



به نام خدا



گزارش کارشناسی
امکان‌سنجی اولیه‌اجرا و
پیاده‌سازی تور یسم سلامت
در سازمان تأمین اجتماعی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اقتصاد و سرمایه‌گذاری





امکان‌سنجی اولیه اجرا و پیاده‌سازی توریسم سلامت در سازمان تأمین اجتماعی



موسسه عالی پژوهش‌های سلامت



واژه‌های کلیدی:

تهیه و تدوین: میرحجت نجفی نسب
ناظر علمی: سهند ابراهیم پورفائز

توریسم سلامت
سرمایه گذاری
امکان‌سنجی
سازمان تأمین اجتماعی
SWOT

شماره مسلسل: EI15DF (17) 95
تاریخ انتشار گزارش: ۹۵/۱۲/۱۲



فهرست مطالب

۵ پیشگفتار مؤسسه

۱ کلیات تحقیق

- ۸..... مقدمه
- ۱۰..... طرح مسئله
- ۱۰..... اهداف تحقیق
- ۱۱..... روش‌شناسی تحقیق

۳

اهمیت صنعت گردشگری در اقتصاد کشورهای مختلف جهان

- ۲۱..... مقدمه
- ۲۱..... اهمیت صنعت گردشگری در جهان
- ۲۲..... گردشگری و تأثیرات اقتصادی آن در ایران
- ۲۲..... شاخص‌های رقابت پذیری مجمع جهانی اقتصاد
- ۲۲..... جایگاه رقابتی گردشگری ایران در مقایسه با رقبای منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی
- ۲۳..... مشکلات و چالش‌های موجود در مسیر توسعه گردشگری سلامت
- ۳۰..... توانمندی صنعت گردشگری در درآمدزایی
- ۳۰..... توانمندی صنعت گردشگری در اشتغال‌زایی
- ۳۱..... توانمندی صنعت گردشگری در مدیریت و برنامه‌ریزی
- ۳۱..... اطلاع‌رسانی و تبلیغات ضعیف در جذب گردشگران داخلی و خارجی
- ۳۱..... تأثیر حضور بخش خصوصی در صنعت گردشگری

۵

معرفی سازمان تأمین اجتماعی و امکانات درمانی آن

- ۹۰..... مقدمه
- ۹۰..... شرح مختصری بر سازمان تأمین اجتماعی و امکانات درمانی آن
- ۹۰..... آمار جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی
- ۹۱..... تعداد مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی
- ۹۴..... ارزشیابی مراکز بیمارستانی سازمان
- ۹۴..... درجه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ملکی سازمان در سال ۹۳
- ۹۶..... تعداد مراکز درمانی ملکی و هیئت مدیره‌ها
- ۹۶..... مقایسه تعداد مراکز درمانی طی سال‌های ۹۲-۹۴
- ۹۶..... تعداد مراجعین سرپایی به مراکز درمانی ملکی
- ۹۶..... مقایسه برخی از شاخص‌های سرپایی در ۹ ماهه اول سال‌های ۹۳-۹۴
- ۹۷..... سهم بستری‌شدگان به تفکیک بیمه مراکز درمانی
- ۹۸..... واحدهای تشخیص درمانی
- ۱۰۲..... بارمراجعه بستری به ازای هر ۱۰۰۰ بیمه‌شده تأمین اجتماعی
- ۱۰۳..... سازمان تأمین اجتماعی و ارتباط آن با گردشگری سلامت
- ۱۰۴..... تفاهم‌نامه همکاری فی‌مابین سازمان تأمین اجتماعی و هلدینگ گردشگری اجتماعی
- ۱۰۴..... هلدینگ گردشگری سازمان تأمین اجتماعی

۲

ادبیات موضوعی گردشگری و گردشگری سلامت

- ۱۲..... مقدمه
- ۱۲..... مفهوم گردشگری
- ۱۲..... گردشگری و اثرات آن بر جامعه محلی
- ۱۵..... مفهوم گردشگری سلامت
- ۱۷..... مدل خوشه سلامت
- ۱۸..... گردشگری سلامت و ذی‌نفعان آن
- ۱۹..... عوامل محرک در بازار گردشگری پزشکی

۴

تحلیلی بر وضعیت گردشگری سلامت ایران و کشورهای جهان

- ۳۳..... مقدمه
- ۳۳..... سهم انواع گردشگری از مسافرت‌های بین‌المللی
- ۳۹..... وضعیت گردشگری درمانی در آسیا، خاورمیانه و ایران
- ۴۰..... تحلیلی بر گردشگری درمانی تایلند
- ۴۲..... تحلیلی بر گردشگری درمانی هندوستان
- ۴۵..... تحلیلی بر گردشگری درمانی کره جنوبی
- ۴۷..... تحلیلی بر گردشگری درمانی امارات متحده عربی
- ۵۱..... تحلیلی بر گردشگری درمانی فیلیپین
- ۵۴..... تحلیلی بر گردشگری درمانی کوبا
- ۵۴..... تحلیلی بر گردشگری درمانی ترکیه
- ۵۶..... حوزه‌های فعالیت در گردشگری سلامت در دنیا
- ۵۷..... مهمترین موضوعات مطرح در گردشگری سلامت در دنیا
- ۵۷..... تحلیلی بر وضعیت گردشگری سلامت در ایران
- ۵۷..... تعداد گردشگران سلامت وارد شده به ایران از نگاه آمار و ارقام
- ۶۵..... فهرست کشورهای توریست فرست به ایران
- ۶۷..... سه مزیت رقابتی ایران در حوزه گردشگری سلامت
- ۶۸..... مزیت قیمتی
- ۶۹..... مزیت فنی و تکنولوژیکی
- ۷۰..... مزیت گردشگری
- ۷۱..... زمینه‌های گردشگری سلامت در ایران
- ۷۳..... ایده‌های مطرح جهت توسعه گردشگری سلامت در ایران
- ۷۳..... طرح مطالعه نظام جامع گردشگر سلامت در کشور
- ۷۳..... طرح نظام اطلاع‌رسانی گردشگر سلامت در کشور
- ۷۴..... دهکده سلامت
- ۷۵..... استان اردبیل و چشمه‌های آب گرم و آب معدنی
- ۷۷..... مروری بر وضعیت گیاهان دارویی در ایران
- ۷۷..... الف- وضعیت صادرات گیاهان دارویی در ایران
- ۷۹..... ب- منابع تأمین گیاهان دارویی در ایران
- ۸۱..... پ- گیاهان دارویی مطرح در جهان
- ۸۳..... بخشنامه تأسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین‌المللی
- شیوه‌نامه صدور گواهینامه حرفه‌ای گردشگری سلامت ویژه
- ۸۶..... دفاتر خدمات مسافرتی و گردشگری



فهرست مطالب

۶

مقایسه هزینه‌های خدمات درمانی در ایران با کشورهای مختلف جهان

مقدمه	۱۱۰
هزینه‌های خدمات درمانی در ایران	۱۱۰
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش زیبایی	۱۱۰
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش مغز و اعصاب	۱۱۰
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش جراحی‌های گوارشی و لاغری	۱۱۱
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش جراحی زنان	۱۱۳
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش آنکولوژی	۱۱۳
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش ارتوپدی با تجهیزات	۱۱۴
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش ارولوژی	۱۱۵
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش پوست، مو و زیبایی	۱۱۷
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش قلب و عروق	۱۱۸
هزینه‌های خدمات درمانی در بخش چشم پزشکی	۱۲۰
هزینه‌های خدمات درمانی در دیگر کشورهای جهان ...	۱۲۱
بررسی مقایسه‌ای کارآمدترین سیستم‌های بهداشتی جهان در سال ۲۰۱۴	۱۲۴

۷

قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدات پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه گردشگری سلامت

مقدمه	۱۲۷
تجزیه و تحلیل استراتژیک و روش SWOT	۱۲۷
تشریح مراحل تحقیق	۱۲۸
بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات پیش روی سازمان تأمین اجتماعی	۱۲۹



۸

شناسایی بازارهای هدف پیش روی سازمان در زمینه گردشگری سلامت

مقدمه	۱۳۲
شناسایی بازارهای هدف پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه گردشگری سلامت	۱۳۳
مهمترین چالش‌های موجود در زمینه جذب گردشگر سلامت	۱۳۳
مهمترین عوامل توسعه صنعت گردشگری سلامت	۱۳۵
عوامل محیطی گردشگری سلامت	۱۳۵
عوامل داخلی گردشگری سلامت	۱۳۷
تجربیات کشورهای موفق در حوزه گردشگری سلامت	۱۳۸
بخش خصوصی و دولتی در حوزه بهداشت و درمان	۱۴۰
منابع انسانی و متخصصان	۱۴۱
مقررات کنترل کیفیت	۱۴۲
استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت در ایران	۱۴۳
ارائه راهکارهای مؤثر جهت اجرا و پیاده‌سازی گردشگری سلامت در سازمان تأمین اجتماعی	۱۴۵

منابع ۱۴۷



پیشگفتار مؤسسه

سازمان تأمین اجتماعی در ازای دریافت کسورات مشخص پوشش‌دهندهٔ مخاطرات بیماری، سالمندی، از کارافتادگی، فوت، بارداری، حوادث شغلی و ... به بیش از نیمی از جمعیت کشور است. پایداری صندوق تأمین اجتماعی وابستگی بالایی به پایداری اشتغال در سطح کشور دارد.



بازار کار کشور در حال حاضر از چندین بعد دچار مشکل است. از یک طرف بخش غیر رسمی اقتصاد حجم قابل توجهی را به خود اختصاص داده و در حال گسترش است. حجم قابل توجهی از جمعیت در سن کار در حال تحصیل در مقاطع تحصیلات تکمیلی هستند. در نتیجه این گروه از جامعهٔ فعال خارج شده‌اند. نرخ بیکاری به مدت یک دهه است که بالای ۱۰ درصد بوده است. از طرف دیگر نسبت ازدواج به طلاق رو به کاهش گذاشته و جمعیت رو به پیری می‌گذارد.

یافتن دریچه‌های جدید سرمایه‌گذاری با تأکید بر وجه اجتماعی آن مانند تورسیم سلامت جهت حفظ پایداری منابع مالی از جمله اصلاحات پیش روی صندوق‌های بیمه‌ای است.

تورسیم سلامت به زبان ساده به معنای سفر به کشورهای خارجی با هدف دریافت خدمات درمانی است. پایین بودن هزینهٔ درمان در ایران نسبت به بسیاری از کشورهای جهان، ایران را مقصد مطلوبی برای ساکنان این کشورها می‌کند. از طرف دیگر، در ترکیب پورتفولیو سازمان تأمین اجتماعی با دربرگرفتن خدمات درمانی، خدمات



هتلینگ و خدمات حمل و نقل بین شهری این سازمان را به گزینه مناسبی برای سرمایه گذاری در توریسم سلامت بدل می کند.

مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی اهمیت موضوع را درک کرده و در نتیجه با همکاری حجت نجفی نسب، کارشناس مسائل توریسم سلامت، به امکان سنجی ورود سازمان به توریسم سلامت می پردازد. گزارش حاضر در کنار مزایای کشور و سازمان در اجرای توریسم سلامت، هزینه ها و منافع آن را نیز بررسی می کند. امید است این مطالعه گامی در ورود موفقیت آمیز به حوزه توریسم سلامت باشد.

دکتر شهرام غفاری

رئیس مؤسسه

زمستان ۱۳۹۵



کلمات کلیدی

سازمان تأمین اجتماعی
توریسم سلامت
سرمایه گذاری
امکان سنجی



بازار گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از صنایع درآمدزا و رقابتی در دنیا مطرح شده و از حوزه‌های نوین گردشگری است. در سطح کلان، دولت‌ها علاقه‌مند به بهره‌مندی از مزایای اقتصادی ناشی از این صنعت هستند. بنابراین رقابت فزاینده‌ای میان کشورهای مختلف به‌ویژه کشورهای در حال توسعه آسیایی برای جذب گردشگران سلامت آغاز شده است. چرا که با توجه به ارزش آوری بالای این صنعت، نقش بسیار مؤثری در رشد و توسعه اقتصادی جامعه میزبان خواهد داشت. سفر برای درمان و بازیابی توان از مهمترین اهداف گردشگری سلامت است و اغلب اوقات، حول دریافت خدمات درمانی، فعالیت‌های اوقات فراغت نیز به بسته سلامت بیمار اضافه می‌شود. در این مطالعه با استفاده از ابزار پرسش‌نامه و نظر سنجی از متخصصین امر با ملاحظه نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی ایران در زمینه صنعت گردشگری سلامت، مسیر شفاف‌تر و مشخص‌تری پیش روی تصمیم‌گیران و دست‌اندرکاران این عرصه قرار می‌گیرد. لازم است با ایجاد راهکارهای تشویقی برای سرمایه‌گذاران، تصویرسازی مناسب از جامعه میزبان، ابزارهای بازاریابی و بررسی سایر اقدامات انگیزشی مسئولان امر زمینه را برای توسعه این صنعت فراهم آورد. چرا که گردشگری سلامت یکی از راه‌های سریع‌الوصول و ارزشمند در توسعه اقتصادی کشور محسوب می‌شود.

امروزه صنعت گردشگری عامل مهمی در رشد و توسعه اقتصادی محسوب می‌گردد. گردشگری از طریق تأثیر بر درآمد ملی، اشتغال، تغییر قیمت‌ها و تراز بازرگانی ملی اقتصاد کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از انواع گردشگری، گردشگری سلامت است. اگرچه گردشگری دارای آثار مختلف اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی بر جامعه میزبان است ولی به دلیل اثرات چشمگیری که فعالیت‌های گردشگری بر اقتصاد مناطق پذیرنده گردشگر بر جای می‌گذارد، آثار اقتصادی به‌عنوان یکی از عمده‌ترین اهداف توسعه صنعت گردشگری تبدیل شده است (Diez Pisonero, ۲۰۱۳, p. ۱۰۴).

سهم مستقیم سفر و گردشگری در تولید ناخالص داخلی و مشاغل جهان در سال ۲۰۱۵ به ترتیب ۲/۲ تریلیون دلار و ۱۰۸ میلیون شغل بوده است. براساس گزارش سالانه شورای جهانی سفر و گردشگری درباره تأثیرات اقتصادی صنعت گردشگری، با در نظر گرفتن اثرات گسترده‌تر این صنعت از جمله نقش غیرمستقیم آن، سهم کل (مستقیم و غیرمستقیم) صنعت سفر در اقتصاد جهانی طی سال ۲۰۱۵، ۷/۲ تریلیون دلار بوده که معادل ۹/۸ درصد از کل تولید ناخالص داخلی جهان را تشکیل می‌دهد. پیش‌بینی می‌شود تا پایان سال ۲۰۱۶ سهم این صنعت در تولید ناخالص داخلی جهان ۳/۳ درصد رشد یابد.

