سیاسی پیرامون نهادهای حکومتی معینی مانند مجلس، ریاست جمهوری، دادگاه‌ها، دیوان سالاری‌ها، ایالت‌ها، شهرداری‌ها و غیره متمرکز است. نقش مؤثر نهادهایی از جمله نهادهای انتظامی، وزارت کشور و وزارت خارجه در حوزه گردشگری سلامت در اغلب کشورها، بیانگر ابعاد سیاسی این حوزه است. بررسی تجربه بسیاری از کشورها نشانگر آن است که نحوه روابط کشورها با یکدیگر تا حد زیادی تعیین‌کننده ملیت بیمارانی است که به یک کشور وارد می‌شوند. برای مثال ترکیه به دلیل روابط خارجی گسترده‌تر، بیش از سایر همسایگان در زمینه گردشگری سلامت درآمد کسب می‌کند. همچنین به عنوان پیامد حاصل از جنگ داخلی در لیبی، برای اولین بار تعداد زیادی از بیماران و

1. Suñol
2. Kumarasamy
3. George

شهروندان آسیب‌دیده لیبی به ترکیه منتقل شدند و به علت روابط نزدیک بین این دو کشور، به صورت رایگان تحت درمان قرار گرفتند. پس از پایان جنگ نیز امروزه تعداد زیادی از گردشگران سلامت از لیبی به ترکیه سفر می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری عوامل از جمله موارد زیر می‌تواند در بعد سیاسی گردشگری سلامت مؤثر باشد (شالبافیان، ۱۳۹۴: ۲۰۱).

کیفیت روابط خارجی با سایر کشورها

حضور نخبگان و شهروندان یک کشور در سایر کشورها

تفاهم نامه‌های همکاری مشترک بین کشورها

روابط بانکی بین کشورها

فعالیت‌های تبلیغاتی بین‌المللی

ثبات یا ناآرامی در کشورهای مقصد

نرخ جرم و جنایت در کشورهای مقصد

توجه به حقوق شهروندی در کشورهای مقصد

تصویر کشور مقصد در رسانه‌های بین‌المللی

بعد اداری گردشگری سلامت

تدوین برخی خط‌مشی‌های اداری می‌تواند سفرهای سلامت را تا حد زیادی سامان دهد. مانند آنچه در زمینه‌های جنسی در امریکا و انگلیس و همچنین در زمینه باروری در ترکیه صورت گرفت (کوهن^۱، ۲۰۱۲: ۱۵). با این حال، شناسایی و مجازات‌های بیش از حد برای برخی از اشکال گردشگری سلامت بسیار سخت است و این رویکرد می‌تواند باعث زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها شود. دولت‌ها می‌توانند شرکت‌های بیمه را از پوشش دادن برخی روش‌های درمانی منع کند و یا به کودکان متولدشده از طرق غیرقابل قبول درمانی را به عنوان شهروند نپذیرد (کوهن، ۲۰۱۲: ۱۵). توافقات رسمی بین‌المللی بین کشورها یا مؤسسات می‌تواند به طور قانونی جریان گردشگران سلامت را به کلینیک‌ها و مؤسساتی سوق دهد که هزینه‌های کمتر و کیفیت بالاتر خدمات درمانی را نصیب آن‌ها سازد. انجمن‌های حرفه‌ای هم می‌توانند به وضع

استانداردهای اخلاقی حرفه‌ای در کشورهای مبدأ و مقصد کمک کنند. برای مثال، چند انجمن پزشکی در کانادا اعلام کردند که پزشکان باید درمان‌های ضروری را انجام دهند، اما لازم نیست برنامه درمانی پزشکان خارجی را دنبال کنند. همینطور انجمن دیابت در چین علیه استفاده از سلول‌های بنیادی در درمان دیابت، بیانیه صادر کرد (ژو^۱، ۲۰۱۲: ۲۰).

وضع مقررات می‌تواند به مراتب از دخالت در امور سایر کشورها آسان‌تر باشد و نسبت به بسیاری از فعالیت‌ها بازدارنده باشد. برای مثال بسیاری از مادران ترجیح می‌دهند در هنگ کنگ صاحب بچه شوند تا از خط‌مشی تک‌فرزندی چین در امان باشند و بتوانند از خدمات سلامت و مزایای آموزش در هنگ کنگ استفاده کنند. اما گسترش دامنه این فعالیت‌ها سبب شد که خود هنگ کنگی‌ها دچار محدودیت‌هایی در بهره‌مندی از خدمات شوند، لذا هنگ کنگ از ورود زنان چینی که مراحل آخر بارداری خود را سپری می‌کنند به این کشور جلوگیری می‌کند تا تولد فرزند توسط چینی‌ها، بیشتر گسترش پیدا نکند (مک ماهون^۲، ۲۰۱۰: ۳۵).

در برخی موارد هم قانون‌گذاران در برخی موارد در قبال دورزدن مقررات داخلی، تصمیم به مدارا می‌گیرند. برای مثال هیچ فرد انگلیسی نمی‌تواند در خارج از کشور به خودکشی فرد دیگر کمک کند. اجازه به دورزدن قانون به عنوان یک رویکرد در خط‌مشی‌گذاری، ممکن است افراد را به نحو ناعادلانه‌ای مجرم بشمارد. فقدان کیفیت و ناکافی بودن زیرساخت‌ها در سیستم سلامت داخلی که سبب می‌شود گردشگران سلامت به دنبال خدمات درمانی مورد نیاز خود در خارج از کشور باشند، به همان اندازه وضع مقررات اهمیت دارند. برای مثال، دولت پرتغال که با سفرهای روزافزون زنان پرتغالی به خارج از کشور برای سقط جنین مواجه شدند، مقرراتی وضع کرد و بالاخره این عمل را مشمول پوشش درمانی ملی قرار داد و این سفرها متوقف شد (گلینوس^۳، ۲۰۱۰: ۱۱۵۰).

نگاه به موضوع گردشگری سلامت از منظر اداری نشان می‌دهد که تسامح و اجازه به دورزدن قوانین و یا به عبارت دیگر انفعال در خط‌مشی‌گذاری نه‌تنها موجب هرج و مرج در حوزه

1. Zhu
2. McMahan
3. Glinos

گردشگری سلامت شده است، بلکه لطمت و آسیب‌های جبران‌ناپذیری برای سلامت و اقتصاد کشورها به دنبال خواهد داشت.

بعد فرهنگی - اجتماعی گردشگری سلامت

جهانی‌شدن خدمات سلامت در قالب گردشگری سلامت می‌تواند سبب بروز مسائل جدی برای سیستم سلامت کشورهای مبدأ و مقصد و همین‌طور خود بیماران از منظر فرهنگی و اجتماعی شود. محدودیت‌ها و چالش‌هایی که در ادامه مورد توجه قرار می‌گیرند، پیامدهای فرهنگی - اجتماعی بسط گردشگری سلامت است که در برخی موارد همپوشانی زیادی با چالش‌های اقتصادی پیدا می‌کند. پیامدهای فرهنگی - اجتماعی از ۵ منشأ سرچشمه می‌گیرند: پیامدهای ناشی از کشورهای میزبان، پیامدهای ناشی از کشورهای اعزام‌کننده گردشگران درمانی، پیامدهای ناشی از رفتار اقتصادی گردشگران پزشکی، پیامدهای ناشی از رویکردهای غیراخلاقی و پیامدهای ناشی از نبود امکانات و پزشکان مناسب (لانت، ۲۰۱۳: ۲۰).

خط‌مشی‌گذاری گردشگری سلامت در کشورهای مختلف

امروزه در سایه رشد هزینه‌های درمانی، بسیاری از بیماران کشورهای توسعه یافته، به استفاده از خدمات پزشکی کشورهای در حال توسعه چشم دوخته‌اند. از جمله رقبای ایران در امر گردشگری سلامت در منطقه می‌توان به کشورهای هند، سنگاپور، اردن، مالزی، ترکیه، امارات و کشورهای استقلال یافته حواشی دریای مازندران و روسیه سفید اشاره کرد که برای جذب بیماران کشورهای آسیایی و حتی جهان در حال برنامه‌ریزی می‌باشند. در ادامه به مدل‌های موجود در زمینه گردشگری سلامت به خصوص در کشورهای همسایه یا در حال توسعه خواهیم پرداخت.

جدول ۲: بررسی مقایسه ای الگوی سایر کشورها در زمینه گردشگری سلامت

کشور	خط‌مشی‌های منتخب
اردن (واتسن ^۱ ، ۲۰۱۲)	تمرکز بر هزینه‌های کم جذب پزشکان مجرب (عمدتاً دارای مدرک تحصیلی و گواهی پزشکی از امریکا و بریتانیا) استفاده از پرسنل بیمارستانی مجرب و مسلط به زبان انگلیسی و سایر زبان‌ها
تایلند (هال ^۲ ، ۲۰۱۳)	تمرکز بر حوزه‌های خاص درمانی (از قبیل درمان‌های زیبایی و تغییر جنسیت) تأکید بر ارائه خدمات با کیفیت با هزینه کمتر و در مدت زمان کوتاه‌تر توسعه بیمارستان‌های خصوصی مجهز و پیشرفته
ترکیه (آلتین ^۳ ، ۲۰۱۲)	هزینه‌های معقول خدمات سلامت (صرفه ۴۵ تا ۶۵ درصدی برای اروپایی‌ها و امریکایی‌ها) ساخت بیمارستان‌های شهری و مناطق آزاد بهداشت و درمان تسهیل سرمایه‌گذاری خصوصی کسب مجوزهای استاندارد بین‌المللی (برای بیش از ۴۸ بیمارستان، کلینیک و مرکز درمانی)
سنگاپور (هال، ۲۰۱۳)	شناسایی تقاضا برای خدمات پزشکی و تضمین سودآوری برای سرمایه‌گذاران خصوصی ارائه قیمت‌های جذاب و معقول امضای تفاهم‌نامه‌هایی با برخی از کشورهای خاورمیانه حمایت دولت از بیمارستان‌هایی که قصد خرید زمین دارند سازمان‌دهی سمپوزیوم‌های بین‌المللی؛ کنفرانس‌ها و دوره‌هایی در زمینه پزشکی
فیلیپین (شالبافیان، ۱۳۹۴)	تمرکز بر مراقبت‌های بازنشستگی/بلندمدت تأمین‌کنندگان اصلی برای دیگر کشورها هزینه‌های کم اقدامات پزشکی، اقامت و حمل و نقل
مالزی	استفاده از متخصصان برتر در رشته‌های مختلف پزشکی

1. Watson
2. Hall
3. Altin

<p>استفاده از کارکنان پزشکی مسلط بر زبان انگلیسی</p> <p>تبلیغ در مورد اجرای برخی از پیچیده‌ترین درمان‌ها در جهان</p> <p>تبادل هزینه معالجات پزشکی با سطح کیفیت خدمات</p> <p>برابری سطح کیفیت خدمات پزشکی و دندان پزشکی کشور با همین خدمات در کشورهای توسعه یافته</p> <p>تبلیغ جاذبه‌های گردشگری مانند سواحل زیبا و تفرجگاه‌ها</p>	<p>(چی^۱، ۲۰۰۷)</p>
<p>تأکید بر ساخت بیمارستان‌های معظم با ظرفیت بسیار زیاد</p> <p>صدور ویزای پزشکی</p> <p>پیاده‌سازی استانداردهای اروپا، استفاده از کارکنان تأیید شده و تکنولوژی‌های پیشرفته</p> <p>کسب مجوزهای استاندارد بین المللی برای مراکز درمانی</p>	<p>هند</p> <p>(کوهن^۲، ۲۰۱۲)</p>

خط‌مشی‌گذاری گردشگری سلامت در کشورهای مختلف

در این بخش به منظور تبیین جایگاه گردشگری سلامت در نظام خط‌مشی‌گذاری کشور، ابتدا جایگاه گردشگری سلامت در «اسناد بالادستی» کشور و سپس بازیگران و گروه‌های ذی‌نفع گردشگری سلامت در کشور مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جایگاه گردشگری سلامت در اسناد بالادستی کشور

بررسی اسناد بالادستی کشور نشان دهنده این است که در موارد متعددی گردشگری سلامت می‌تواند به عنوان ابزار تحقق این خط‌مشی‌ها قلمداد شود و در برخی موارد صریحاً توسعه این نوع گردشگری مورد نظر خط‌مشی‌گذاران نظام بوده است (شالبافیان، ۱۳۹۴: ۲۰۱). در این بخش اسناد بالادستی کشور در حوزه گردشگری سلامت در سه بخش «خط‌مشی‌های کلی سلامت»، «مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی» و «قانون برنامه چهارم توسعه کشور» مورد بررسی قرار می‌گیرد:

1. Chee
2. Cohen

خط‌مشی‌های کلی سلامت (ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری مورخ ۹۳/۱/۱۸)
گردشگری سلامت را می‌توان به مثابه ابزاری برای تحقق سه بند از خط‌مشی‌های کلی سلامت قلمداد نمود:

افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت^۱.

رشد تضمینی تقاضا، بالابودن ضریب تکاثری، فصلی نبودن و قابلیت پیش بینی و کنترل تقاضا، ماندگاری طولانی گردشگران سلامت در مقصد و در نهایت، درآمد بالا و اشتغال زایی گردشگری سلامت از جمله مهم ترین مزایای اقتصادی این صنعت هستند که در کنار هم تاثیر چشم گیری بر افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی می‌گذارند.

بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران^۲.

یکی از راهکارهای ترویج طب سنتی نه تنها در سطح ملی بلکه در سطح بین المللی، به کارگیری و توسعه این شاخه پزشکی در زمینه گردشگری سلامت است. بسیاری از کشورها با ایجاد مراکز درمانی ارائه دهنده طب سنتی شان نه تنها از این طریق درآمد هنگفتی برای کشور فراهم آورده اند، بلکه این اقدام آنها منجر به ترویج و تبلیغ شیوه‌های درمانی خاص کشور در سراسر جهان شده است.

علاوه بر آن با توجه به پتانسیل‌های ایران، امکان ایجاد مراکز آموزشی و کارگاه‌های تخصصی در این زمینه نیز در کشور وجود دارد.

برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت در ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام^۳.

یکی از راهکارهای مناسب برای تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه، توسعه گردشگری سلامت در کشور است. در این راستا می‌توان از پتانسیل موجود در رابطه با تشابه فرهنگی و دینی ایران با کشورهای منطقه به منظور جذب هر چه بیشتر گردشگران سلامت بهره برد.

۱. بند ۱۰-۲

۲. بند ۱۲

۳. بند ۱۴

مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی

نقشه مهندسی فرهنگی کشور

«نقشه مهندسی فرهنگی کشور» بر برنامه‌ریزی برای جذب و گسترش گردشگری خارجی به‌ویژه شیعیان و دیگر مسلمانان در زمینه درمانی، تأکید دارد.

نقشه جامع علمی کشور (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی ۹۰/۱۰/۱۴)

بر اساس این سند، جمهوری اسلامی ایران قصد دارد تا سال ۱۴۰۴ به قطب پزشکی منطقه (برای رفع نیازهای پزشکی منطقه) تبدیل شود. یکی از راهکارهای تحقق این هدف، بهره‌گیری از توانمندی‌های پزشکی و درمانی کشور به‌واسطه توسعه گردشگری سلامت (پزشکی) است.

قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

گردشگری سلامت را می‌توان یکی از ابزارهای تحقق ماده ۸۷ قانون برنامه چهارم توسعه قلمداد کرد.

در این ماده آمده است: «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به‌منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب خط‌مشی‌های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و داروئی ارائه نماید. به‌نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل ۳۰ درصد مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد».

بدیهی است یکی از مصادیق بارز صادرات خدمات سلامت در ماده مذکور، گردشگری سلامت است، در واقع جذب گردشگران سلامت از خارج از کشور می‌تواند موجب ورود ارز به کشور و تقویت تراز تجاری شود (شالباغیان، ۱۳۹۴: ۲۰۵).

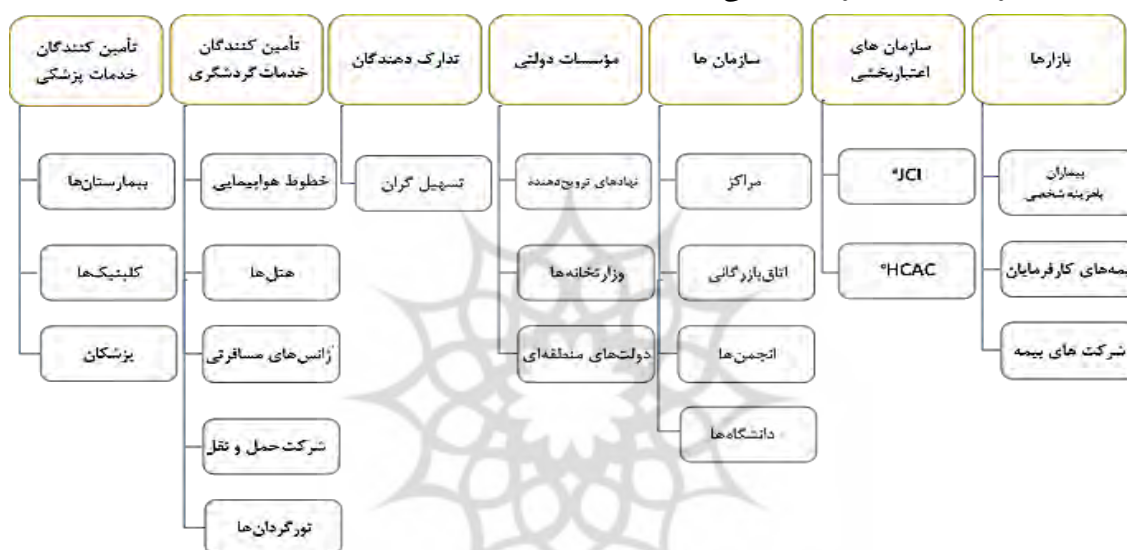
نکته قابل تأمل اینکه با وجود تأکید برنامه چهارم بر توسعه صادرات خدمات سلامت و عدم دستیابی به این هدف، در برنامه پنجم به این موضوع پرداخته نشده است.