در سال ۲۰۱۵، عواید ایران نیز با لحاظ کردن مشارکت غیرمستقیم و القایی بخش سفر و گردشگری به بیش از ۷۹۳ هزار میلیارد ریال (تقریباً معادل ۲۳/۳۴ میلیارد دلار) رسید که معادل ۶/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی کشور بود. پیش‌بینی می‌شود تا پایان سال ۲۰۱۶، این رقم با افزایشی ۵/۹ درصدی همراه باشد و به بیش از ۸۳۹ هزار میلیارد ریال (معادل ۲۴/۷ میلیارد دلار) برسد که تقریباً ۶/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی کشور را تشکیل خواهد داد (World Travel & Tourism Council, ۲۰۱۶, p. ۷).

گردشگری سلامت^۱، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به منظور حفظ بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد.

1- Health Tourism

گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی^۱، گردشگری صحت^۲ (تندرستی) و گردشگری پیش‌گیرانه^۳ است که در تقسیم‌بندی‌های جدید سازمان جهانی گردشگری^۴، گردشگری صحت یا تندرستی و گردشگری پیش‌گیرانه در هم ادغام شده‌اند.

امروزه بازار گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از صنایع در آمدزا و رقابتی در دنیا مطرح شده و از حوزه‌های نوین گردشگری است. در سطح کلان، دولت‌ها علاقمند به بهره‌مندی از مزایای اقتصادی ناشی از این صنعت هستند. رقابت فزاینده‌ای میان کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه آسیایی برای جذب گردشگران سلامت آغاز شده است. از سوی دیگر، گردشگری سلامت در کشورهای در حال توسعه نیز رونق بیشتری یافته است.

برآورد شده است یک گردشگر سلامت، سه برابر گردشگر معمولی باعث ارزآوری می‌شود. در حال حاضر، باتوجه به کم هزینه بودن و پر درآمد بودن این صنعت، بسیاری از کشورهای علاقمند به توسعه گردشگری، توجه خود را بر این بخش از صنعت گردشگری متمرکز و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند. امروزه مهمترین مقاصد این نوع گردشگری کشورهای در حال توسعه‌ای است که به لحاظ هزینه‌ای مقرون به صرفه و از نظر توسعه دانش و تکنولوژی پزشکی نیز از استانداردهای لازم برخوردارند. در این میان مهمترین مقاصد منطقه عبارتند از اردن، ترکیه، امارات متحده عربی، عربستان و ایران. باتوجه به پیش‌بینی سند چشم‌انداز ۲۰ ساله در افق ۱۴۰۰، هدف بر این است که ایران یکی از قطب‌های اصلی گردشگری سلامت، در منطقه خواهد گردد. ایران با عنایت به مزیت‌های خود در گردشگری سلامت از جمله هزینه پایین، کیفیت بالای خدمات سلامت، پزشکان صلاحیت‌دار و دارا بودن جاذبه‌های طبیعی فراوان، تصمیم دارد از این مزیت استفاده نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه قانونی را تحت عنوان شرایط و ضوابط مراکز پزشکی پذیرای گردشگر سلامت به تصویب رسانده است و در آن این شرایط را در ۶ بند مشخص کرده است. شش بند مذکور عبارتند از شرایط عمومی، نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی، شرایط جغرافیایی، شرایط جانبی و ضوابط برای وب سایت مراکز پزشکی. باتوجه به گستره ارائه خدمات سلامت در سازمان تأمین اجتماعی و باتوجه به پیشی گرفتن مصارف سازمان از منابع آن در طول سال‌های اخیر سازمان باید در پی روش‌های نوین ایجاد درآمد باشد.

1- Medical Tourism

2- Wellness Tourism

3- Preventive Tourism

4- UNWTO (united nations world tourism organization)

باتوجه به مطرح شدن گردشگری سلامت در کشور در طول سالیان اخیر و همچنین توجه به صنعت گردشگری در برنامه‌های توسعه و سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، به نظر می‌رسد که سازمان تأمین اجتماعی قابلیت راه‌اندازی این صنعت را دارا است. بنابراین به دلیل جایگاه مهم صنعت گردشگری پزشکی در اقتصاد جهانی و باتوجه به توانمندی‌های ایران در جذب گردشگران سلامت، این پژوهش به بررسی چشم‌انداز صنعت گردشگری سلامت در ایران با تأکید بر نقش آفرینی سازمان تأمین اجتماعی پرداخته است.

طرح مسئله

امروزه صنعت گردشگری در معادلات بین‌المللی از نقش بسزایی برخوردار شده است و از لحاظ درآمدزایی با رقم ۱۰۰۰ میلیارد دلار بعد از صنعت نفت و خودرو در رده سوم جهانی قرار می‌گیرد. پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۲۰ میلادی صنعت گردشگری از لحاظ درآمدزایی در رتبه اول جهانی قرار بگیرد. صنعت گردشگری دارای شاخه‌های متعددی از جمله «گردشگری پزشکی، گردشگری صحت، گردشگری مذهبی، گردشگری انبوه، گردشگری تجاری و ...» است. در طول سالیان اخیر باتوجه به افزایش امید به زندگی در سطح جهانی و پیر شدن جمعیت دنیا، گردشگری سلامت که متشکل از گردشگری پزشکی و گردشگری صحت می‌شود اهمیت بسزایی در بین کشورهای یافته‌است. کشورهای هندوستان، تایلند، سنگاپور، ترکیه، مالزی، اردن و امارات پیش‌تازان صنعت توریسم سلامت در دنیا هستند. در این میان ایران باتوجه به مزیت‌های خود از جمله کیفیت بالای خدمات پزشکی، قیمت پایین ارائه خدمات سلامت و وجود منابع طبیعی، تاریخی و مذهبی دارای مزیت نسبی در این زمینه است. به نظر می‌رسد که سازمان تأمین اجتماعی با دارا بودن ۷۵ بیمارستان و ۳۵۰ مرکز درمانی و همچنین امکاناتی نظیر هتل‌های متعدد، شرکت‌های مسافرتی و ... می‌تواند از مزیت‌های این صنعت استفاده کرده و مقداری از کسری بودجه‌های خود را از محل درآمدهای حاصل از صنعت توریسم سلامت جبران نماید. این مطالعه در صدد بررسی و امکان‌سنجی پیاده‌سازی و اجرای صنعت توریسم سلامت در سازمان تأمین اجتماعی است.

اهداف تحقیق

باتوجه به بهبود فضای سیاسی کشور و لغو تحریم‌ها، فضای مناسبی برای بهره‌برداری

از شرایط پسابرجام به وجود آمده است که سازمان تأمین اجتماعی با توجه به امکانات درمانی و گردشگری خود و سرمایه‌گذاری‌های تکمیلی می‌تواند از این فضای به دست آمده به منظور افزایش درآمد و حفظ حقوق بیمه‌شدگان خود به منظور ایفای تعهدات فعلی و آتی استفاده نماید. فلذا اهداف این مطالعه به شرح زیر است:

- چشم‌انداز صنعت گردشگری سلامت در ایران
- نقش سازمان تأمین اجتماعی در صنعت گردشگری سلامت
- شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه توریسم سلامت



روش‌شناسی تحقیق

برای اجرای پروژه حاضر، مراحل طراحی گردیده‌اند که برای پیشبرد اهداف پروژه باید مورد توجه قرار گیرند. مراحل اجرای پروژه شامل برداشتی میدانی از موضوع خواهد بود. به این صورت که پرسش‌نامه‌هایی طراحی شده و ضمن مصاحبه با افراد آگاه و فعالان صنعت گردشگری سلامت، مشکلات و چالش‌ها و راهکارهای مؤثر جهت اجرا و پیاده‌سازی صنعت گردشگری سلامت در سازمان تأمین اجتماعی شناسایی گردید. همچنین تجربه کشورهای موفق و درس‌های گرفته شده در این زمینه جمع‌آوری گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در واقع در اجرای این تحقیق از روش‌های زیر بهره خواهیم گرفت.

روش کتابخانه‌ای و اسنادی: با استفاده از مطالعات اسناد علمی و مدارک معتبر گزارش شده توسط مؤسسات و نهادهای رسمی جهان، بنیان‌های نظری تحقیق و همچنین تجربه کشورهای موفق، به بررسی وضعیت صنعت گردشگری سلامت در ایران خواهیم پرداخت.

روش‌های میدانی: با استفاده از تدوین پرسش‌نامه محقق ساخته، با کارشناسان، خبرگان، فعالان صنعت، چالش‌ها، تنگناها، فرصت‌ها و تهدیدهای پیشروی سازمان تأمین اجتماعی شناسایی خواهد شد. در نهایت با استفاده از روش SWOT و نظرسنجی از صاحب‌نظران و خبرگان و با در نظر گرفتن تجربه‌های موفق دنیا، چشم‌انداز صنعت گردشگری سلامت با تأکید بر نقش آفرینی سازمان تأمین اجتماعی ارائه خواهد شد.

فصل دوم: ادبیات موضوعی گردشگری و گردشگری سلامت

مقدمه

در این فصل مروری بر مفاهیم گردشگری و گردشگری سلامت خواهیم داشت. بدین منظور ابتدا به بررسی اثرات اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی و زیست محیطی حاصل از گردشگری در جامعه میزبان پرداخته می‌شود که این اثرات خود شامل ابعاد مثبت و منفی است. سپس در بخش بعدی گردشگری سلامت، انواع آن، محرک‌های بازار گردشگری سلامت و ... مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

مفهوم گردشگری

واژه گردشگری ترجمه کلمه توریسم^۱ است. سازمان گردشگری جهانی^۲ گردشگری را به صورت زیر تعریف کرده است:

«گردشگری شامل فعالیت‌هایی است که فرد در حال مسافرت و اقامت در مکانی دور از محیط معمول خود انجام می‌دهد، برای تفریح، تجارت، یا دیگر اهداف به شرطی که بیشتر از ۲۴ ساعت بوده و کمتر از یک سال باشد».

گردشگری و اثرات آن بر جامعه محلی

گردشگری اثرات گوناگونی بر مقصد و جامعه میزبان بر جای می‌گذارد. این اثرات طیف گسترده‌ای از اثرات اقتصادی، اجتماعی، زیست محیطی و ... را شامل می‌شود.

الف- اثرات اقتصادی

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گردشگری نیز همانند سایر فعالیت‌های اقتصادی، در صورت توسعه در هر ناحیه می‌تواند اثرات مثبت و منفی بر منطقه بر جای گذارد. اثرات اقتصادی منفی و مثبت گردشگری در شکل (۱) نشان داده شده است.

1- Tourism

2- World Tourism Organization

تأثیرات مثبت	تأثیرات منفی
متنوع‌سازی اقتصاد محلی	
بهبود و ارتقاء شاخص‌های توسعه در مناطق در حال توسعه	افزایش شاخص قیمت کالاها و خدمات در مقاصد گردشگری
افزایش تقاضا برای خدمات و کالاهای ویژه	هزینه‌های اقتصادی بالا جهت گسترش صنعت در مناطق در حال توسعه
جذب تعداد زیادی نیروی کار به دلیل کاربر بودن صنعت	افزایش قیمت املاک محلی
تسریع جریان پول در اقتصاد جامعه	عدم توازن اقتصادی مناطق در صورت انحصار در یک منطقه خاص
بهبود حمل و نقل محلی و ارتقا سطح دسترسی‌ها به بازارهای محلی	پایین بودن سطح درآمد در نتیجه فصلی بودن گردشگری
تقویت بنیه اقتصادی و فعالیت‌های کشاورزی منطقه	افزایش هزینه‌های زندگی ساکنان منطقه
افزایش بازرگانی درون مرزی	تغییر مالکان زمین از بومی به غیربومی
بهبود استفاده از زمین	جابه‌جایی در اشتغال افراد بومی
خلق فرصت‌های شغلی جدید	وابستگی شدید منطقه به صنعت گردشگری و تک‌بعدی شدن فعالیت‌های اقتصادی در منطقه
ایجاد بازارهای جدید برای تولیدات محلی	
افزایش درآمدهای مالیاتی	
احیا و تنوع اقتصادی	

△ نمودار (۱-۲): اثرات اقتصادی مثبت و منفی گردشگری بر جامعه میزبان

Reference: Munhurrin and Naidoo, 2011

ب- اثرات اجتماعی

از دیگر اثرات گردشگری، اثرات اجتماعی است. در نمودار (۱-۲) به برخی اثرات اجتماعی - فرهنگی گردشگری در قالب دو گروه پیامدهای مثبت و منفی، اشاره شده است

تأثیرات مثبت	تأثیرات منفی
گسترش مبادلات فرهنگی بین گردشگران و افراد بومی	عدم انعکاس مناسب فرهنگ و آداب و رسوم منطقه بازدید شده
رشد شخصیت و شکوفایی استعدادها و ارتقا سطح دانش و آگاهی ساکنین	پوشش نامناسب گردشگران و اثرات منفی آن بر بومیان
بهبود عدالت بین مردان و زنان از جهت دستیابی به فرصت‌های شغلی	متأثر ساختن جامعه میزبان از فرهنگ و آداب و رسوم گردشگران
توسعه روابط فکری، فرهنگی و اجتماعی جامعه میزبان و میهمان	امکان افزایش ناامنی و هرج و مرج در منطقه
شناخت مردم از فرهنگ و تمدن شهرهای دیگر	تشدید تضاد اجتماعی بین طبقات مختلف مردم
حفظ و اشاعه هنرهای سنتی و آداب و رسوم باستانی	امکان رایج شدن کالاهای لوکس و گسترش مصرف‌گرایی
احیا هویت فرهنگی و احساس غرور ملی	تغییر نحوه زندگی افراد بومی کشور میزبان
بهبود کیفیت زندگی میزبان	فاصله درآمدی بومیان و گردشگران منجر به اثرات نمایشی می‌گردد.
ایجاد تحول، نوسازی و معرفی فرهنگ محلی	گردشگری منجر به جنبه تجاری پیدا کردن برخی جنبه‌های فرهنگی می‌شود.