بازیگران و گروه‌های ذینفع گردشگری سلامت کشور

در این صنعت با طیف وسیعی از ذینفعان کلیدی با منافع تجاری متنوع از جمله کارگزاران، ارائه دهندگان خدمات درمانی، شرکت‌های بیمه، شرکت‌های طراحی و پشتیبانی وب سایت‌ها، کنفرانس‌ها و خدمات رسانه‌ای سر و کار داریم (تقی زاده یزدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۵).

انجمن گردشگری سلامت، ذینفعان گردشگری سلامت را در کشورهای مختلف در نموداری

ارائه کرده است که زیر مشاهده می‌کنید:



نمودار ۳: ذی‌نفعان گردشگری سلامت (برگرفته از سایت انجمن گردشگری پزشکی)

* کمیسیون مشترک بین‌المللی^۱ و شورای اعتباربخشی بهداشت و درمان^۲، سازمان‌های اعتباربخش در حوزه گردشگری سلامت هستند و اعطای گواهینامه توسط این سازمان‌ها به مراکز ارائه دهنده خدمات گردشگری سلامت، می‌تواند تضمین استاندارد بودن خدمات آن مراکز برای مشتریان باشد.

1. JCI
2. HCAC

روش پژوهش

روش انجام این تحقیق، کیفی است؛ برای استخراج داده‌ها و مؤلفه‌ها، مصاحبه صاحب‌نظران و متن قوانین و گزارش‌های کارشناسی بررسی شدند و با استفاده از روش تحلیل مضمون که می‌توان آن را یکی از روش‌های تحلیل محتوای کیفی نامید، مورد تحلیل قرار گرفتند. با توجه به اینکه هدف پژوهش، اکتشافی است و به دنبال ساخت مفاهیم، الگوها و چارچوب‌ها است، اغلب یافته‌های نهایی از پیش معلوم نیستند. با توجه به پیاز فرایند پژوهش، از نظر جهت گیری‌های پژوهش، این پژوهش کاربردی و از لحاظ فلسفه‌های پژوهش، تفسیری است. تحلیل مضمون، فرایندی برای تحلیل اطلاعات کیفی به‌شمار می‌رود؛ لذا تحلیل مضمون فقط یک روش کیفی نیست بلکه فرایندی است که می‌تواند در اکثر روش‌های کیفی (اگر نگوییم همه روش‌های کیفی) به کار رود. همچنین این روش، امکان تبدیل اطلاعات کیفی به کمی را فراهم می‌کند (بویاتزیس^۱، ۱۹۹۸: ۴).

روش و ابزار گردآوری اطلاعات

از آنجا که روش تحلیل مضمون به بررسی و تحلیل متن می‌پردازد، نحوه جمع‌آوری اطلاعات، در قالب چرخه‌های برداشت از متن انجام می‌شود. در واقع محقق با طی کردن مسیر رفت و برگشتی درون متن، به درک بهتری از متن برسد. در هر رفت و برگشت، یافته‌های جزئی که ناسازگار و متناقض با سایر یافته‌های محکم‌تر قبلی هستند، کنار گذاشته می‌شوند. این مسیر تا جایی ادامه می‌یابد که درک قابل قبولی از متن ایجاد شود که کمترین تناقض درونی را دارد (پاکر^۲، ۱۹۸۹: ۱۶)، (پاتن^۳، ۲۰۰۲: ۱۴۱).

با نگاهی به قوانین و مقررات موجود در حوزه گردشگری، مشخص می‌شود که قوانین موجود از تنوع زیادی برخوردار نیست. اما اظهارنظرهای مسئولین و صاحب‌نظران و همچنین گزارش‌های کارشناسی این حوزه می‌تواند راهنمای خوبی جهت تشخیص خلأهای قانونگذاری و الزامات خط‌مشی‌گذاری در این حوزه باشد. لذا کدها، مضمون‌های پایه و

1. Boyatzis
2. Packer
3. Patton

مضمون‌های ساختاریافته از این منابع به دقت استخراج شده‌اند تا مبنای توصیه‌های تقنینی قرار گیرند. قلمرو زمانی تحقیق به لحاظ حوزه قوانین و اسناد بالادستی بررسی شده مرتبط با حوزه گردشگری سلامت، قوانین و اسناد وضع شده توسط مراجع ذیصلاح جمهوری اسلامی ایران تا پایان سال ۱۳۹۵ می‌باشد.

اعتبارسنجی پژوهش

در پژوهش‌های کیفی از قبیل تحلیل محتوا یا تحلیل مضمون، معمولاً قابلیت اعتماد به میزان توافق میان کدگذاران محول می‌شود و ضرایب قابلیت اعتماد تحقیق، مرتبط با ضرایب توافق میان داوران است. در مورد حجم نمونه برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد، میان محققان اختلاف وجود دارد و بعضی ۱۰ تا ۲۰ درصد متن و عده‌ای نیز ۵ تا ۷ درصد کل محتوا را کافی دانسته‌اند (رایف ۱، ۱۳۸۱: ۴). در این پژوهش به منظور اعتبارسنجی از شیوه کدگذاری دوگانه استفاده شد.

اندازه معمول ضریب قابلیت اعتماد مورد پذیرش برای اکثر تحقیقات بین ۸۰ تا ۹۰ درصد است، اما تحقیقاتی که برای اولین بار وارد عرصه‌های جدید می‌شوند و دارای مفاهیمی هستند که ارزش تحلیلی بالایی دارند می‌توانند سطح قابل پذیرش را کمی پایین بیاورند. به هر حال تحقیقات اساسی و مهم که ضریب قابلیت اعتماد آن‌ها از ۷۰ درصد کمتر باشد، برای تفسیر دستاوردهای خود و تکرار تحقیق با مشکل روبرو خواهند بود (رایف، ۱۳۸۱: ۴). در این پژوهش قابلیت اعتماد در یک حد وسط یعنی ۸۰ درصد انتخاب شد.

اگرچه یکی از چالش‌های مطرح برای پژوهش‌های کیفی، پایایی و قابلیت اعتماد نتایج تحقیق است اعتبار و روایی در پژوهش حاضر نیز همانند آنچه در تحقیقات کیفی مرسوم است «با تأکید بر قابلیت اعتماد ۲، اصالت داده‌ها، مربوط بودن، و موثق بودن» انجام می‌گیرد (هومن، ۱۳۸۵: ۶۰-۶۲). علاوه بر معیارهای مذکور تکنیک‌های کمی نیز برای سنجش قابلیت تعمیم‌پذیری پژوهش‌های کیفی پیشنهاد شده است. محاسبه قابلیت اعتماد می‌تواند به

1. Ryff

2. Trustworthiness

روش‌های مختلف انجام شود (از جمله آزمون اسکات، فرمول کاپا، آلفای کرپندورف و غیره). در این پژوهش از آلفای کرپندورف استفاده شد چرا که برای حجم نمونه‌های نسبتاً کوچک (مانند این پژوهش) نیز قابل انطباق و به کارگیری است. محاسبه قابلیت اعتماد به صورت زیر است.

$$Alpha = 1 - \frac{Do}{Dc}$$

که در آن (Do) عدم توافق مشاهده شده، و (Dc) عدم توافق مورد انتظار بوده و مطابق با فرمول زیر محاسبه می‌شوند:

$$Do = \frac{1}{n} \sum_c \sum_k ock * metric \delta^2 Ck$$

$$Do = \frac{1}{n(n-1)} \sum_c \sum_k nC * nk * metric \delta^2 Ck$$

C: تعداد سطرهای ماتریس ارزش‌ها (کدگذاران)

K: تعداد ستونهای ماتریس ارزش‌ها (کدگذاران)