△ نمودار (۲-۲): اثرات اجتماعی مثبت و منفی گردشگری بر جامعه میزبان

Reference: Munhurrun and Naidoo, 2011

پ- اثرات زیست محیطی

اثرات زیست محیطی توسعه گردشگری بر محیط زیست از ابعاد سیستمی برخوردار بوده و مجموعه علوم فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی و مدیریتی را متأثر می‌سازد. مجموعه هزینه‌ها و منافع حاصل از اثرات زیست محیطی گردشگری در قالب دو گروه پیامدهای مثبت و منفی در نمودار (۳-۲) نیز اشاره شده است.

تأثیرات منفی	تأثیرات مثبت
تولید زباله	نوسازی ساختمان‌ها و آثار و مکان‌های تاریخی موجود
آلودگی هوا، آب، صدا و منظر	ایجاد انگیزه و اقدام برای برنامه‌ریزی و مدیریت محیط طبیعی
از هم گسیختگی اکولوژیکی	حفاظت مستمر و دائم محیط
بروز مشکلات کاربری زمین	بهبود پرداخت‌ها برای حفاظت از مکان‌های باستانی و تاریخی
ایجاد تأسیسات فیزیکی و به زیر ساخت‌وساز رفتن اراضی کشاورزی	توسعه زیرساخت‌ها
آلودگی و شلوغی ترافیک سواره و پیاده	افزایش آگاهی ساکنان نسبت به محیط طبیعی و فرهنگی
تمرکز ناکارآمد خدمات رفاهی	کمک به حفاظت از منابع طبیعی
صدمه به مکان‌های تاریخی، باستانی و نواحی دیدنی دیگر	بهبودی محیط
وارد آمدن فشار بیش از حد به توان محیط زیست	
تخریب جنگل‌ها، تالاب‌ها و سایر زیستگاه‌های منحصر به فرد	
شیوع بیماری‌های مسری	

Δ نمودار (۲-۳): اثرات زیست محیطی مثبت و منفی گردشگری بر جامعه میزبان

Reference: Munhurrun and Naidoo, 2011

مفهوم گردشگری سلامت

اگرچه تعریف واحد برای گردشگری سلامت وجود ندارد، اما می‌توان آنرا به‌عنوان مسافرت گسترده افراد از محل اقامت خود برای سلامتی تعریف نمود که عوامل مختلف جمعیتی، اقتصادی و سبک زندگی برای تنوع گردشگری تأثیرگذار است. گردشگری سلامت شامل افراد و گروه‌هایی هست 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. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را به‌طور خاص چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و روحیه فرد با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا یا مداخلات پزشکی منجر می‌شود

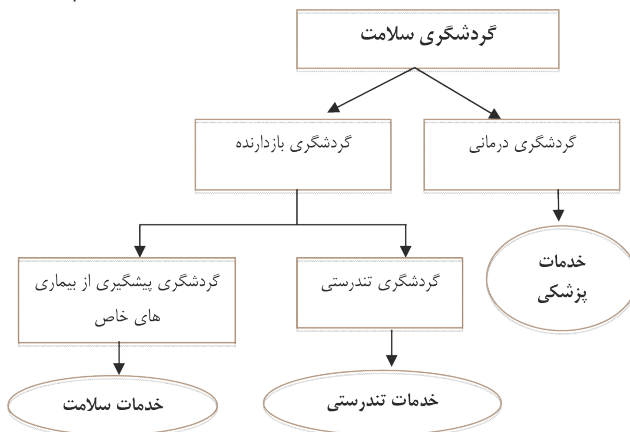
و در مکانی خارج از محل سکونت فرد و در مدت زمانی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال به طول می‌انجامد. مقصود از گردشگری درمانی، رفتن به مکان‌هایی است که فرد بتواند از خدمات پزشکی آن مکان استفاده کند. چنین سفری مستلزم فعالیت‌های گوناگونی می‌شود که در هر یک، مسئله بهداشت و سلامت فرد یا جهانگرد مدنظر است. گردشگری سلامت انواع مختلفی دارد. گردشگری درمانی و گردشگری بازدارنده. گردشگری بازدارنده خود شامل گردشگری تندرستی و گردشگری پیش‌گیرانه می‌شود.

- گردشگری درمانی: مسافرت به منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و...) برای درمان بعضی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی را گردشگری درمانی گویند.

- گردشگری تندرستی: مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب گرم و آب معدنی 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.

- گردشگری پیش‌گیرانه: شامل آب و هوای مطلوب، چشمه‌های آب گرم و مجموعه‌های لجن درمانی و... است.

کافمن و مولر (۲۰۰۰) گردشگری سلامت و انواع آن را به صورت زیر تقسیم‌بندی نمودند:



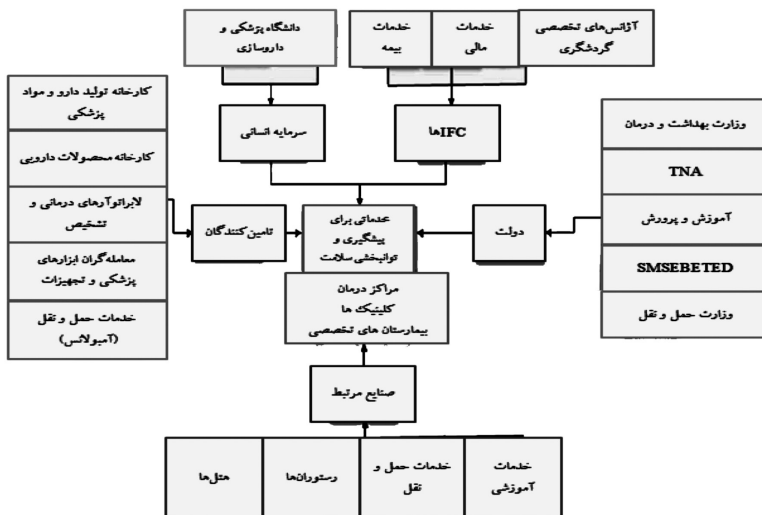
△ نمودار (۴-۲): مدل گردشگری سلامت کافمن و مولر

Reference: Kaufman and Muller, 2000

مدل خوشه سلامت

خوشه سلامت ارائه‌دهنده خدمات گردشگری، درمانی و پیش‌گیرانه با توجه به اهمیت آنها در زنجیره ارزش است. همان‌طور که در نمودار (۵-۲) مشاهده می‌شود، اجزای مدل خوشه گردشگری سلامت به شرح زیر است.

- سرمایه انسانی یکی از مهمترین عناصر خوشه است: (پرسنل متخصص، با اخلاق، با سواد و ...)
- صنایع مرتبط که خوشه سلامت را حمایت می‌کنند: (هتل‌ها، رستوران‌ها، خدمات حمل و نقل، داروخانه‌ها و ...)
- سیاست‌ها و استراتژی‌های دولت در زمینه سلامت که پایه و اساس خوشه سلامت است (زیرساخت‌ها، تحقیق و توسعه، سرمایه انسانی، نوآوری و ...).
- تأمین‌کنندگان خوشه که محصولات دارویی، تجهیزات پزشکی، لابراتوارهای درمانی، تشخیص و ... را شامل می‌شود.
- IFCها که شامل نهادهایی هستند که در ارائه خدمات مسافرتی، مالی، بیمه و بانکداری مشارکت می‌کنند.
- دپارتمان بنگاه‌های کوچک و متوسط، کسب و کارها، گردشگری و گردشگری ملی (TNA) که سیاست‌ها، راهبردها و اقداماتی را جهت ترویج و حمایت از گردشگری سلامت ارائه می‌کند.
- وزارت بهداشت، درمان و سلامت که هدف آن توسعه انسانی پایدار از طریق ارتقا سلامت و ارائه خدمات با کیفیت جهت درمان و پیشگیری از بیماری‌ها است.
- وزارت آموزش و پرورش که نیروی انسانی متخصص و کارآمدی را در حوزه گردشگری سلامت آموزش دیده و همواره به تحقیق و توسعه (R&D) در این زمینه می‌پردازد.



△ نمودار (۲-۵): مدل خوشه گردشگری سلامت

Reference: Fumdeanu, 2015

گردشگری سلامت و ذی‌نفعان آن

ذی‌نفعان احتمالی (بالقوه) کلیدی صنعت گردشگری پزشکی به‌صورت زیر شناسایی شده است:

ذی‌نفعان گردشگری سلامت	راهبردهای توسعه گردشگری سلامت
بیمارستان خصوصی	تمرکز بر حفظ موضع
کلینیک	تمرکز بر افزایش قدرت
بیمارستان دولتی	تمرکز بر افزایش قدرت
بانک توسعه صادرات	تمرکز بر افزایش موافقت
دانشگاه علوم پزشکی	تمرکز بر حفظ موضع
اداره کل میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری	تمرکز بر افزایش قدرت
اتاق بازرگانی	تمرکز بر افزایش قدرت و افزایش موافقت
نظام پزشکی	تمرکز بر افزایش موافقت

△ جدول (۲-۱): ذی‌نفعان گردشگری پزشکی و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی بر اساس ویژگی‌های ذی‌نفعان

راهبردهای توسعه گردشگری سلامت	ذی نفعان گردشگری سلامت
تمرکز بر افزایش موافقت	سرمایه‌گذار
تمرکز بر افزایش قدرت	استانداری

Δ ادامه جدول (۱-۲)
منبع: جباری و همکاران، ۱۳۹۱

راهبردهای صنعت گردشگری پزشکی شامل ویژگی‌های زیر است:

- ذی‌نفعانی که با برنامه گردشگری پزشکی موافق بوده و قدرت زیادی دارند. (تمرکز بر حفظ موضع).
- ذی‌نفعانی که با برنامه گردشگری پزشکی موافق بوده و قدرت کمتری دارند. (تمرکز بر افزایش قدرت).
- ذی‌نفعانی که نسبت به برنامه گردشگری بی‌طرف بوده و قدرت متوسط تا بالایی دارند (تمرکز بر افزایش موافقت).
- ذی‌نفعانی که با برنامه گردشگری پزشکی مخالف بوده و قدرت بالایی دارند (مذاکره به منظور افزایش موافقت)

عوامل محرک در بازار گردشگری پزشکی

از اواسط دهه ۱۹۹۰ عوامل چندی دست به دست هم دادند تا گردشگری پزشکی تقویت شود. در کشورهای سمت تقاضا (عوامل رانشی) هر کدام از موارد زیر می‌تواند موجب پیدایش این انگیزه شود تا علی‌رغم وجود برخی مشکلات، افراد خدمات مذکور را در کشورهای دیگر دریافت نمایند.

- هزینه: مزیت‌های هزینه‌ای که کشورهای کمتر توسعه‌یافته و کشورهای صنعتی جدید بر کشورهای توسعه‌یافته در امر خدمات پزشکی دارند، موجب ظهور این پدیده شده است.

- رشد تقاضا: در سالیان اخیر، رشد تقاضا برای دریافت خدمات درمانی به دلایلی همچون افزایش جمعیت مسن کشورهای توسعه‌یافته، سیری صعودی داشته است. همین امر زمانی که بیماران باید در نوبت انتظار بمانند را بسیار طولانی می‌نماید.

- بیمه: به علت هزینه زیاد بیمه درمان، گروه کثیری از مردم کشورهای توسعه یافته این بیمه را ندارند. مثلاً بالغ بر ۴۰ میلیون آمریکایی بیمه درمان ندارند. عدم پوشش بیمه‌ای بسیاری از عمل‌های جراحی، خصوصاً جراحی‌های زیبایی، یکی از دلایل دیگر در افزایش گردشگران پزشکی است. این امر که مقوله‌ای جدا از بالا بودن هزینه بیمه پزشکی است، به کاهش پوشش و مزایای بیمه‌نامه‌ها اشاره دارد. یعنی در حالیکه افراد باید هزینه بالای بیمه را بپردازند، با کاهش مزایای بیمه‌نامه مواجه هستند. این امر خود انگیزه مسافرت به دیگر کشورها برای دریافت خدمات پزشکی را افزایش می‌دهد. در میان دلایل بیمه‌ای، دقت و سختگیری شرکت‌های بیمه که موجب طولانی شدن فرایند گرفتن تأییدیه بیمه افراد می‌شود نیز یکی دیگر از دلایل رشد گردشگری پزشکی است. بنابراین توسعه گردشگری سلامت به مثابه اقدامی اولویت‌دار برای متنوع‌سازی هرچه بیشتر اقتصاد گردشگری و نیز کمک به بخش سلامت مورد توجه است. عوامل چندی حاکی از ضرورت این اولویت‌دهی و بهره‌گیری هرچه سریع‌تر از فرصت‌هایی است که گردشگری سلامت فراروی توسعه کشور قرار می‌دهد. مهمترین ویژگی‌هایی که این صنعت را به بخشی ممتاز تبدیل نموده است به شرح زیر است: رشد تضمینی تقاضای گردشگری سلامت

- بالا بودن ضریب تکاثری گردشگری سلامت
- فصلی نبودن تقاضای گردشگری سلامت
- قابلیت پیش‌بینی و کنترل تقاضای گردشگری سلامت
- درآمد بالای گردشگری سلامت
- اشتغال‌زایی گردشگری سلامت
- ماندگاری طولانی گردشگران سلامت در مقصد



فصل سوم: اهمیت صنعت گردشگری در اقتصاد کشورهای مختلف جهان

مقدمه

در این بخش به بررسی نقش گردشگری در اقتصاد کشورها پرداخته می‌شود. بدین منظور مفاهیمی چون تأثیرات گردشگری بر اقتصاد ایران، مؤلفه‌ها و شاخص‌های گزارش رقابت‌پذیری ۲۰۱۵ مجمع جهانی اقتصاد، جایگاه رقابتی گردشگری ایران در مقایسه با رقبای منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی^۱، شناسایی چالش‌های پیش روی توسعه این صنعت که خود شامل ارزیابی میزان قابلیت درآمدزایی صنعت گردشگری، ارزیابی میزان قابلیت اشتغال‌زایی صنعت گردشگری، مدیریت و برنامه‌ریزی در صنعت گردشگری، ضعف اطلاع‌رسانی و تبلیغات در زمینه جذب گردشگر و ... می‌شود مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اهمیت صنعت گردشگری در جهان

صنعت گردشگری در پنج دهه گذشته به یک صنعت جهانی، بسیار رو به رشد و پویا مبدل گشته است. علل اصلی این رشد را باید در عواملی از قبیل افزایش ثروت و درآمد ملی، بهبود سیستم حمل‌ونقل، تغییر شیوه زندگی و ارزش‌های مصرف‌کنندگان، افزایش زمان فراغت، جهانی‌شدن و فضای باز بین‌المللی، رویدادهای ویژه، افزایش سطح آموزش، پیشرفت تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات، بازاربایی مقصدهای گردشگری و بهبود زیرساخت‌های گردشگری دانست.

گردشگری ارتباط قابل ملاحظه‌ای با اقتصاد و GDP کشورها به ویژه در اقتصادهای در حال توسعه دارد، بر اساس آمار سازمان جهانی گردشگری (۲۰۱۵) صنعت گردشگری ۱/۵ تریلیون دلار درآمد صادراتی در سطح بین‌المللی داشته است. گردشگری ۹ درصد تولید ناخالص داخلی جهانی و ۸ درصد اشتغال در جهان را از آن خود کرده است.

گردشگری به‌عنوان یک پدیده اجتماعی- اقتصادی گردشگری به‌عنوان یکی از مهمترین محرک‌های توسعه اجتماعی- اقتصادی در سطح بین‌المللی مطرح است.

1- Middle East and North Africa (MENA)

امروز حجم تجارت گردشگری برابر و یا حتی بیشتر از صادرات نفت، محصولات غذایی و اتومبیل است. گردشگری امروزه به یکی از بازیگران اصلی در تجارت بین‌الملل تبدیل شده است و در آن واحد یکی از مهمترین منبع درآمدی برای کشورهای در حال توسعه است. کشورها و مقصدهای مختلف گردشگری برای بالا بردن سهم خود از درآمدهای گردشگری بین‌المللی به شدت با هم در رقابت هستند. در این میان بین گردشگری سلامت با سهمی در حدود یک سوم درآمدهای حاصل از گردشگری یکی از بخش‌های بسیار مهم صنعت گردشگری محسوب می‌شود که بخش گردشگری پزشکی آن با رشدی سالانه ۹ درصد که پیشبینی می‌شود تا سال ۲۰۱۷ به رشد ۲۰ درصد در سال برسد پررشدترین سگمنت صنعت گردشگری است که مقصدهای زیادی در حال رقابت در این بخش از بازار جهانی گردشگری هستند.

گردشگری و تأثیرات اقتصادی آن در ایران

بر طبق گزارش شورای جهانی گردشگری و سفر (WTTC) در سال ۲۰۱۴ تأثیر مستقیم گردشگری و سفر بر اقتصاد ایران ۲۳۷،۱۲۱ میلیارد ریال (۲/۳ درصد کل GDP) بوده است. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۱۵ با رشد ۶/۶ درصدی همراه باشد. تأثیر کلی گردشگری و سفر بر GDP ایران ۶۵۱،۵۱۱ میلیارد ریال در سال ۲۰۱۴ است. اشتغال مستقیم ناشی از گردشگری و سفر برای سال ۲۰۱۴ در ایران ۴۱۳۰۰۰ شغل بوده است (۱/۸ درصد کل اشتغال کشور). که انتظار می‌رود در سال ۲۰۱۵ یک افزایش و رشد ۴/۴ درصد داشته باشیم. کل اشتغال ناشی از گردشگری ۱،۲۲۳،۵۰۰ شغل در سال ۲۰۱۴ است. در حال حاضر سرمایه‌گذاری در حوزه گردشگری در ایران ۳ درصد کل سرمایه‌گذاری کشور است (۸۳،۶۰۳،۵ میلیارد ریال). برای این که ایران به چشم‌انداز توسعه گردشگری در افق ۱۴۰۴ برسد باید تا ۵ سال آینده سالانه ۱/۵ درصد به سرمایه‌گذاری خود در حوزه گردشگری بی‌افزاید.

شاخص‌های رقابت‌پذیری مجمع جهانی اقتصاد

در گزارش مجمع جهانی اقتصاد، بررسی هر مقصد در چهار بعد اصلی صورت می‌پذیرد. این ابعاد در مجموع به ۱۳ رکن به‌عنوان شاخص‌های اصلی و ۱۱ گویه

به‌عنوان زیرشاخص، تقسیم می‌گردند. بعد نخست، به‌ارزیابی مجموعه عوامل عمومی مؤثر بر اداره گردشگری در کشور پرداخته و در اصلاح آمادگی محیطی نامیده می‌شود. این بعد شامل رکن‌های محیط کسب و کار، امنیت و ایمنی، بهداشت و سلامت، منابع انسانی و بازار کار و آمادگی در حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات می‌گردد. بعد دوم مبتنی بر شرایط و چهارچوب قانونی گردشگری است و چهار رکن اولویت‌دهی به سفر و گردشگری، گشودگی بین‌المللی، رقابت‌پذیری قیمتی و پایداری محیطی را در بر می‌گیرد. بعد زیرساخت، دسترسی و کیفیت زیرساخت‌های فیزیکی صنعت را با استفاده از سه رکن زیرساخت حمل و نقل هوایی، زیرساخت‌های حمل و نقل زمینی و بندر و زیرساخت خدمات گردشگری مورد بررسی قرار می‌دهد. آخرین حوزه در ارتباط با منابع فرهنگی و طبیعی قرار دارد، همان چیزی که دلیل سفر مسافر به شمار می‌رود. این حوزه دو رکن منابع طبیعی و منابع فرهنگی و تجارت سفر را شامل می‌شود. در شکل ذیل حوزه‌ها، رکن‌ها مرتبط نمایش داده شده است.



△ نمودار (۱-۳): شاخص‌های رقابت‌پذیری سفر و گردشگری ۲۰۱۵

Reference: World Economic Forum, 2015

▲ جایگاه رقابتی گردشگری ایران در مقایسه با رقبای منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی
جدول ذیل جایگاه رقابتی ایران در مقایسه با کشورهای منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی را نشان می‌دهد.

نام کشور	شاخص‌های سفر و گردشگری	رکن‌های بعد آمادگی محیطی (نمره)						رکن بعد شرایط و چهارچوب‌های قانونی گردشگری (نمره)						رکن‌های بعد زیرساخت (نمره)			رکن بعد منابع فرهنگی (نمره)	
		محدت و امنیت ایمنی	سلامت و بهداشت	منابع انسانی و بازار کار	آمادگی در فناوری اطلاعات	اولویت‌دهی به سفر و گردشگری	گرم‌دهی بین‌المللی	قابلیت پذیری قیمتی	پایداری محیطی	زیرساخت حمل و نقل هوایی	زیرساخت حمل و نقل زمینی و بنادر	زیرساخت خدمات گردشگری	منابع طبیعی و تجارت سفر	منابع فرهنگی	فرهنگی (نمره)			
امارات متحده عربی	۱	۵۰۹	۶۱۶	۵۲۸	۵۱۵	۵۷۶	۴۷۹	۲۷۷	۴۹۵	۴۲۹	۴۲۹	۵۰۶	۵۹۱	۵۴۶	۲۵۱	۱/۹۷		
قطر	۲	۶۰۵	۶۶۱	۵۹۷	۵۲۳	۵۴۴	۴۸۹	۱۹۳	۵۲۳	۴۲۳	۴۱۷	۴۷۹	۴۱۷	۴۸۱	۲۱۲	۱/۴۸		
بحرین	۳	۵۵۳	۵۲۳	۵۱۷	۴۷۱	۵۷۶	۴۱۴	۲۳۴	۵۲۳	۳۷۳	۳۵۲	۵۵۳	۳۵۲	۴۷۲	۱۹۲	۱/۳۲		
موراکو	۴	۴۷۳	۵۸۳	۵۵۴	۴۰۵	۴۰۳	۵۲۷	۲۵۶	۴۹۳	۴۰۹	۲۸۶	۳۴۸	۲۸۶	۴۴۴	۳۱۱	۲/۵۱		
عربستان سعودی	۵	۵۲۱	۵۹۹	۵۱	۴۴۶	۵۲۹	۴۵	۱۴۹	۵۴۹	۳۴۱	۳۷۹	۳۶۶	۴۴۴	۴۴۴	۲۶۸	۱/۹۱		
عمان	۶	۵۲۹	۶۳۸	۵۲۷	۴۲۷	۴۸۳	۴۵۱	۲۰۷	۵۲۳	۴۰۷	۲۹۸	۴۲۵	۴۵۳	۴۵۳	۲۵۹	۱/۴۵		
رژیم اشانگر قلمس	۷	۴۶۱	۴۸۵	۶۰۶	۴۸۱	۵۲۵	۳۶۳	۲۵۴	۳۲۳	۳۷۶	۳۱۶	۳۹۱	۳۱۶	۴۰۳	۲۴۷	۱/۹۸		
اردن	۸	۴۸۶	۵۷۹	۳۵۳	۴۵۶	۴۱۷	۵۴۶	۳۲۴	۴۶۳	۳۹۲	۲۶۱	۳۲۵	۲۶۱	۴۲۷	۲۰۵	۱/۲۷		
قطرانییا	۹	۴۴۲	۴۸۶	۵۱۶	۴۳۱	۳۹۴	۴۹۱	۲۳۸	۵۳۱	۴۲۲	۲۵۳	۳۰۲	۲۵۳	۴۵۴	۲۴۶	۱/۵۸		
مصر	۱۰	۴۱۱	۳۲۴	۵۴	۴۱۲	۲۸	۴۵۶	۲۱۷	۶۱۹	۳۹۹	۲۹۳	۲۸۴	۲۹۳	۲۱۶	۲۴۵	۲/۴		
لبنان	۱۱	۳۷۶	۳۸۱	۶۰۳	۳۹۹	۳۶۲	۵۲۲	۲۵	۴۸۴	۳۲۹	۲۴۶	۳۲۸	۲۴۶	۵۱۸	۱/۷۱	۱/۴۷		

△ جدول (۱-۳): جایگاه رقابتی ایران در مقایسه با کشورهای منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی

رکن بعد منابع فرهنگی (نمره)	رکن‌های بعد زیرساخت (نمره)			رکن‌های بعد شرایط و چهارچوب‌های قانونی گردشگری (نمره)				رکن‌های بعد آمادگی محیطی (نمره)					شاخص‌های سفر و گردشگری	نام کشور	
	زیرساخت حمل و نقل زمینی و بندر	زیرساخت حمل و نقل هوایی	زیرساخت حمل و نقل دریایی	محدودیت بین‌المللی	گمبودی گردشگری	اولویت‌دهی به سفر و گردشگری	آمدگی در فناوری اطلاعات	منابع انسانی و بازار کار	سلامت و بهداشت	امنیت و ایمنی	کسب و کار	رتبه در جهان			رتبه در منطقه
۲۵۹	۲۴۸	۲۴۸	۲۴۸	۲۱۶	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۲۱۲	۱۲	ایران
۱۱۷	۱۸۷	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۶	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۱۳	کویت
۲۰۵	۲۰۳	۲۵۶	۱۹۸	۲۵۶	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۲۵۱	۱۴	الجزایر
۱/۱۱	۲۱۲	۲۳۷	۱۵۹	۱۹۶	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۲۳۷	۱۵	موریتانی
۱/۴۵	۲۰۴	۲۷۸	۱۵۹	۲۵۵	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۲۷۸	۱۶	یمن
۱/۷۷	۲۲۹	۴۱۰	۲۰۱	۲۶۶	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰	۴۱۰		میلنگن خاورمیانه و آفریقای شمالی
۰/۴۸	۰/۳۶	۱/۰۳	۱/۰۷	۰/۹۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷	۱/۰۷		انصراف معیار خاورمیانه و آفریقای شمالی
۶/۶۹	۶/۰۱	۶/۸۳	۶/۷۵	۶/۴۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵	۶/۷۵		بهترین عملکرد در سطح جهان

△ ادامه جدول (۳-۱): جایگاه رقابتی ایران در مقایسه با کشورهای منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی
Reference: World Economic Forum, 2015

امارات متحده عربی، قطر و بحرین به ترتیب سه رتبه برتر در میان ۱۶ کشور منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا هستند. ایران در منطقه رتبه ۱۲ ام را به خود اختصاص داده است. این در حالی است که رتبه نخست منطقه (امارات متحده عربی) در مقیاس جهانی در جایگاه ۲۳ ام قرار گرفته است. ایران با نمره ۶/۶۲ از لحاظ رقابت پذیری قیمتی از بهترین موقعیت رقابتی نسبت به نه تنها کشورهای منطقه - که در این مورد میانگین ۵/۲۷ را ثبت کرده اند - بلکه تمامی رقبای جهانی برخوردار است. پایین ترین نمره در میان رکن های ایران به رکن گشودگی بین المللی (۲/۱۴) است که رقم آن به میانگین منطقه (۲/۱۸) نزدیک و هنوز از بهترین عملکرد جهانی (۵/۲۵) فاصله دارد.

شاخص های کلان اقتصاد گردشگری از منظر گزارش جهانی سفر و گردشگری بر اساس آخرین گزارش شورای جهانی سفر و گردشگری در سال ۲۰۱۴، گردشگری در مجموع حدود ۴۱۲ تریلیارد و ۹۵ میلیارد (۶/۱ درصد) به تولید ناخالص داخلی کشور کمک کرده است. کمک مستقیم گردشگری به تولید ناخالص برابر با ۱۵۱ تریلیارد و ۷۱۳ میلیارد ریال (۲/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی) بوده است. در سال ۲۰۱۳ گردشگری در مجموع توانسته بود ۱۱۸۴ میلیارد ریال (۵/۳ درصد از اشتغال کشور) به اقتصاد کشور کمک نماید.