Ock: حاصل جمع عناصر c و k

عدم توافق مشاهده شده، محتوای مضامین یا تحلیل داده‌های کیفی را مورد نظر دارد. به این معنا که عنوان مضمون کدگذاری شده تا چه میزان با محتوای متن اصلی سند تطابق داشته است و عدم توافق مورد انتظار نیز به موضوع ارائه نظرات مشارکت‌کنندگان درباره فرآیند و طی درست مراحل کدگذاری می‌پردازد. بر این مبنای آلفای به دست آمده حدود ۸۳ درصد و در حد قابل پذیرش است: (حداقل مقدار مورد پذیرش برای آلفا ۰٫۷ می‌باشد)

$$Alpha = 1 - \frac{0.0337}{0.2} \approx 0.8315$$

۱. به منظور استخراج میزان Do و Dc، پرسشنامه‌هایی در اختیار مشارکت‌کنندگان تحقیق قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه عناوین مضامین یا خروجی‌های تحلیل کیفی به همراه نمونه‌های کدگذاری باز درج شده است و میزان مطابقت از طریق پرسش‌های گزینه‌ای تطابق زیاد-متوسط و کم مورد سوال واقع می‌شود.
۲. چنانچه مشارکت‌کننده گزینه متوسط یا کم را علامت بزند معادل عدم توافق و در صورتی که گزینه زیاد را مشخص کند به معنی توافق است. چنین رویه‌ای هم در مورد محتوای مضامین و هم در مورد صحت طی مراحل فرآیندی روش تحقیق مورد پرسش قرار می‌گیرد.

روش و ابزار تجزیه و تحلیل اطلاعات

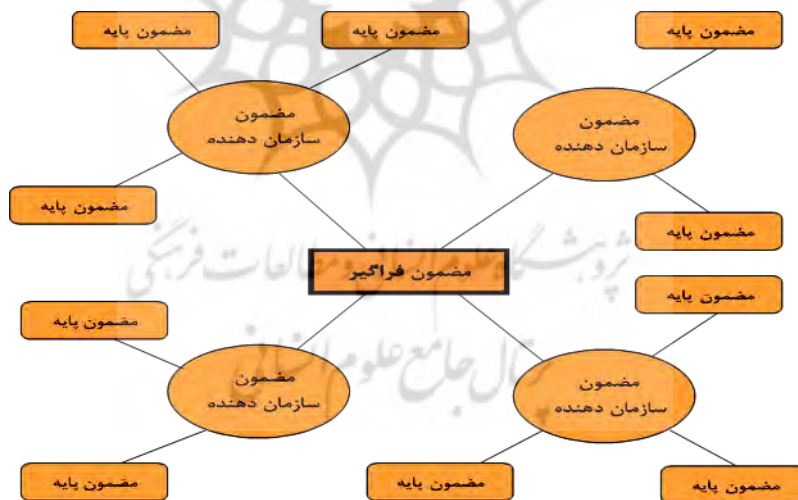
تجزیه و تحلیل اطلاعات در روش تحلیل مضمون مبتنی بر فرآیند «کدگذاری» است. مضمون یا تم، بیانگر چیز مهمی در داده‌ها در رابطه با سؤالات تحقیق است و تا حدی معنی و مفهوم الگوی موجود در مجموعه‌ای از داده‌ها را نشان می‌دهد (براون^۱، ۲۰۰۶). مضمون، الگویی است که در داده‌ها یافت می‌شود و حداقل به توصیف و سازمان‌دهی مشاهدات و حداکثر به تفسیر جنبه‌هایی از پدیده مورد بررسی می‌پردازد (بویاتزیس^۲، ۱۹۹۸: ۴)

شبکه مضامین بر اساس یک رویه مشخص، مضامین زیر را نظام‌مند می‌کند:

مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی موجود در متن)

مضامین سازمان‌دهنده (مقولات به دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه)

مضامین فراگیر (مضامین عالی در برگیرنده اصول حاکم بر متن به عنوان یک کل). سپس این مضامین به صورت نقشه‌های شبکه وب رسم می‌شوند که در آن مضامین برجسته هر یک از این سه سطح همراه با روابط میان آنها نشان داده می‌شود. شبکه مضامین به عنوان رویه‌ای برای



نمودار ۴: ساختار یک شبکه مضامین (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۳)

1. Braun
2. Boyatzis

تهیه مقدمات تحلیل یا ارائه نتایج پایانی تحلیل نیست، بلکه تکنیکی برای شکستن متن و یافتن نکات معقول و برجسته روشنی در درون متن است (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۷۰)

تحلیل داده‌ها

استخراج کدهای مربوط به چالش‌های گردشگری سلامت

با توجه به مطالعه عمیق قوانین و مصاحبه‌های صاحب‌نظران و مسئولین حوزه گردشگری سلامت، ۲۵۰ جمله و عبارت و به تبع آن ۲۵۰ کد از متن استخراج شد. ۴۸ مضمون پایه و شش مضمون سازمان‌دهنده با عناوین (چالش‌های اقتصادی، چالش‌های اجتماعی و فرهنگی، چالش‌های سیاسی و چالش‌های اداری) با مضمون فراگیر «چالش‌های بومی گردشگری سلامت» استخراج شده است. در ادامه به بخشهایی از جداول اشاره می‌گردد.

جدول ۳: بخشی از کدهای باز استخراج شده از متن مصاحبه‌های مرتبط با چالش‌های گردشگری سلامت

ردیف	متن	کد
۱	تعداد معدودی از بیمارستان‌ها، گواهی‌های استاندارد بین‌المللی نظیر JCI دارند و این موضوع سبب می‌شود بیماران اعتماد کافی به خدمات بیمارستان‌های ایرانی پیدا نکنند.	نداشتن گواهی‌های استاندارد بین‌المللی
۲	در اغلب برنامه‌ها به طور کلی موضوع سلامت بررسی شده است و برای حوزه گردشگری سلامت، اهداف مشخصی ذکر نشده است.	فقدان اهداف مشخص
۳	با وجود چند دستگاه مرتبط، اما برنامه مدونی برای حوزه گردشگری سلامت وجود ندارد.	فقدان برنامه مدون
۴	بسیاری از بیمارستان‌ها، تجهیزات و فناوری‌های مورد نیاز را ندارند.	کافی نبودن زیرساخت‌ها
۵	هزینه‌های درمانی در مراکز درمانی مختلف، ثابت نیست.	عدم یکپارچگی هزینه‌های درمانی
۶	وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط با موضوع گردشگری سلامت، از فعالیت‌های یکدیگر در این حوزه بی‌خبرند.	ناهماهنگی سازمان‌های مرتبط
۷	آمار دقیقی از گردشگران سلامت در دسترس نیست و آمار موجود، تخمینی و غیر قابل استناد است.	نبود آمارهای دقیق
۸	تا الآن فکری برای آموزش نیازمندی‌های حرفه‌ای پرسنل برای نحوه مواجهه با بیماران خارجی نشده است.	عدم آموزش‌های رفتاری پرسنل درمانی در مواجهه با بیماران خارجی

۹	پرسنل بیمارستان، به دلیل بلد نبودن زبان، در ارتباط با بیماران مشکل دارند.	ناآشنایی پرسنل درمانی با زبان‌های خارجی
۱۰	پرسنل بیمارستان، آموزش‌های لازم برای مواجهه با فرهنگ‌های مختلف را ندیده‌اند.	ناآشنایی پرسنل درمانی با نحوه تعامل با فرهنگ‌های متنوع
۱۱	سایت‌ها و شبکه‌های اطلاع‌رسانی و تبلیغاتی مناسبی برای جذب گردشگران پزشکی از کشورهای متقاضی وجود ندارد.	تبلیغات نامناسب و ناکافی
۱۲	سازوکار منسجمی برای بیمه بیماران خارجی وجود ندارد.	نامشخص بودن وضعیت بیمه بیماران خارجی
۱۳	واسطه‌ها و دلال‌های زیادی در حوزه گردشگری سلامت کار می‌کنند که امکان ارائه خدمات حرفه‌ای و استاندارد به بیماران را کاهش می‌دهد.	رواج واسطه‌گری و دلالتی در حوزه گردشگری سلامت
۱۴	اگر برای بیمار، مسئله درمانی خاصی پیش بیاید، ساز و کار برای طرح مسأله و یا شکواییه برای او پیش بینی نشده است.	نبود ساز و کار برای رسیدگی به شکایت بیماران خارجی
۱۵	بیمارستان‌ها در ارائه خدمات با کیفیت به بیماران داخلی عاجزند، چه برسد به بیماران متوقع خارجی.	ضعف بیمارستان‌های داخلی در ارائه خدمات همزمان به بیماران داخلی و خارجی
۱۶	در خصوص بیماری‌هایی که می‌تواند از سایر کشورها وارد شود، باید فکری کرد.	نبود تمهید لازم در خصوص بیماری‌های وارداتی از طریق گردشگران سلامت
۱۷	به دلیل پیشینه کاهش روابط با سایر کشورها، هنوز روابط مستحکم و اعتماد طرفینی ایجاد نشده است و برای امضای برخی تفاهم نامه‌ها در این زمینه مشکلاتی هست.	محدودیت‌های موجود در روابط خارجی
۱۸	بسیاری از رسانه‌های غربی به صورت مستمر، ایران را ناامن و کشوری غیر قابل اعتماد جلوه می‌دهند.	ارائه تصویر غیرواقعی و نامناسب از کشور در رسانه‌های غربی
۱۹	وضع بسیاری از تحریم‌های بین‌المللی در سال‌های گذشته، کاهش روابط اقتصادی و سیاسی را به همراه داشته است.	مسائل ناشی از تحریم‌های بین‌المللی
۲۰	به دلیل درآمدزا بودن این حوزه، نهادها و وزارتخانه‌های مرتبط با گردشگری سلامت، به الگوی مشخصی برای همکاری نمی‌رسند و هر دستگاهی مایل است این حوزه را در دست بگیرد.	عدم همکاری سازمان‌های مرتبط