متغیرها	۲۰۱۳- میلیارد ریال	۲۰۱۳- درصد از کل	۲۰۱۴- نرخ رشد	۲۰۱۴- میلیارد ریال
کمک مستقیم به تولید ناخالص داخلی	۱۵۱۷۱۳	۲/۲	۱۰	۲۸۹۷۶۷
مجموع کمک به تولید ناخالص داخلی	۴۱۲۰۹۵	۶/۱	۷/۴	۷۶۴۳۶۶
کمک مستقیم به اشتغال	۴۱۵	۱/۹	۲/۹	۶۲۵
مجموع کمک به اشتغال	۱۱۸۴	۵/۳	۲/۷	۱۷۹۴
صادرات بازدیدکنندگان	۴۹۵۷۷/۵	۳/۱	۳/۱	۶۴۱۵۶/۹
مخارج داخلی	۲۱۸۷۰۴	۳/۲	۱۲/۶	۴۵۲۰۵۳
مخارج تفریحی	۲۴۳۳۳۲	۲	۱۰/۶	۴۶۵۰۶۱
مخارج تجاری	۲۴۹۴۹/۲	۰/۲	۱۳/۱	۵۱۱۴۸/۷
سرمایه گذاری	۵۱۷۹۱/۵	۲/۹	۷/۶	۱۰۰۰۳۱

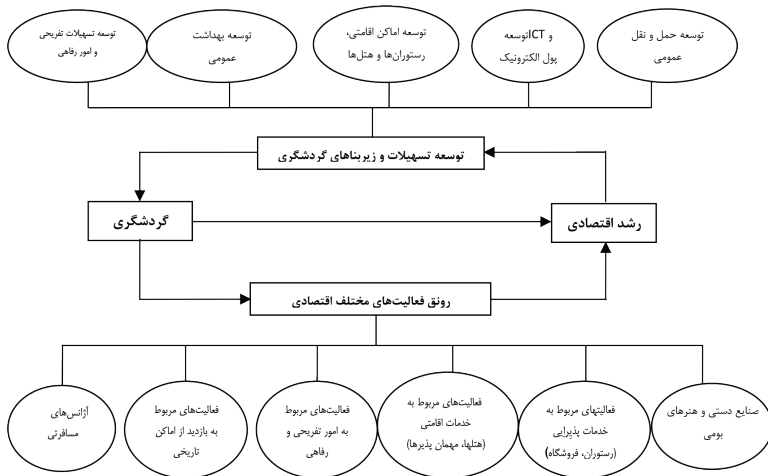
Δ جدول (۲-۳): شاخص کلان اقتصاد گردشگری ایران

منبع: گزارش آثار اقتصادی سفر و جهانگردی - ایران، شورای جهانی سفر و گردشگری، ۲۰۱۴
اشتغال در این جدول بر اساس هزار شغل است.

شورای جهانی سفر و گردشگری به دنبال تخمین آثار غیرمستقیم و القایی گردشگری نیز هست. دسته‌بندی آثار گردشگری از منظر شورای جهانی سفر و گردشگری به شرح زیر است.

الف- اثر مستقیم

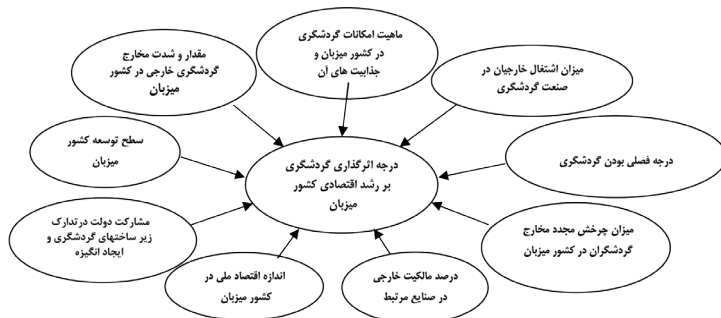
از آن جایی که گردشگری یکی از صنایع خدماتی است، از این رو درآمد حاصل از این صنعت بخشی از تولید ناخالص داخلی کشور میزبان محسوب می‌شود و مستقیماً بر رشد اقتصادی آن کشور اثر می‌گذارد. صنعت گردشگری می‌تواند راهکاری مناسب برای کسب درآمدهای ارزی سرشار برای کشورها و در نتیجه رشد اقتصادی بالاتر باشد.



Δ نمودار (۲-۳): رابطه گردشگری و رشد اقتصادی
منبع: طیبی و همکاران، ۱۳۸۷

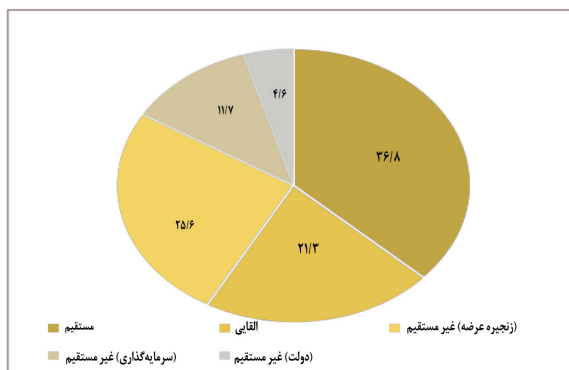
ب- اثر غیر مستقیم

گردشگری به صورت غیرمستقیم نیز بر رشد اثر می‌گذارد، چرا که اثر پویایی را در کل اقتصاد به شکل اثرات سرریز و یا دیگر آثار خارجی نشان می‌دهد. به این صورت که اگر گردشگری به دلیل تعامل زیاد با دیگر فعالیت‌های اقتصادی، دچار رونق شود، سایر فعالیت‌های اقتصادی که به آن کالا یا خدمت ارائه می‌دهند و یا محصول آن را مصرف می‌کنند، همراه با آن حرکت خواهند کرد.



Δ نمودار (۳-۳): عوامل مؤثر در درجه اثرگذاری گردشگری سلامت بر رشد اقتصادی کشور میزبان
 منبع: لی، ۱۳۷۸

در شکل (۴)، طبق اطلاعات به دست آمده از شورای جهانی سفر و گردشگری (۲۰۱۴)، انواع تأثیر گردشگری بر تولید ناخالص داخلی نشان داده شده است.



Δ نمودار (۳-۴): نوع تأثیر گردشگری بر تولید ناخالص داخلی (بر حسب درصد)
 منبع: گزارش آثار اقتصادی سفر و جهانگردی - ایران، شورای جهانی سفر و گردشگری، ۲۰۱۴

- اثرات مستقیم گردشگری بر تولید ناخالص داخلی: ۳۶/۸ درصد؛
- اثرات القایی گردشگری بر تولید ناخالص داخلی: ۲۱/۳ درصد؛
- اثرات غیر مستقیم (زنجیره عرضه) گردشگری بر تولید ناخالص داخلی: ۲۵/۶ درصد؛
- اثرات غیر مستقیم گردشگری (سرمایه گذاری) بر تولید ناخالص داخلی: ۱۱/۷ درصد؛
- اثرات غیر مستقیم (دولت) گردشگری بر تولید ناخالص داخلی: ۴/۶ درصد

همچنین در جدول (۳)، کمک گردشگری به اقتصاد - به قیمت واقعی - نشان داده شده است. شاخص‌های ارائه شده در جدول (۳-۳) همگی بیانگر رشد صنعت گردشگری در کشور - البته با روندی نه‌چندان فزاینده - هستند. این موضوع با نگاهی اجمالی بر روند مخارج بازدیدکنندگان، مخارج داخلی و میزان سرمایه‌گذاری در این صنعت، به خوبی قابل درک است. علاوه بر آن واردات کالاها چه در بعد مستقیم و چه در بعد غیرمستقیم اثری کاهنده بر پیامدهای مثبت گردشگری بر اقتصاد کشور داشته است. اثر گردشگری بر اشتغال کشور نیز تجربه‌ای از نرخ رشد مثبت و اما پایین را نشان می‌دهد.

سال	۲۰۱۱	۲۰۱۲	۲۰۱۳	۲۰۱۴
مخارج بازدیدکننده	۴۶۲۹۷	۴۷۲۷۱	۴۹۵۷۸	۵۱۰۹۸
مخارج داخلی	۲۰۵۰۲۷	۲۱۳۶۳۵	۲۱۸۷۰۴	۲۴۶۳۲۱
مصرف داخلی گردشگری	۲۵۱۳۲۴	۲۶۰۹۰۶	۲۶۸۲۸۲	۲۹۷۴۱۹
خریدهای عرضه‌کنندگان گردشگری شامل واردات کالا	-۱۰۸۶۰۰	-۱۱۲۵۷۲	-۱۱۶۵۶۹	-۱۳۰۵۴۲
کمک مستقیم گردشگری به تولید ناخالص داخلی	۱۴۲۷۲۴	۱۴۸۳۳۴	۱۵۱۷۱۳	۱۶۶۸۷۷
زنجیره عرضه داخلی	۱۰۱۳۲۱	۱۰۵۳۰۴	۱۰۷۷۰۲	۱۱۸۴۶۷
سرمایه‌گذاری	۵۵۲۶۶	۵۲۶۲۴	۵۱۷۲۹	۵۵۷۵۰
مخارج تجمعی دولت	۲۰۶۱۹	۱۹۶۷۶	۱۹۵۳۲	۲۰۰۷۳
کالاهای وارداتی از محل مخارج غیر مستقیم	-۶۰۳۷/۲	-۵۱۲۰/۲	-۶۲۸۴/۶	-۸۶۰۵/۱
القایی	۸۶۴۱۲	۹۰۲۹۳	۸۷۶۴۱	۹۰۰۷۱
مجموع کمک‌های گردشگری به تولید ناخالص داخلی	۴۰۰۳۰۵	۴۱۱۱۱۳	۴۱۲۰۹۵	۴۴۲۶۳۲
کمک مستقیم سفر و گردشگری به اشتغال	۴۱۰/۳	۴۲۶/۷	۴۱۴/۷	۴۲۶/۷
مجموع کمک گردشگری به اشتغال	۱۱۵۳/۲	۱۱۹۴/۹	۱۱۸۴/۱	۱۲۱۶/۱
مخارج در سفر برون مرزی	۲۵۹۰۳۵	۲۵۱۰۶۲	۳۲۴۹۷۳	۳۵۶۳۱۴

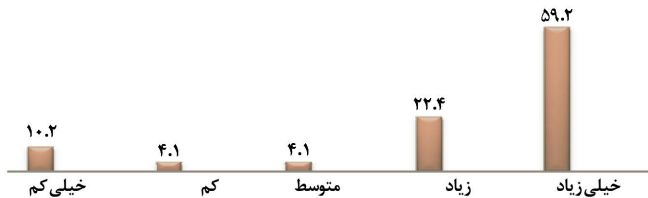
Δ جدول (۳-۳): کمک گردشگری به اقتصاد - قیمت واقعی (میلیارد ریال)
منبع: گزارش آثار اقتصادی سفر و جهانگردی - ایران، شورای جهانی سفر و گردشگری، ۲۰۱۴

مشکلات و چالش‌های موجود در مسیر توسعه گردشگری سلامت

مرکز تحقیقات و بررسی‌های اقتصادی اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران به منظور بررسی شناسایی چالش‌های پیش روی توسعه این صنعت درآمدها اقدام به طرح نظرسنجی از هیئت نمایندگان اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران در این زمینه نموده است که نتایج آن در ادامه خواهد آمد.

توانمندی صنعت گردشگری در درآمدزایی

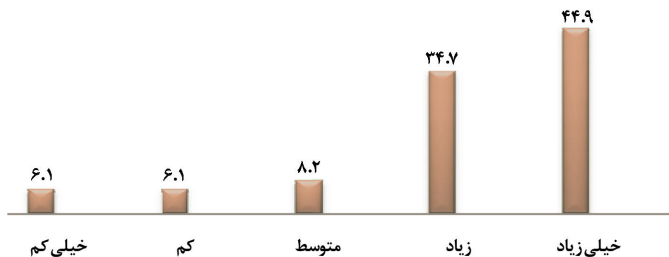
همان طوری که اشاره شد صنعت گردشگری از توانایی‌ها و قابلیت‌های زیادی برای توسعه اشتغال و ایجاد ارزش افزوده برخوردار است. صنعت گردشگری به واسطه ارتباط زیادی که با دیگر فعالیت‌های اقتصادی دارد، می‌تواند منافع قابل توجهی را برای کل اقتصاد فراهم آورد.



△ نمودار (۳-۵): ارزیابی میزان قابلیت درآمدزایی صنعت گردشگری (بر حسب درصد)
منبع: پرخیده و تاجیک، ۱۳۹۰

توانمندی صنعت گردشگری در اشتغال‌زایی

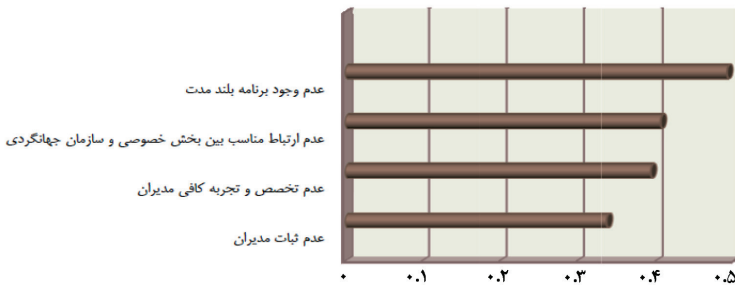
به هر حال پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ تقریباً از هر ۱۱ نفر، یک نفر به شکل مستقیم و یا غیرمستقیم در اقتصاد سفر و گردشگری مشغول به کار باشد که این امر نشان‌دهنده ظرفیت بالای این صنعت برای اشتغال‌زایی است.



△ نمودار (۳-۶): ارزیابی میزان قابلیت اشتغال‌زایی صنعت گردشگری (بر حسب درصد)
منبع: پرخیده و تاجیک، ۱۳۹۰

توانمندی صنعت گردشگری در مدیریت و برنامه‌ریزی

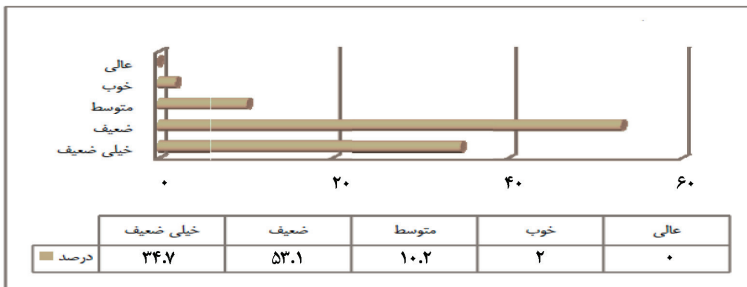
ساختارهای مدیریتی کارآمد در سازمان‌های مختلف همواره یکی از علل اصلی پیشرفت آنها تلقی می‌شود. نداشتن تخصص و تجربه کافی، بی‌ثباتی در سطوح مدیریتی مختلف، نداشتن برنامه‌ریزی بلندمدت و یا عدم پایبندی به آن از جمله مواردی است که در بعد مدیریتی می‌تواند موفقیت یک سازمان را با چالش مواجه کند. بر اساس نظرسنجی صورت گرفته مهم‌ترین مشکلات گردشگری در حوزه مدیریت و برنامه‌ریزی به ترتیب اولویت در نمودار (۷) نشان داده شده است.



Δ نمودار (۷-۳): مهم‌ترین مشکلات گردشگری در حوزه مدیریت و برنامه‌ریزی به ترتیب اولویت (بر حسب درصد) منبع: پرخیده و تاجیک، ۱۳۹۰

اطلاع‌رسانی و تبلیغات ضعیف در جذب گردشگران داخلی و خارجی

تبلیغات و اطلاع‌رسانی در خصوص جاذبه‌های گردشگری یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر جذب گردشگر است که با وجود تبلیغات منفی‌ای که علیه جمهوری اسلامی برای مخدوش کردن چهره واقعی ایران در عرصه بین‌المللی صورت می‌گیرد اهمیت این مسئله دوچندان می‌شود.

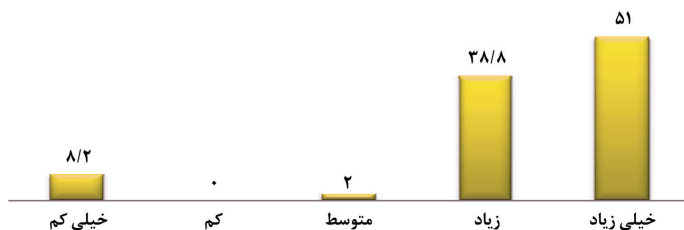


Δ نمودار (۸-۳): ارزیابی فعالیت‌های صورت گرفته در حوزه تبلیغات در عرصه بین‌المللی (بر حسب درصد) منبع: پرخیده و تاجیک، ۱۳۹۰

به واسطه اهمیت موضوع در اینجا مقتضی است که به نتایج حاصل از طرح نظرسنجی مجمع جهانی اقتصاد که نظرات بیش از ۱۵۰۰ فعالی اقتصادی را مورد بررسی قرار داده است نیز اشاره شود. در نظرسنجی مذکور قریب به ۴۶ درصد از پاسخ‌دهندگان معتقدند که فعالیت‌های صورت گرفته در زمینه تبلیغات و بازاریابی از تأثیرگذاری خوبی برخوردار نبوده است. لذا به نظر می‌رسد که موضوع فعالیت‌های بازاریابی و تبلیغات گردشگری در برون از مرزهای جمهوری اسلامی ایران باید به جدیت بیشتر دنبال گردد.

▲ تأثیر حضور بخش خصوصی در صنعت گردشگری

همان‌طور که در سند چشم‌انداز توسعه بخش میراث فرهنگی و گردشگری هم آمده است، یکی از مشکلات حوزه گردشگری، عدم سرمایه‌گذاری‌های مناسب و کافی برای بهره‌برداری بهینه از امکانات و منابع موجود و همچنین نوسازی و ارتقاء تأسیسات و امکانات فرسوده است. به عبارت دیگر بر مبنای این سند انجام سرمایه‌گذاری‌های مناسب در این زمینه یکی از الزامات توسعه گردشگری محسوب می‌شود و تحقق این امر در شرایطی که دولت از توانایی تأمین منابع مالی کافی طرح‌های سرمایه‌گذاری برخوردار نیست، مستلزم استفاده از توانمندی‌های بخش خصوصی است



△ نمودار (۳-۹): تأثیر حضور بخش خصوصی در افزایش سهم ارزش افزوده صنعت گردشگری در تولید ناخالص داخلی (بر حسب درصد)
منبع: پرخیده و تاجیک، ۱۳۹۰

فصل چهارم: تحلیلی بر وضعیت گردشگری سلامت ایران و کشورهای جهان

مقدمه

در این بخش به بررسی وضعیت گردشگری سلامت در کشورهای جهان و ایران پرداخته می‌شود. بدین منظور سهم انواع گردشگری در سفرهای بین‌المللی و وضعیت بازاری جهانی گردشگری سلامت، وضعیت گردشگری درمانی در آسیا، خاورمیانه و ایران، چشم‌انداز گردشگری درمانی خاورمیانه تا پایان سال ۲۰۱۶ بررسی می‌شود. همچنین به زمینه‌های فعالیت در حوزه گردشگری سلامت در دنیا، زمینه‌های ارائه خدمات پزشکی در دنیا، مزیت‌های رقابتی ایران در این نوع گردشگری که شامل مزیت قیمتی، مزیت فنی و تکنولوژیکی، مزیت گردشگری شده پرداخته می‌شود. در نهایت آمار و ارقام مربوط به تعداد توریست‌های سلامت وارد شده به کشور تجزیه و تحلیل و زمینه‌های گردشگری سلامت در ایران، ایده‌های قابل طرح جهت توسعه صنعت گردشگری سلامت در کشور و ... مطرح می‌شود.

سهم انواع گردشگری در مسافرت‌های بین‌المللی

در رابطه با تخمین بازار گردشگری سلامت بین شرکت‌ها و سازمان‌های دولتی و خصوصی در سطح جهان اختلاف نظرت زیادی وجود دارد و این موضوع شاید به جهت اختلاف در تعاریف گردشگری سلامت باشد. با این وجود بازار گردشگری تندرستی بر اساس آمار سازمان جهانی گردشگری پزشکی (MAT, ۲۰۱۵) یک بازار به سرعت در حال رشد ۴۳۹ میلیارد دلاری است و اجلاس جهانی تندرستی و آبدرمانی‌ها آمار کلی گردشگری سلامت را در حدود یک سوم درآمد ۱.۵ تریلیون دلاری گردشگری بین‌المللی تخمین زد. بازاری به سرعت در حال رشد و تجارتی عظیم و بزرگ که کشورها و مقصدهای مختلف جهان برای بالا بردن سهم خود از آن به شدت در حال رقابت هستند. اما در رابطه با بازار گردشگری پزشکی و بیمارانی که برای دریافت خدمات درمانی و پزشکی از مرزهای کشورشان خارج می‌شوند بر اساس آمار گزارش ژورنال جهانی مسافرت پزشکی در سال ۲۰۱۵، تعداد ۶ میلیون نفر برای دریافت این خدمات از مرز کشورشان خارج شده‌اند که اگر به این آمار سفرهای درون کشوری را که در چهارچوب تعریف گردشگری

درونی قرار می‌گیرند را نیز اضافه کنیم این رقم به بیش از ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید. بر اساس آمار سازمان جهانی «بیماران ماورای مرزها» سال ۲۰۱۵ اندازه بازار گردشگری پزشکی بین ۴۰ تا ۵۵ میلیارد دلار است. به طوری که بر اساس تحلیل‌های این سازمان هر بیماری که برای دریافت خدمات درمانی و پزشکی از مرز خارج می‌شود به طور متوسط ۳۵۰۰ تا ۵۰۰۰ دلار هزینه می‌کند که این رقم شامل هزینه‌های درمان، حمل و نقل محلی و عبور از مرز و اقامت در مقصد می‌شود. هر چه که هست صحبت در مورد یک تجارت در حدود ۵۰ تا ۶۰ میلیارد دلاری در سال است که باز بر اساس آمار سازمان جهانی «بیماران ماورای مرزها» دارای رشد سالانه ۱۵ تا ۲۵ درصد است، تا جایی که سایر بخش‌های گردشگری رشدی در حدود ۴-۵ درصد در سال دارند. در این میان مهمترین منطقه گردشگری پزشکی در جهان منطقه آسیا است که سالانه پذیرای ۱,۳ میلیون بیمار بین‌المللی است. هند با سالانه ۱,۳ میلیارد پوند از این نظر پیش‌تاز است که مقصد اصلی گردشگری پزشکی کشورهای اروپای غربی است. بر طبق آخرین گزارش «تحلیل گردشگری پزشکی (۲۰۰۸-۲۰۱۲)»، صنعت گردشگری پزشکی در آسیا با یک نرخ رشد ۲ رقمی در حال رشد است.

بر اساس نتایج آمار سازمان جهانی گردشگری پزشکی (MAT) در سال ۲۰۱۴:

- ۲۷ درصد بیمارانی که در سال ۲۰۱۳ برای دریافت خدمات درمانی به کشور دیگر مسافرت کردند خانم بوده و بین ۴۵ تا ۶۴ سال، همچنین تمام بیماران همان سال دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و درآمد ماهیانه آنها بین ۵۰ تا ۱۰۰ هزار دلار بوده است و ۵۰ درصد آنها دارای بیمه درمانی بوده‌اند.

- آمار این سازمان نشان می‌دهد که ۸۰ درصد بیماران گردشگری پزشکی تحت تأثیر پایین بودن هزینه‌های درمانی مسافرت کرده‌اند. آمارهای این سازمان نشان می‌دهد که گردشگران پزشکی بین ۷۴۶۵ تا ۱۵۸۳۳ دلار به ازای هر سفر هزینه می‌کنند؛

- ۴۸ درصد این بیماران بین‌المللی تمایل خود را برای انجام درباره سفر به قصد دریافت خدمات پزشکی نشان داده‌اند؛ تحقیقات این سازمان نشان می‌دهد که هزینه تمام شده سفر و تکنولوژی مورد استفاده برای درمان و

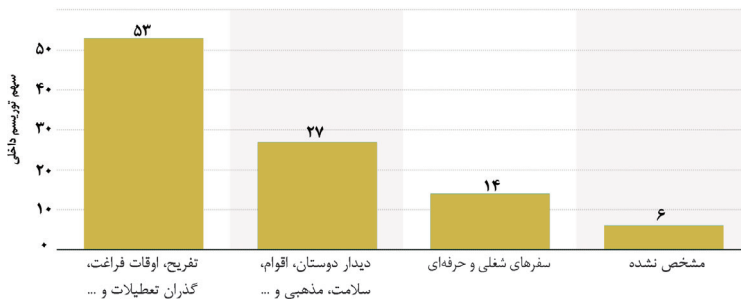


پزشکی مهمترین عوامل اثرگذار در انتخاب مقصدهای گردشگری پزشکی است.

تحقیقات این سازمان همچنین نشان می‌دهد که از مجموع گردشگران پزشکی بین‌المللی مورد مصاحبه، ۳۶ درصد آنها از تسهیل‌گران گردشگری پزشکی استفاده کرده‌اند.

۸۳ درصد این بیماران بین‌المللی با مقایسه دقیق مقصدها با هم اقدام به سفر کرده‌اند.

بارشد و گسترش گردشگری درمانی در جهان کشورهای بیشتری به جمع مقصدهای گردشگری درمانی می‌پیوندند. با آگاهی مردم جهان از مزایای سفرهای درمانی بر تعداد این نوع گردشگران نیز افزوده می‌شود. هرچند که به دلیل تعاریف متفاوتی که از گردشگری سلامت و درمانی وجود دارد آمارهای متفاوتی ارائه شده است برخی آمارها حاکی از آن است که سالانه حدود ۷ میلیون نفر با هدف درمان به کشورهای دیگر سفر می‌کنند. مطابق آخرین آمارهای ارائه شده از سوی سازمان جهانی جهانگردی، در سال ۲۰۱۶، ۲۷ درصد سفرهای انجام شده در سطح جهان با انگیزه سلامت، مذهبی و دیدار دوستان و آشنایان بوده است.



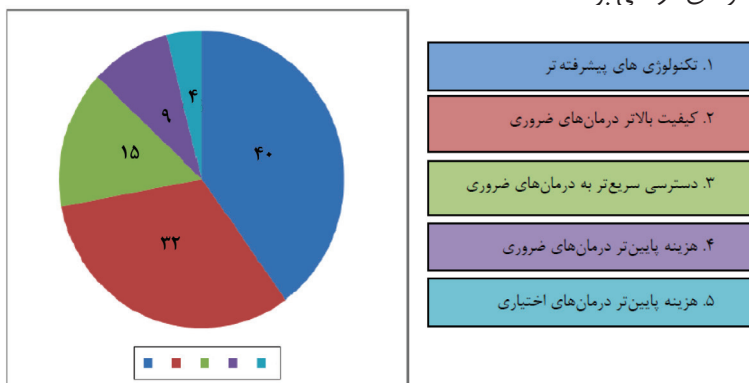
△ نمودار (۱-۴): سهم انواع گردشگری در سفرهای بین‌المللی (بر حسب درصد)
Source: UNWTO, 2016

انجام عمل‌های جراحی و سایر درمان‌ها در کشورهای دیگر علاوه بر استفاده از مزایای کیفیت بالاتر خدمات و تکنولوژی، به کاهش هزینه‌های درمان نیز کمک می‌کند. صرفه‌جویی‌های ناشی از سفرهای درمانی به کشورهای مختلف بر اساس دلار آمریکا به صورت زیر برآورد می‌شود:

کشور	میزان صرفه‌جویی
برزیل	۲۵ - ۴۰ درصد
کاستاریکا	۴۰ - ۶۵ درصد
هند	۶۵ - ۹۰ درصد
مالزی	۶۵ - ۸۰ درصد
مکزیک	۴۰ - ۶۵ درصد
سنگاپور	۳۰ - ۴۵ درصد
تایوان	۴۰ - ۵۵ درصد
تایلند	۵۰ - ۷۰ درصد
ترکیه	۵۰ - ۶۵ درصد

Δ جدول (۴-۱): میزان صرفه‌جویی در کشورهای منتخب

مطابق تحقیقی که مک کنزی^۱ انجام داده است دستیابی به تکنولوژی‌های پیشرفته و روش‌های جدیدتر درمان و کیفیت بالاتر خدمات از گذشته از جمله مهم‌ترین دلایل سفرهای درمانی، بوده است.



Δ نمودار (۴-۲): اهداف سفرهای درمانی در جهان (بر حسب درصد)
منبع: اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران، ۱۳۹۳

اما امروزه گردشگران درمانی از کشورهای مختلف به دلایل متفاوتی برای درمان به سایر کشورها سفر می‌کنند که می‌توان این دلایل را به‌صورت زیر دسته‌بندی نمود.