۲۱	کشور ما علی رغم سطح بالای پزشکی در دنیا، سهم اندکی از عواید اقتصادی گردشگری سلامت دارد.	سهم اندک کشور از عواید اقتصادی حوزه گردشگری سلامت
----	---	---

جدول ۴: بخشی از جداول استخراج مضمون‌های پایه و سازمان‌دهنده از کدهای باز مربوط به چالش‌های گردشگری سلامت

ردیف	کد	مضمون پایه	مضمون سازمان‌دهنده
۱	نداشتن گواهی‌های استاندارد بین‌المللی	عدم اعتبار	چالش‌های اداری
۲	فقدان اهداف مشخص	عدم هدفگذاری	چالش‌های اداری
۳	فقدان برنامه مدون	بی‌برنامگی	چالش‌های اداری
۴	کافی نبودن زیرساخت‌ها	ضعف اقتصادی	چالش‌های اقتصادی
۵	عدم یکپارچگی هزینه‌های درمانی	بی‌نظمی اقتصادی	چالش‌های اقتصادی
۶	ناهماهنگی سازمان‌های مرتبط	ناهماهنگی ساختاری	چالش‌های اداری
۷	نبود آمارهای دقیق	عدم شفافیت اداری	چالش‌های اداری
۸	عدم آموزش‌های رفتاری پرسنل درمانی در مواجهه با بیماران خارجی	عدم آموزش	چالش‌های اجتماعی و فرهنگی
۹	ناآشنایی پرسنل درمانی با زبان‌های خارجی	عدم آموزش	چالش‌های اجتماعی و فرهنگی
۱۰	ناآشنایی پرسنل درمانی با نحوه تعامل با فرهنگ‌های متنوع	عدم آموزش	چالش‌های اجتماعی و فرهنگی
۱۱	تبلیغات نامناسب و ناکافی	ضعف اقتصادی	چالش‌های اقتصادی
۱۲	نامشخص بودن وضعیت بیمه بیماران خارجی	ضعف اقتصادی	چالش‌های اقتصادی
۱۳	رواج واسطه‌گری و دلالتی در حوزه گردشگری سلامت	عدم شفافیت اداری	چالش‌های اداری
۱۴	نبود ساز و کاری برای رسیدگی به شکایت بیماران خارجی	عدم شفافیت اداری	چالش‌های اداری
۱۵	ضعف بیمارستان‌ها در ارائه خدمات همزمان به بیماران داخلی و خارجی	ضعف اقتصادی	چالش‌های اقتصادی
۱۶	عدم تمهید لازم در خصوص بیماری‌های	ناهماهنگی ساختاری	چالش‌های اداری

		وارداتی از طریق گردشگران	
چالش‌های سیاسی	ضعف روابط بین المللی	محدودیت‌های موجود در روابط خارجی	۱۷
چالش‌های سیاسی	ایران هراسی	ارائه تصویر غیرواقعی و نامناسب از کشور در رسانه‌های غربی	۱۸
چالش‌های سیاسی	مسأله تحریم‌ها	مسائل ناشی از تحریم‌های بین‌المللی	۱۹
چالش‌های اداری	ناهماهنگی ساختاری	عدم همکاری سازمان‌های مرتبط	۲۰
چالش‌های اقتصادی	بی‌نظمی اقتصادی	سهم اندک کشور از عواید اقتصادی حوزه گردشگری سلامت	۲۱

بررسی کدهای باز و در نهایت مضامین پایه، چهار دسته عمده از چالش‌ها را به ذهن متبادر می‌سازد. این چهار دسته متناظر با ابعاد گردشگری سلامت نیز هستند. لذا به عنوان چهار مضمون سازمان‌دهنده؛ چالش‌های اقتصادی، چالش‌های اجتماعی و فرهنگی، چالش‌های سیاسی و چالش‌های اداری را در خود جای دادند. از منظرهای مختلف، می‌توان مضمون فراگیر را تعیین کرد. اگر با نگاه چالش‌محور به موضوع گردشگری سلامت نگریسته شود، چالش‌های بومی گردشگری سلامت در ایران می‌تواند مضمونی فراگیر قلمداد شود. اگر این مضمون فراگیر از منظر خط‌مشی‌گذاران مقبول واقع شود، می‌تواند متناظر با هر چالش، خلأهای قانونگذاری را بهتر درک کرد و خط‌مشی‌های متناسب نیز ارائه داد. انتخاب «چالش‌های بومی گردشگری سلامت در ایران» به عنوان مضمون فراگیر از این جهت اهمیت دارد که در میان چالش‌های شناسایی‌شده، برخی چالش‌ها مختص وضعیت بومی کشور است، لذا جمهوری اسلامی ایران، خط‌مشی‌های خاصی را نیز در این حوزه، طلب می‌کند؛ و در صورتی که خط‌مشی‌های پیشنهادی متناسب با چالش‌های بومی ارائه نشود، نمی‌توان نتایج موفقیت‌آمیز در سایر کشورها را صرفاً با پیاده‌سازی مدل آن‌ها، به انتظار نشست، چرا که برخی چالش‌ها در کشور ما وجود دارد که در سایر کشورهای مورد مطالعه موضوعیت ندارند.

ضعف قوانین و مقررات و بررسی خلأهای قانونگذاری حوزه گردشگری سلامت با وجود اینکه «ضعف قوانین و مقررات» در حوزه گردشگری سلامت به عنوان یکی از چالش‌های سیاسی و اداری در فهرست چالش‌های بخش قبل گنجانده شده است، اما با توجه به محوریت موضوع «چالش‌های خط‌مشی‌گذاری گردشگری سلامت» در این مطالعه، در این بخش تلاش شده است با هدف شناسایی و دسته‌بندی نقاط ضعف، نگاهی دوباره به قوانین و مقررات موجود صورت گیرد:

جدول ۵ بخشی از جداول استخراج مضمون‌های پایه و سازمان‌دهنده از کدهای باز مربوط به چالش‌های گردشگری سلامت

نقاط ضعف	خلاصه بند قانونی مربوطه	مرجع
<ul style="list-style-type: none"> فقدان ساز و کارها و ضمانت اجرایی مشخص 	بند (۱۰-۲): افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت.	سیاست‌های ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (۹۳/۱/۱۸)
<ul style="list-style-type: none"> عدم اشاره صریح به موضوع گردشگری سلامت 	بند (۱۲): بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.	
<ul style="list-style-type: none"> عدم توجه به موضوع در برنامه‌های پنجم و ششم عدم توجه به خط‌مشی‌های تسهیل‌گر جهت توسعه سریعتر گردشگری سلامت 	بند (۱۴): برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت در ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.	
<ul style="list-style-type: none"> عدم اشاره به وظایف و تکالیف سایر دستگاه‌های مرتبط با موضوع 	برنامه‌ریزی برای جذب و گسترش گردشگری خارجی به‌ویژه شیعیان و دیگر مسلمانان در زمینه درمانی،	نقشه مهندسی فرهنگی کشور
<ul style="list-style-type: none"> عدم اشاره به نحوه بررسی پیامدهای اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی گردشگری سلامت 	تبدیل شدن جمهوری اسلامی ایران به قطب پزشکی منطقه تا سال ۱۴۰۴ (برای رفع نیازهای پزشکی منطقه)	نقشه جامع علمی کشور (مصوب ۹۰/۱۰/۱۴)
<ul style="list-style-type: none"> عدم اشاره به لزوم تهیه پیوست فرهنگی برای موضوع گردشگری سلامت عدم تناسب برنامه‌ها با اهداف کلانی مانند تبدیل شدن به قطب پزشکی منطقه تا سال ۱۴۰۴ 	زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست‌های راهبردی تجاری	قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

به طور خلاصه بسیاری از مسائل اجرایی و فرایندهای عملیاتی معیوب در کشور، از چالش‌های خط مشی گذاری در این حوزه نشأت می‌گیرد در ادامه تلاش شده است با دسته بندی چالش‌ها و معرفی دستگاه‌ها و نهادهای ذی‌نقش، نتایج این مطالعه بیان شود.