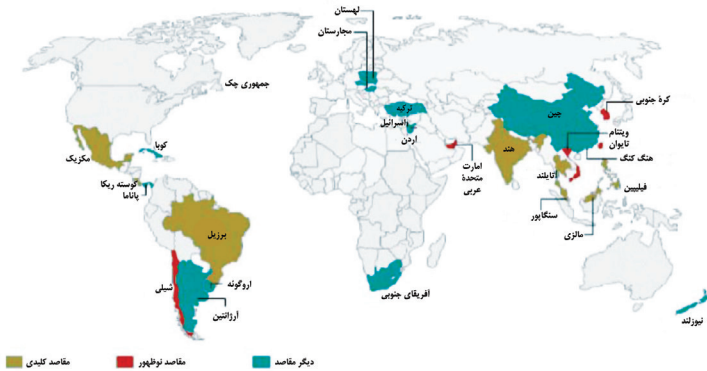
1- Mckinsey

کشورها	دلایل سفر
کشورهای کمتر توسعه یافته (سودان، سومالی، افغانستان، لیبی و غیره)	عدم وجود خدمات بهداشت و درمان مناسب و پرسنل پزشکی
کشورهای آسیایی	عدم وجود خدمات بهداشت و درمان مناسب و پرسنل پزشکی
امریکا و اروپا	گران بودن خدمات درمانی صف‌های انتظار طولانی برای بیماران
کشورهای دارای جمعیت پیر	تعداد بالای افراد مسن، کمبود پرسنل و هزینه بالای مراقبت

△ جدول (۲-۴): بازارها و اهداف آنها از انجام گردشگری درمانی
منبع: اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران، ۱۳۹۳

مطابق تحقیق دیگری که مک‌کنزی انجام داده است مسیر سفرهای درمانی در جهان به صورت نقشه زیر است. بر این اساس، مهمترین بازارهای هدف مقصدهای گردشگری درمانی در آسیا، کشورهای واقع در منطقه آسیا و امریکای شمالی هستند. امریکای شمالی و امریکای لاتین نیز تبادلات گردشگری درمانی با یکدیگر دارند. گردشگران درمانی منطقه خاورمیانه در جستجوی خدمات بهتر به منطقه‌های اروپا و آسیا سفر می‌کنند. بخشی از آنان نیز خدمات خود را از کشورهای منطقه دریافت می‌کنند. مقصد گردشگران درمانی منطقه اروپا نیز عمدتاً آسیا و امریکای شمالی هستند.

در نقشه زیر نیز مهمترین مقصدهای گردشگری درمانی در جهان نشان داده شده است. همان‌طور که در نقشه دیده می‌شود کشورهای مکزیک و کاستریکا در منطقه امریکای شمالی و مرکزی، برزیل در امریکای جنوبی، هند، تایلند، سنگاپور، فیلیپین و مالزی در آسیا از مهمترین مقصدهای گردشگری درمانی هستند. کشورهای کوبا، مجارستان، ترکیه، اردن، چین، کره شمالی، آفریقای جنوبی و امارت از مقصدهای رو به رشد و نوظهور در این حوزه هستند.



شکل (۳-۴): مهمترین مقاصد گردشگری درمانی در جهان
منبع: اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران، ۱۳۹۳

انجمن بین‌المللی گردشگری درمانی (MTA) اعلام کرده است:

- حدود ۸۰ درصد از سفرهای درمانی مبتنی بر صرفه‌جویی در هزینه است؛
- جراحی‌های زیبایی بیش از سایر درمان‌هاست و ۳۸ درصد از تقاضا را تشکیل داده است؛
- در حدود ۹۲ درصد از کل هزینه سفرهای درمانی به ازای هر بیمار کمتر از ۳۰۰۰۰ دلار است؛
- گردشگران درمانی رقمی بین ۷۴۷۵ دلار و ۱۵۸۳۳ دلار برای هر سفر درمانی می‌پردازند؛
- به ازای ۶ میلیون سفر انجام شده توسط گردشگران درمانی ۴۵ تا ۹۵ میلیارد دلار به GDP جهانی کمک می‌کند؛
- امریکای لاتین و آسیا دو منطقه پیشرو در گردشگری درمانی هستند؛
- مکزیک و هند از بیشترین تقاضا برای گردشگری برخوردارند؛
- تقریباً ۷۶ درصد از بیماران متمایل به سفرهای درمانی در آینده آمریکایی هستند.

وضعیت گردشگری درمانی در آسیا، خاورمیانه و ایران

تعداد گردشگران پزشکی که در سال ۲۰۱۵ به آسیا مسافرت کرده‌اند در حدود ۱۰ میلیون نفر بوده است که در این میان هند، سنگاپور و تایلند کنترل بیش از ۸۰ درصد این بازار را در اختیار دارند. انتظار می‌رود که بازار گردشگری سلامت در طول سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ در آسیا ۲۲ درصد رشد داشته باشد (MAT, ۲۰۱۵).

بر اساس آمارهای سازمان جهانی گردشگری پزشکی (MAT) امارات متحده با محوریت دبی، ترکیه و اردن سه مقصد پیش رو در منطقه خاورمیانه هستند. در سال ۲۰۱۳ درآمد دبی از محل گردشگری پزشکی به ۱,۶۹ میلیارد دلار رسید. اردن با داشتن ۶۴ بیمارستان خصوصی در سال ۲۰۱۳ پذیرای ۲۵۰,۰۰۰ غیر اردنی برای خدمات درمان و پزشکی بوده است. ترکیه بر اساس آمار وزارت سلامت در سال ۲۰۱۲ پذیرای در حدود ۲۵۰,۰۰۰ بیمار بین‌المللی بوده است که چیزی در حدود ۱ میلیارد دلار از این محل درآمد داشته است.

با این وجود اهمیت اقتصادی و روند رو به رشد این صنعت در سطح بین‌المللی باعث شده است که برخی از کشورهای منطقه مانند ترکیه، اردن و امارات متحده برنامه‌ها و سیاست‌هایی را با هدف توسعه گردشگری سلامت و جذب بالا بردن سهم خود از گردشگری سلامت منطقه و جهان دنبال کنند. ظهور رقبای نو ظهور در سطح منطقه در حوزه گردشگری سلامت، نبود سیستم نظارتی مناسب و عدم برخورداری از یک برنامه منسجم و استراتژیک در حوزه توسعه این صنعت پر رشد و همچنین در چند سال اخیر ظهور پدیده‌هایی چون دلایزم در زمینه عرضه خدمات درمانی به بیماران بین‌المللی که آسیب‌های جدی به کیفیت تجربه گردشگری سلامت بین‌المللی در کشور وارد ساخته و موجب بالا رفتن قیمت تمام شده خدمات درمانی در کشور می‌شود، در نهایت باعث می‌شود همچنان که الان هم شاهد آن هستیم که ایران به‌عنوان یک مقصد گردشگری سلامت در منطقه سهم خود را از این بازار درآمدزا و به سرعت رو به رشد را به نفع رقبای منطقه‌ای‌اش از دست بدهد. به‌طوری که این صنعت به‌دلیل اهمیتش برای توسعه تجارت بین‌الملل و کسب درآمدهای ارزی از حمایت بالای دولت‌ها برای توسعه برخورداری است و برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی بلندمدتی را برای توسعه و ساماندهی صنعت گردشگری سلامت دنبال می‌کنند و از بخش‌های دارای اولویت برای این کشورهای محسوب می‌شود.

منطقه آسیا یکی از مناطق پر سود در گردشگری درمانی در جهان است و انتظار می‌رود که از رونق قابل توجهی در آینده نیز برخوردار گردد. مطابق برآوردها انتظار می‌رود که این منطقه با کسب بالاترین نرخ رشد گردشگران درمانی، سهم بازار قابل توجهی را بدست آورد. آمارها نشان داده است در سال ۲۰۱۵ تعداد گردشگران درمانی در این منطقه بیش از ۱۰ میلیون نفر است. دسترسی به زیرساخت‌های درمانی و پزشکان خبره در سطح جهانی، پرستاران و نیروی کار ماهر به همراه هزینه‌های پایین درمان در این منطقه، از جمله عوامل کلیدی مؤثر در نرخ رشد آتی این منطقه خواهند بود. پیشرفت در ارائه خدمات و تکنولوژی‌های درمانی، هزینه‌های پایین، زیرساخت‌های گسترده گردشگری و توسعه برنامه‌های بازاریابی از طریق رسانه‌های اجتماعی را می‌توان از دیگر عوامل موفقیت آن‌ها ذکر نمود.

براساس تحقیقات انجام شده پیش‌بینی می‌شود که در بین ۷ کشور اصلی مقصد گردشگری درمانی در آسیا سه کشور تایلند، هند و سنگاپور بیش از ۸۰ درصد از سهم بازار منطقه را به خود اختصاص دهند. در این منطقه کشور تایلند به‌عنوان رهبر بازار گردشگری درمانی است که در سال ۲۰۱۰ بیشترین تعداد گردشگران درمانی را جذب نموده است. هند هم دومین مقصد گردشگری درمانی در منطقه آسیاست و کشور سنگاپور در رتبه بعدی قرار دارد. فیلیپین و مالزی دیگر کشورهای مهم منطقه در جذب گردشگران با انگیزه درمانی هستند.

▲ تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی تایلند

تایلند یکی از رهبران گردشگری پزشکی و یکی از محبوب‌ترین و موفق‌ترین کشورها در عرصه گردشگری پزشکی درون‌مرزی است. سازمان گردشگری تایلند ادعا می‌کند این کشور سالانه ۱ تا ۱/۵ میلیون گردشگر پزشکی را جذب می‌کند و از یک سهم ۳۸ درصدی در بازار گردشگری پزشکی جهان برخوردار است. براساس گزارش وزارت بهداشت تایلند نیز، در سال ۲۰۱۵ حدود ۲ میلیون و ۸۱۰ هزار گردشگر پزشکی که عمدتاً از کشورهای ژاپن، آمریکا، انگلیس و استرالیا بودند برای درمان به تایلند سفر کرده و درآمدی بالغ بر ۴ میلیارد دلار آمریکا را عاید این کشور کردند. گردشگری پزشکی در تایلند در دهه ۱۹۷۰ آغاز شد؛ یعنی زمانی که تقاضای کشورهای غربی برای درمان‌های زیبایی و دیگر درمان‌های موجود (مانند عمل تغییر جنسیت) که دولت آن را تأیید نمی‌کرد یا خارج از پوشش بیمه درمانی

دولتی و خصوصی آنها بود، در این کشور ارائه شد. تایلند همچنین کشوری پیشرو در گردشگری تندرستی و اسپا است. در گذشته سنت‌های شفابخش این کشور دست کم از یک دیدگاه ترفیعی، ارتباط خوبی با خدمات گردشگری پزشکی، تندرستی / اسپا نداشته‌اند؛ جز اینکه بازدیدکننده حین بازدید از یک اسپا یا تفرجگاه، احتمالاً ماساژ تایلندی هم درخواست می‌کرد اما امروزه وضعیت در حال تغییر است؛ چنانکه مشتریان علاقه‌مند به سنت‌های شفابخش و درمان‌های روحی، جسمی و ذهنی در حال رشد هستند و اسپاها، تفرجگاه‌ها و اقامتگاه‌های تندرستی نیز به‌طور فزاینده‌ای بر ارائه یک «تجربه معتبر تایلندی» تأکید دارند.

▲ نقش دولت و بخش خصوصی در تایلند

دولت تایلند همواره به‌دنبال تشویق سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش گردشگری پزشکی بوده است. کالج‌های پزشکی در تایلند، ظرفیت‌هایی را به دانشجویان خارجی از دیگر کشورهای در حال توسعه اختصاص داده‌اند تا بتوانند از طریق تقسیم گردشگری پزشکی به آموزش پزشکی در زمینه‌های علوم پزشکی و امدادگری، به علاوه درمان‌ها و داروهای جایگزین، به این صنعت تنوع بخشند. سازمان گردشگری تایلند، توسعه گردشگری پزشکی کشور را تا جایی که تبدیل به یکی از استراتژی‌های عمده گردشگری تایلند شود هدف قرار داده است. این سازمان از یک نهاد منفعل به نهادی فعال و تأثیرگذار تبدیل شده و مستقیماً برای هدف قرار دادن گردشگرانی از چین، روسیه و خاورمیانه فعالیت می‌کند. در راستای هدف مذکور این سازمان در ماه اکتبر سال ۲۰۱۰ اقدام به برگزاری مسابقه بلاگ‌نویسی گردشگری پزشکی تایلند کرد که با شرکت ۲۱۹ نفر از ۲۴ کشور همراه بود. یکی از اهداف این مسابقه، ایجاد آگاهی و گسترش فرصت‌ها برای گردشگران پزشکی دنیا بود تا از این طریق به اطلاعات آنلاین گردشگری پزشکی تایلند دست یابند و بر میزان اعتماد گردشگران پزشکی خارجی به کیفیت گردشگری پزشکی تایلند افزوده شود.

علاوه بر اینها، سازمان گردشگری تایلند به‌صورت آنلاین و از طریق کمپین‌های بازاریابی الکترونیک نیز به تبلیغ گردشگری پزشکی کشور می‌پردازد. در یک اقدام ترفیعی دیگر، دولت تایلند از برخی آژانس‌های خبری بزرگ منطقه و دنیا شامل فاکس نیوز از آمریکا، شینهوا از چین، وی‌ان‌ای از ویتنام و برنامه از مالزی دعوت

کرد تا در یک سفر چند روزه به شهرهای چیانگ مای در مارس ۲۰۱۳، پوکت در آوریل ۲۰۱۱، چانتابوری در مه ۲۰۱۱ و ایالت‌های مرزی جنوب در ژوئن ۲۰۱۱ بیایند و درمان‌های پزشکی و سلامت موجود در این شهرها را بازدید و ترویج کنند. علاوه بر بخش دولتی، هدف بازیگران خصوصی حوزه پزشکی نیز تعدیل و ارتقای برنامه‌های گردشگری پزشکی است تا انتظارات مشتریان کلیدی از قبیل گردشگران تجملی و مرفه از چین، روسیه و همچنین اروپا را برآورده کنند. در حوزه تندرستی وزارت بهداشت و وزارت تجارت، برای ایجاد موقعیت رهبری تایلند به‌عنوان قطب گردشگری سلامت آسیا و پایتخت تندرستی آسیا به‌صورتی پایدار همکاری کرده‌اند. به‌طور کلی می‌توان اذعان کرد همکاری‌ها و هماهنگی‌های بین بخشی، توجه ویژه دولت به صنعت هتلداری و تجهیز زیرساخت‌ها و بازاریابی اثربخش، مهم‌ترین دلایل موفقیت دولت تایلند در تبدیل این کشور به مقصد پیشرو گردشگری سلامت است. از سوی دیگر، زبان انگلیسی به‌طور گسترده در این کشور صحبت می‌شود و این عامل موجب شده بیماران در انتخاب تایلند به‌عنوان مقصد درمانی خود بسیار آسوده‌خاطر باشند. علاوه بر آن، بیمارستان‌های خصوصی و برخی از بیمارستان‌های دولتی برای رفع نیازهای گردشگران خارجی، مترجمان و پرسنل پزشکی آموزش دیده که از دیگر کشورها گواهی دارند را استخدام کرده‌اند. تایلند به‌عنوان رهبر بازار گردشگری درمانی در آسیا بیش از ۴۰ درصد سهم بازار منطقه را در سال ۲۰۱۱ به خود اختصاص داده بود و در سال ۲۰۱۵ به بیش از دو برابر سهم بازار در سال ۲۰۱۱ دست یافته است.