چالش‌های گردشگری سلامت

بررسی مطالعات و بررسی‌های موردی انجام‌شده در کشورهای مختلف و تجربه کشورهای در زمینه گردشگری سلامت، چالش‌های متعددی را یادآور می‌سازد که برخی از آن‌ها مختص شرایط جغرافیائی، اجتماعی و اقتصادی کشورهای مورد مطالعه است. همچنین دسته‌بندی‌های مختلفی برای بیان چالش‌ها در مطالعات مختلف وجود دارد. در این بخش تلاش شده است چالش‌های مرتبط با شرایط فعلی کشور احصاء شوند و در ابعاد اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی، سیاسی و نیز اداری دسته‌بندی و ارائه و «فرایند مرتبط»^۱ با آن تعیین شود.

جدول ۶: دسته بندی چالش‌های گردشگری سلامت در کشور

ابعاد	چالش‌ها	فرایند مرتبط
اقتصادی	هزینه‌های تحمیلی به سیستم سلامت کشور	تدوین خط‌مشی
	تمایل پزشکان مجرب برای کار در بیمارستان‌های مورد نظر گردشگران به دلیل حق‌الزحمه‌های بهتر	
	مسائل بیمه‌ای و پرداخت غرامت در خصوص عوارض جانبی درمان‌ها	
	افزایش تعرفه‌ها برای بیماران داخلی به دلیل مقایسه تعرفه‌های داخلی و خارجی توسط مراکز درمانی و افزایش توقعات آن‌ها از بیماران داخلی.	
	ضعف تسهیلات گردشگری و خدمات بانکی	
اجتماعی و فرهنگی	سهم اندک کشور از گردش مالی این صنعت	ارزیابی خط‌مشی
	زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها به جهت فرار مالیاتی	اجرای خط‌مشی
	توان اندک مراکز درمانی کشور در خرید و تکمیل تجهیزات تکنولوژیک	
اجتماعی و فرهنگی	پیچیدگی‌های رعایت ارزشهای گردشگران در مراکز درمانی	تدوین خط‌مشی
	تبعات اجتماعی و تضاد طبقاتی ناشی از توجه بیشتر به گردشگران در	

۱. برای تفکیک مراحل یا فرایند خط مشی گذاری تقسیم‌بندی‌های متفاوتی صورت گرفته است که وجه مشترک تمامی آنها را می‌توان تفکیک به سه مرحله کلی «تدوین»، «اجرا» و «ارزیابی» خط مشی دانست (هیولت و رامش، ۲۰۰۹: ۴).

	مقابل بیماران داخلی	
ارزیابی خط‌مشی	مسائل ناشی از تنوع فرهنگی گردشگران سلامت	
	زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها به جهت دور زدن قوانین و نظارت‌های پزشکی	
	پیامدهای منفی فرهنگی برخی درمان‌های غیراخلاقی	
اجرای خط‌مشی	نامناسب بودن خدمات بیمارستان‌های دولتی برای بیماران داخلی و بهبود مستمر خدمات بیمارستان‌های خصوصی مورد نظر گردشگران	
	شیوع بیماری‌های وارداتی	
	ضعف برنامه‌های بازاریابی و تبلیغات	
تدوین خط‌مشی	پراکنده بودن اقدامات انجام شده	اداری
	موازی کاری دستگاه‌ها و نهادهای مسئول	
	نامشخص بودن و عدم تفکیک وظایف دستگاه‌ها	
	نیاز به الگوی جامع خط‌مشی‌گذاری	
	نامناسب بودن جایگاه گردشگری سلامت در قوانین بالادستی	
	مسائل حقوقی درمان‌های غیرمجاز مورد درخواست بیماران	
	مسائل حقوقی ناشی از شکایات بیماران در خصوص کیفیت نامناسب درمان	
	عدم برخورداری مراکز درمانی از گواهینامه‌های بین‌المللی اعتبارسنجی	
	ضعف تسهیلات صدور ویزای درمانی	
	نظام‌مند نبودن جذب گردشگران سلامت	
	ضعف قوانین و مقررات در عین بیان اهمیت و ضرورت در متن قوانین و خط‌مشی‌ها	
ارزیابی خط‌مشی	عدم تناسب اقدامات انجام شده با اهداف تعیین شده	
	ناکافی بودن زیرساخت‌ها و تضييع حقوق بیماران داخلی	
اجرای خط‌مشی	افزایش فعالیت‌های دلالی و کاسب‌کارانه در ارائه خدمات پزشکی	
	کیفیت پایین خدمات‌رسانی و تسهیلات	
	ضعف زیرساخت‌های حمل و نقل	
ارزیابی خط‌مشی	ناآرامی منطقه	سیاسی
	حضور کم شهروندان خارجی در کشور	

	مسائل ناشی از تحریم‌های بین‌المللی
اجرای خط‌مشی	ارائه تصویر غیرواقعی و نامناسب از کشور در رسانه‌های غربی
	فعالیت‌های اندک تبلیغاتی در سایر کشورها
	محدودیت‌های موجود در روابط خارجی
	روابط بانکی محدود با سایر کشورها

نهادهای مؤثر در گردشگری سلامت در کشور

نقش نهادهای مختلف در گردشگری سلامت باید متناسب با نقش گسترده تر دولت در توسعه اقتصادی، سلامت و گردشگری مورد ملاحظه قرار گیرد (چاندا^۱، ۲۰۰۸: ۳۹)

با وجود جدید بودن حوزه گردشگری سلامت، میان کشورهای مقصد بزرگ تفاوت‌هایی وجود دارد. برای مثال اگر پیوستار دولتی بودن و خصوصی بودن خدمات گردشگری سلامت کشورها را تجسم کنید، می‌توان کوبا را دولتی‌ترین کشور، و هند را خصوصی‌ترین آنها در این حوزه دانست.

در مالزی، دولت کمیته ملی برای ترویج گردشگری سلامت تشکیل داده است. این کمیته، اقدامات جامعی در جهت تسهیل و تشویق این صنعت انجام می‌دهد (گراس^۲، ۲۰۰۶: ۹۹). گردشگری سلامت در این کشور جایگاه خاصی در برنامه‌های ۵ ساله دارد. کمپینی به نام «تایلند شگفت‌انگیز» توسط مقامات تایلندی راه اندازی شد که گردشگری سلامت یکی از بخشهای روبه رشد آن است.

کوبا یکی از کشورهایی است که توسعه گردشگری سلامت خود را مرهون همکاری گسترده‌ای می‌داند که در بخش‌های عمومی کشور ایجاد کرد. بر اساس مطالعه سازمان تجارت جهانی^۳، موفقیت مدل گردشگری سلامت در کوبا به خاطر توجه به استراتژی هماهنگی و همکاری وزارت بهداشت این کشور با سایر نهادهای گردشگری، تجاری و صنعتی خود است (اسمیت^۴، ۲۰۰۴: ۲۳۱۵).

1. Chanda
2. Gross
3. WHO
4. Smith

مطالعه ایران با شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی مختص خود، برخی از نهادهای دیگر را نیز در گردشگری سلامت دخیل می‌سازد. بر اساس این مدل، نهادهای زیر در گردشگری سلامت در کشور مؤثر هستند:

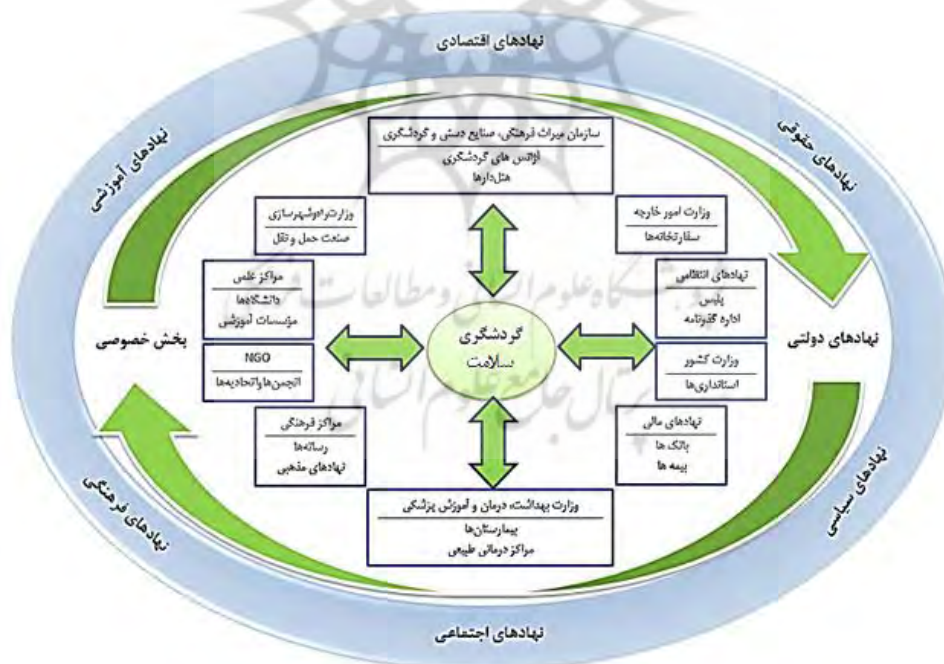
سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، اداره‌ی کل میراث فرهنگی صنایع دستی و گردشگری استان‌ها، ارایه دهندگان خدمات گردشگری، آژانس‌ها، هتل‌ها
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، نظام پزشکی، ارایه دهندگان خدمات بخش بهداشت و درمان، بیمارستان‌ها
وزارت کشور، استانداری

نهادهای مالی، بانک‌ها، سرمایه‌گذاران بخش خصوصی

بیمه مرکزی، شرکت‌های بیمه

وزارت امور خارجه، سفارتخانه‌ها

نهادهای انتظامی، اداره گذرنامه



نمودار: نهادهای مؤثر در گردشگری سلامت در کشور

نتیجه‌گیری

در اغلب پژوهش‌های داخلی و خارجی موجود، توجه به موضوع گردشگری سلامت از منظر فرایندهای عملیاتی و ذکر نقاط قوت و فرصت‌های منطقه‌ای بوده است. وجه نوآورانه این بررسی، استخراج چالش‌های حوزه گردشگری سلامت از منظر خط‌مشی‌گذاری است. به عبارت دیگر از نظر نگارندگان این مقاله، بسیاری از مسائل اجرایی و فرایندهای عملیاتی معیوب در کشور، از چالش‌های خط‌مشی‌گذاری در این حوزه نشأت می‌گیرد که محور بررسی‌های این پژوهش بوده است.

همچنین رویکرد جامع و نهادی به بخش دولتی و خصوصی دخیل در گردشگری سلامت و چالش‌ها و راهکارهای مربوطه، نگاهی جدید است که در سایر پژوهش‌ها کمتر از این منظر به موضوع گردشگری سلامت پرداخته شده است.



جدول ۷: مقایسه چالش‌های گردشگری سلامت در مطالعات گذشته و چالش‌های اضافه شده در این

مطالعه

ابعاد	چالش‌های مشترک با سایر کشورها (مطالعات گذشته)	موارد خاص ایران (اضافه شده در این مطالعه)
اقتصادی	هزینه‌های تحمیلی به سیستم سلامت کشور (لانت، ۲۰۱۳:۲۰)	توان اندک مراکز درمانی کشور در خرید و تکمیل تجهیزات تکنولوژیک
	تمایل پزشکان مجرب برای کار در بیمارستان‌های مورد نظر گردشگران به دلیل حق‌الزحمه‌های بهتر (اسنایدر، ۲۰۱۱:۶)	سهم اندک کشور از گردش مالی این صنعت
	مسائل بیمه‌ای و پرداخت غرامت در خصوص عوارض جانبی درمان‌ها (لانت، ۲۰۱۳:۴۶)	زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها به جهت فرار مالیاتی
	افزایش تعرفه‌ها برای بیماران داخلی به دلیل مقایسه تعرفه‌های داخلی و خارجی توسط مراکز درمانی و افزایش توقعات آن‌ها از بیماران داخلی (سونل، ۲۰۰۹:۱۶)	
	ضعف تسهیلات گردشگری و خدمات بانکی (کومارازامی، ۲۰۱۰:۶۰۰)	
اجتماعی و فرهنگی	پیچیدگی‌های رعایت ارزشهای گردشگران در مراکز درمانی (لانت، ۲۰۱۳:۵۰)	
	تبعات اجتماعی و تضاد طبقاتی ناشی از توجه بیشتر به گردشگران در مقابل بیماران داخلی (کوهن، ۲۰۱۲:۱۵)	
	مسائل ناشی از تنوع فرهنگی گردشگران سلامت (جانستون و دیگران، ۲۰۱۱:۴۱۶)	
	زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها به جهت دور زدن قوانین و نظارت‌های پزشکی (سونل، ۲۰۰۹:۱۵)	
	پیامدهای منفی فرهنگی برخی درمان‌های غیراخلاقی (مک ماهون، ۲۰۱۰:۳۵)	
	نامناسب بودن خدمات بیمارستان‌های دولتی برای بیماران داخلی و بهبود مستمر خدمات بیمارستان‌های خصوصی مورد نظر گردشگران (هال، ۲۰۱۳)	
	شیوع بیماری‌های وارداتی (کوهن، ۲۰۱۲:۱۵)	

	ضعف برنامه‌های بازاریابی و تبلیغات (آلتین، ۲۰۱۲)	
پراکنده بودن اقدامات انجام شده	مسائل حقوقی درمان‌های غیرمجاز مورد درخواست بیماران (مک ماهون، ۲۰۱۰: ۳۵).	اداری
موازی‌کاری دستگاه‌ها و نهادهای مسئول	مسائل حقوقی ناشی از شکایات بیماران در خصوص کیفیت نامناسب درمان (کوهن، ۲۰۱۲: ۱۵).	
نامناسب بودن جایگاه گردشگری سلامت در قوانین بالادستی	عدم برخورداری مراکز درمانی از گواهینامه‌های بین‌المللی اعتبارسنجی (هال، ۲۰۱۳)	
ضعف قوانین و مقررات در عین بیان اهمیت و ضرورت در متن قوانین و خط‌مشی‌ها	ضعف تسهیلات صدور ویزای درمانی (کوهن، ۲۰۱۲)	
عدم تناسب اقدامات انجام شده با اهداف تعیین شده	نظام‌مند نبودن جذب گردشگران سلامت (آلتین، ۲۰۱۲)	
نامشخص بودن و عدم تفکیک وظایف دستگاه‌ها	ناکافی بودن زیرساخت‌ها و تضییع حقوق بیماران داخلی (کوهن، ۲۰۱۲: ۱۵).	
نیاز به الگوی جامع خط‌مشی‌گذاری	افزایش فعالیت‌های دلالی و کاسب‌کارانه در ارائه خدمات پزشکی (واتسن، ۲۰۱۲)	
	کیفیت پایین خدمت‌رسانی و تسهیلات (چی، ۲۰۰۷)	
	ضعف زیرساخت‌های حمل و نقل (چی، ۲۰۰۷)	
ناآرامی منطقه	فعالیت‌های اندک تبلیغاتی در سایر کشورها (شالبافیان، ۱۳۹۴: ۲۰۱).	
حضور کم شهروندان خارجی در کشور	محدودیت‌های موجود در روابط خارجی (شالبافیان، ۱۳۹۴: ۲۰۱).	
مسائل ناشی از تحریم‌های بین‌المللی		
ارائه تصویر غیرواقعی و نامناسب از کشور در رسانه‌های غربی		
روابط بانکی محدود با سایر کشورها		

محدودیت‌های پژوهش

نو بودن موضوع در کشور و کمبود منابع علمی و کارشناسان و اساتید خبره در زمینه گردشگری پزشکی، دشواری دسترسی به مدیران و صاحب نظران این حوزه بخاطر مشغله فراوان آنها و محدودیتهای سازمانی موجود، دشواری دسترسی به منابع اطلاعاتی اصل در سایر کشورها در حوزه گردشگری پزشکی، کمبود سوابق تحقیق، دشواریهای دسترسی به خبرگان خارجی جهت تکمیل مطالعات تطبیقی و تعداد اندک دانشگاه‌ها و اساتید مرتبط با این رشته در کشور، از محدودیت‌های این بود.

پیشنهاد‌های اجرایی جهت ارتقای جایگاه گردشگری سلامت کشور

بر اساس نتایج به دست آمده در خصوص توسعه صنعت گردشگری سلامت در کشور، توصیه‌هایی در راستای ارتقای جایگاه گردشگری سلامت در ایران برای قانون‌گذاران ارائه می‌شود:

- هماهنگی امور گردشگری سلامت در استان‌ها و دعوت از فعالان بخش خصوصی توسط شورای استانی گردشگری پزشکی
- راه اندازی جوایز صادراتی برای فعالان گردشگری سلامت
- برگزاری نمایشگاه‌ها و همایش‌های بین‌المللی در راستای توسعه بازار گردشگری سلامت کشور
- حذف مقررات زائد از جمله الزام فعالان گردشگری سلامت به اخذ مجوز بند ب (مربوط به آژانس‌ها)
- تدوین قوانین شفاف و با ثبات برای ذی‌نفعان مختلف گردشگری سلامت
- توسعه‌ی تسهیلات با بهره‌ی کم و حمایتی برای سرمایه‌گذاران توسط سرمایه‌گذاران
- اطلاع‌رسانی از طریق رسانه ملی در زمینه‌ی دستورالعمل‌های گردشگری سلامت
- ایجاد انعطاف لازم در برنامه‌ی گردشگری پزشکی، افزایش کارآمدی و فعالیت مناسب توسط استانداری

- تدوین برنامه‌های تبلیغاتی، آموزش سرمایه‌گذاران با توجه به رسالت سازمان توسط اتاق بازرگانی
- ایجاد انعطاف لازم در برنامه‌ی گردشگری پزشکی، افزایش کارآمدی و فعالیت مناسب توسط دانشگاه علوم پزشکی

رهنمودهای پژوهشی برای تحقیقات آتی

- با توجه به نیاز فعلی حوزه گردشگری سلامت به انجام پژوهش‌های بنیادین و عملیاتی، چند پیشنهاد پژوهشی برای محققین این حوزه به شرح زیر ارائه می‌شود:
 - بررسی بازار گردشگری سلامت منطقه و تعیین نقاط قوت و ضعف کشور
 - تدوین الگوی خط‌مشی گذاری گردشگری سلامت در ایران
 - بررسی وضعیت موجود زیرساخت‌های گردشگری سلامت و و ارائه نقشه راه در کشور
 - تدوین نظام آماری گردشگری سلامت
 - بررسی الزامات داخلی و خارجی ایجاد استانداردها و اخذ گواهی‌های بین‌المللی خدمات درمانی در مراکز درمانی کشور
 - تدوین خط‌مشی‌های تبلیغاتی و بازاریابی گردشگری سلامت در ایران

منابع

- تقی زاده یزدی، محمدرضا، مهدی شامی زنجان، محمد حقیقی و فرزانه ابوهاشم آبادی، (۱۳۹۵)،
مؤلفه‌ها و محتوای وبسایت‌های تسهیلگر گردشگری پزشکی، مطالعات مدیریت گردشگری، سال
یازدهم، شماره ۳۳، ۱۸-۱.
- جابری، علیرضا. (1387). *طراحی الگوی گردشگری سلامت ایران*. پایان نامه دانشکده مدیریت
و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲۶.
- رایف، دانیل؛ ترجمه مهدخت بروجردی علوی، (۱۳۸۱). *تحلیل پیام‌های رسانه‌ای، کاربرد تحلیل
محتوای کمی در تحقیق*. تهران: انتشارات سروش، چاپ دوم، تابستان.
- شالباغیان، علی اصغر. (۱۳۹۴). *گردشگری سلامت در رویکردی جامع*. مهکامه.
- صادقی، سید کمال و خلیل جهانگیری، (۱۳۹۱)، *برآورد تمایل به پرداخت گردشگران سلامت آب
گرم‌های سرعین، مطالعات مدیریت گردشگری، دوره ۷، شماره ۱۸، ۱۳۰-۱۱۱.*
- طهماسبی، رضا، (۱۳۹۱) *درآمدی بر نظریه‌های مدیریت دولتی، تهران، انتشارات سمت.*
- عابدی جعفری، حسن. محمدسعید تسلیمی، ابوالحسن ققیبی و محمد شیخ زاده، (۱۳۹۰). *تحلیل
مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی*. ۱۵۱-۱۹۸.
- عربشاهی، احمد و مرتضی آریان فر (۱۳۹۲). *گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری
پزشکی - درمانی ایران*. فصلنامه فضای گردشگری، سال سوم، شماره ۹، ۱۳۳-۱۵۳.
- وارث، سید حامد، (۱۳۸۰) *نگرش فرایارادایمی به مدیریت دولتی، فصلنامه دانش مدیریت، دوره ۵۵.*
- هومن، حیدرعلی، (۱۳۸۵) *راهنمای عملی پژوهش کیفی، تهران: انتشارات سمت.*
- Boyatzis. (1998). *Transforming Qualitative Information*. Cleveland: Sage.
- Braun, V. &. (2006). Using Thematic Analysis In Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, , 77-101.
- Chanda, R. (2008). "Trade in Health Services" . *WHO, Trade in Health Services*, 39.
- Cohen. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics. *Developing World Bioethics 12(1)*, 9-20.

- Daniel , Alina BADULESCU Badulescu. (2014) .Medical Tourism: Between Entrepreneurship Opportunities and Bioethics Boundaries. Iranian J Publ Health, Vol. 43, No.4, Apr ,406-415
- Dimon, A. (2013). "Wellness Travel: 10 Trends for 2014 and Beyond". Travelmarketreport.com. Retrieved 2013-12-01.
- Farazmand, A. (2009). Bureaucracy and Administration. CRC Press.
- Firsova, A. a. (2009). Australi and Russia: How do their Environmental Policy Processes Difer. Environ Dev Sustain.
- George, A. S. (2007). Medical Tourism: An Analysis with Special Reference to India. Journal of Hospitality Application and Research (JOHAR), 2 (1).
- Glinos, I. B. (2010). A typology of cross-border patient mobility . Health & place 16(6), 1145-55.
- Gross, Ames. (2006). Updates on Malaysia's Medical Markets,. Pacific Bridge Medical, 99.
- Heggelund, G. a. (2007). China and UN Environmental Policy: Institutional Growth, Learning and Implementation. Springer Science+Business Media; Published online.
- Howlett, M. a. (2009). Studying Public Policy. Oxford : Oxford New York University Press.
- Jeremy Snyder¹, V. A. (2013). Understanding the impacts of medical tourism on health human resources in Barbados: a prospective, qualitative study of stakeholder perceptions. International Journal for Equity in Health, 122.
- Johnston,Rory, Valorie A Crooks, Krystyna Adams, Jeremy Snyder and Paul Kingsbury. (2011). An industry perspective on Canadian patients' involvement in Medical Tourism: implications for public health. BMC Public Health, 416.
- Kumarasamy, K. T. (2010). Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. The Lancet Infectious Diseases, 597-602.
- Lunt, N., Mannion , & Exworthy, M. (2013). A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient flows. Social Policy & Administration 47(1), 1-25.
- Mahdavi, Y. (2013). The Factors in Development of Health Tourism in Iran. International Journal of Travel Medicine & Global Health, Volume 1, Issue 3, 113-118.

McMahon, D. a. (2010). Regulations are needed for stem cell tourism: insights from China . *The American Journal of Bioethics* 10(5), 34-6.

OECD. (2011). Health at a Glance. *OECD Indicators*, OECD Publishing., 158-59.

Packer, M. J. (1989). "Entering the circle." *Hermeneutic investigations in psychology*. . Albany .

Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: California.

Pocock, N. a. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia . *Globalization and Health* 7(1), 1 -12.

Reisman, D. (2010). *Health Tourism Social Welfare through International Trade*. Northampton,: Edward Elgar.

Richard Smith." (۲۰۰۴) Foreign Direct Investment and Trade in Health Services: a Review of the Literature. *Social Science and Medicine*. ۲۳۱۵ ،

Salem Salameh Harahsheh. (۲۰۰۲) *CURATIVE TOURISM IN JORDAN AND ITS POTENTIAL DEVELOPMENT*. jordan: Bournemouth University, United Kingdom .

Salzer, -M. U. (2012). European challenges:cross-border care for children. *Journal of Pediatrics* 161(3), 574-6.

Snyder, J, Dharamsi S, and Crooks VA. (2011). Fly-by medical care: conceptualizing the global and local social responsibilities of medical tourists and physician voluntourists. *Globalization and Health* 7, 6.

Suñol, R. G. (2009). Cross-border care and health care quality improvement in Europe. *the MARQuIS research project Quality and Safety in Health Care*, 13-17.

Timmermans, K. (2003). Developing countries and trade in health services: which way is forward? *International Journal of Health Services* 34(3), 453-66.

Torres, F. (2003). How Efficient is Decision-making in the EU, Environmental Policies and the co-decision Procedure. *Intereconomics Journal*.

Watson, S. &. (2012). *Medical Tourism*. Santa Barbara: ABC-CLIO.

Zhu, D. C. (2012). Position statement of the Chinese Diabetes Society regarding stem cell therapy for diabetes. *Journal of Diabetes* 4(1), 18-21.