▲ تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی هندوستان

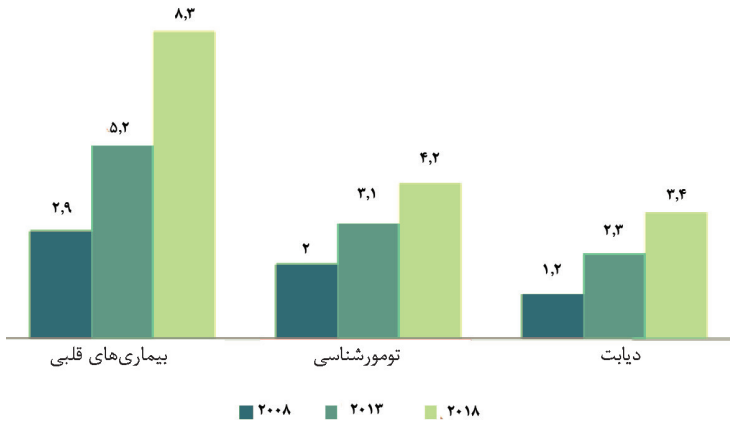
هند یکی از اولین کشورهایی است که وارد بازار گردشگری درمانی آسیا شده است. از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۱ تعداد گردشگران درمانی این کشور ۳۰ درصد رشد داشته است و در سال ۲۰۱۵ این کشور نزدیک به نیم میلیون گردشگر درمانی را جذب نموده است. دولت هند مصمم به بهبود بخش مراقبت‌های بهداشتی خود نیز است. سازمان بهداشت جهانی منطقه شرق آسیا اعلام کرده است اقدام‌های متمرکز برای افزایش توانمندی بخش بهداشت که در بسیاری از کشورها بسیار ضعیف عمل می‌کند، باید آغاز شود. نمودار (۴)، روند رشد مراقبت‌های پزشکی را در هند در طی سال‌های ۲۰۰۸ - ۲۰۲۰ نشان می‌دهد.



△ نمودار (۴-۴): روند رشد بخش مراقبت‌های بهداشتی در هند (میلیارد دلار)
Source: Frost & Sullivan, LSI Financial Services

نتایج به‌دست آمده به‌صورت زیر است:

- در طی سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۰ انتظار بر این است که رشد مراقبت‌های بهداشتی در هند با یک نرخ رشد ترکیبی ۱۶/۵ درصد افزایش یابد؛
 - اندازه کل صنعت در سال ۲۰۱۷ حدود ۱۶۰ میلیارد دلار و در سال ۲۰۲۰ حدود ۲۸۰ میلیارد دلار پیش‌بینی شده است؛
 - دولت هند تأکید بر ابتکارات جالبی همچون طرح سلامت الکترونیک (سیستم ردیابی مادر و کودک (MCTS) و ...) را در دستور کار قرار داده است؛
 - طی اعلام سازمان بهداشت، در حدود ۵۰ تکنولوژی برای درمان بیماری‌هایی همچون سل و سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرد؛
- همچنین تعداد موارد بستری در بیمارستان‌های هند (به میلیون نفر) در طی سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۱۸ نیز به‌صورت زیر است:



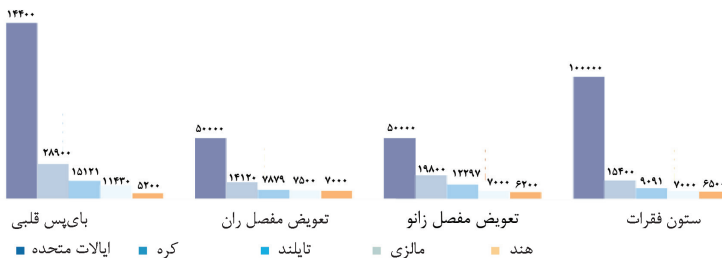
△ نمودار (۴-۵): تعداد موارد بستری در بیمارستان‌های هند
 Source: Frost & Sullivan, LSI Financial Services

- بستری قلبی: ۱۸ درصد

- آنکولوژی (تومور شناسی): ۱۶ درصد

- دیابت: ۱۹ درصد

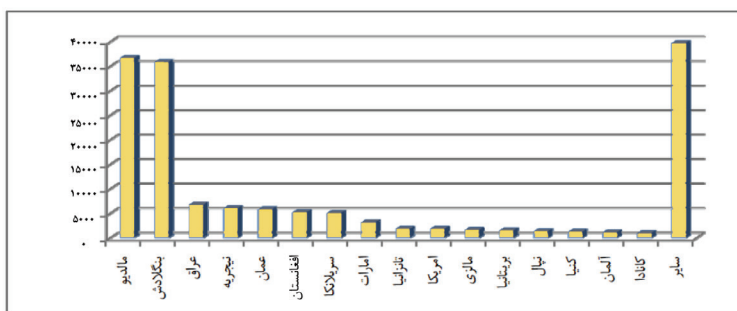
این در حالی است که هزینه جراحی در کشورهای مختلف (تایلند، کره، هند، ایالات متحده، مالزی) بر اساس دلار آمریکا به صورت زیر است:



△ نمودار (۴-۶): هزینه‌های جراحی در کشورهای مختلف (بر حسب دلار)
 Source: Ministry of Health, RNCOS, KPMG, Deloitte, Medical Tourism Association, 2016

همان‌طور که مشاهده می‌شود هند نسبت به کشورهای دیگر بیماران زیادی را پذیرا

شده است. دلیل آن کمبود امکانات پیشرفته درمانی در سایر کشورها است. همچنین دولت هند ۴۵ بیمارستان را به‌عنوان مراکز ارائه خدمات درمانی گردشگری سلامت معرفی کرده است و ویزای درمانی را برای بیماران و همراهان آنان در نظر گرفته است. دولت هند، گردشگری درمانی را به‌عنوان خدمات صادراتی مطرح کرد تا بتوانند از امتیازهای مالیاتی استفاده کنند. در حال حاضر ۲۱ بیمارستان در این کشور دارای گواهینامه JCI هستند. کشورهای مالدیو و بنگلادش در مجموع حدود نیمی از بازار گردشگری درمانی این کشور را تشکیل داده‌اند.



△ نمودار (۷-۴): بازار گردشگری درمانی هند

Reference: Madras School of Economics, 2013

تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی کره جنوبی

کره جنوبی از جمله کشورهای مهم پذیرای توریسم درمانی در جهان محسوب می‌شود که برای جذب هرچه بیشتر گردشگران خاورمیانه‌ای، که برای انجام درمان‌های پزشکی راهی این کشور می‌شوند، برنامه‌ریزی کرده است و با سرمایه‌گذاری بر روی بحث توریسم درمانی سطح اقتصادی کشور را به میزان زیادی ارتقا داده است. ستؤل در سال ۲۰۱۲، میزان ۴۰۰ هزار گردشگر درمانی بود که میان کشورهای جهان یک رکورد محسوب می‌شود. آمارها نشان می‌دهد مسافران کشورهای خاورمیانه طی دوره درمان خود بیشترین سود را به جیب کره‌ای‌ها سرازیر می‌کنند. سال ۲۰۱۲، اماراتی‌ها بالاترین رتبه را در این فهرست در میان گردشگران دیگر کشورها از جمله چین، آمریکا و روسیه به خود اختصاص دادند. سازمان گردشگری کره جنوبی اعلام کرده است که هر گردشگر درمانی از امارات در سال ۲۰۱۳ به‌طور میانگین ۱۶ هزار و ۲۷۱ دلار برای خدمات درمانی در کره جنوبی هزینه کرده است. گردشگران

قزاقستان و اندونزی با ۴۱۹۱ و ۱۷۷۳ دلار در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند. در گزارش این سازمان همچنین آمده است که در سال ۲۰۱۳ حدود ۱۷۸ هزار و ۵۱۹ بیمار خارجی راهی سئول شده و در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های پایتخت کره بستری شده‌اند. این رقم در مقایسه با سال ۲۰۰۹ بیش از ۴۰ هزار نفر افزایش پیدا کرده است.

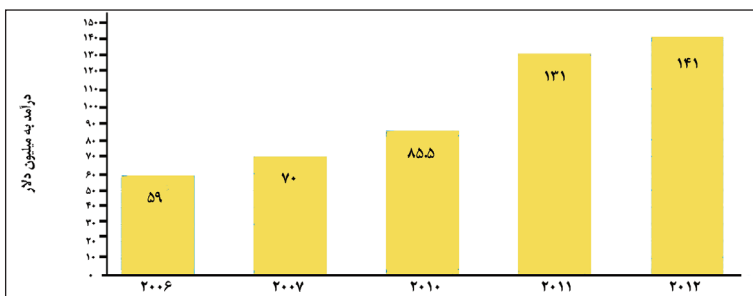
هزینه‌ای که اماراتی‌ها در کره برای درمان خود صرف می‌کنند، در سال ۲۰۱۳ رشدی ۳۷۰ درصدی داشته است. در این میان شهرهای دائجو و بوسان در کره جنوبی به دلیل وجود بازار گیاهان طبی از قرن هفدهم و مراکز پزشکی پیشرفته بیشترین گردشگر را دارند. دولت کره جنوبی اخیراً توجه خود را بر کشورهای همانند چین، هند، ترکیه، اندونزی، قبرس و چند کشور آفریقایی و عربی متمرکز کرده که تنها نیمی از جمعیت آن‌ها تحت پوشش بیمه درمانی قرار دارند.

بیشترین گردشگران درمانی کره جنوبی؛ امارات، امریکا، کانادا، استرالیا هستند. در حال حاضر بیشتر گردشگران درمانی کره جنوبی علاوه بر امارات از امریکا، کانادا، استرالیا و دیگر کشورهای اروپایی هستند که هزینه عمل‌های جراحی، به‌ویژه عمل‌های جراحی زیبایی، در آن‌ها بسیار بالاست. دولت کره جنوبی از سال‌ها قبل اقدام به تأسیس چند شهرک گردشگری درمانی در حومه شهر سئول کرده که در آن‌ها خدمات ویژه گردشگری درمانی شامل جراحی پلاستیک، طب شرقی، مراقبت‌های پوستی و دندان‌پزشکی به گردشگران ارائه می‌شود. در این شهرک‌ها همچنین علاوه بر مراقبت‌های پزشکی غذاهای گیاهی با خاصیت دارویی به گردشگران عرضه شده و آن‌ها با ورزش یوگا نیز آشنا می‌شوند.

کره جنوبی رکورددار بالاترین تعداد عمل‌های زیبایی در جهان است. جراحی پلاستیک و درمان بیماری‌های پوستی بیشترین تعداد گردشگران خاورمیانه را به کره جنوبی می‌کشاند. این کشور اکنون باتوجه به جمعیت آن، رکورددار بالاترین تعداد عمل‌های زیبایی در جهان است.

دولت سئول بودجه هنگفتی برای ساخت بیمارستان، مراکز درمانی و توسعه گردشگری سلامت تخصیص داده است و یکی از پیشرفته‌ترین کشورها از نظر فناوری درمانی نیز است.

سئول در تخصص جراحی‌های ستون فقرات و تشخیص و درمان سرطان سابقه درخشانی دارد. بیشتر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی این کشور کاملاً دیجیتالی هستند و پرونده پزشکی بیماران نیز الکترونیکی است. همین موضوع باعث شده تا علاوه بر گردشگرانی که به منظور عمل‌های جراحی زیبایی به این کشور سفر می‌کنند، سئول میزبان شمار زیادی از بیماران سرطانی نیز باشد. اما اکثر گردشگران درمانی برای عمل‌های جراحی زیبایی به سئول را چینی‌ها تشکیل می‌دهند. میزان درآمد حاصل از گردشگری درمانی در کره جنوبی در طی سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۱۲ به صورت زیر است:



Δ نمودار (۴-۸): درآمد حاصل از گردشگری درمانی در کره جنوبی (بر حسب میلیون دلار)
Source: www.medicaltourismassociation.com, 2015

کره جنوبی رو به رشدترین مقصد گردشگری درمانی در آسیا هست و در سال ۲۰۱۵ این کشور بیش از ۳۰۰ هزار گردشگر درمانی داشته است.

▲ تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی امارات متحده عربی

امارات متحده عربی، متشکل از ۷ شیخ‌نشین کوچک شامل ابوظبی، دبئی، شارجه، عجمان، فجیره، راس‌الخیمه و ام‌القوین است که تاکنون ۱۱۶ بیمارستان، کلینیک و مرکز درمانی آن موفق به کسب اعتبار و گواهی از JCI شده‌اند. اگرچه ابوظبی پایتخت این کشور است اما دبئی، شیخ‌نشین پیشرو امارات متحده عربی در حوزه گردشگری پزشکی قلمداد می‌شود. به موازات رشد گردشگری پزشکی در جهان این کشور نیز بر ارائه خدمات جراحی زیبایی، معاینات عمومی، ناباروری و آی.وی.اف، پوست و دندان پزشکی، همچنین خدمات بیماری‌های سبک زندگی از قبیل بیماری‌های

مرتبط با چاقی بیش از حد که در منطقه رایج هستند، تأکید ویژه‌ای دارد؛ چرا که گردشگران سلامت این کشور اساساً برای دریافت این نوع خدمات و درمان‌ها به امارات وارد می‌شوند. به‌طور کلی، این کشور به‌واسطه موقعیت جغرافیایی خود عمدتاً بیماران ثروتمند را از بسیاری از اقتصادهای نوظهور نظیر روسیه، اروپای غربی و چین جذب می‌کند. با این حال، تمرکز امارات تنها بر جذب گردشگرانی از کشورهای گردشگرفرست نوظهور نیست؛ بلکه کشورهای همسایه و ساکنان محلی نیز از جمله بازارهای هدف آن به‌شمار می‌روند.

امارات به‌واسطه هزینه‌های رقابتی خدمات درمانی نسبت به کشورهای غربی، کارکنان و متخصصان مسلط بر زبان انگلیسی و حتی چندزبانه و در نهایت قابلیت دسترسی سریع به خدمت درمانی بدون لیست‌های انتظار در کشور، در تلاش برای اثبات خود به‌عنوان یک مقصد جذاب گردشگری پزشکی است، اما با وجود این مزیت‌های رقابتی، تهدیدهایی از سوی مقاصد رقیب از جمله کشورهای مالزی، تایلند، سنگاپور و هند که مقاصد پیشرو و شناخته‌شده در این عرصه هستند متوجه رشد صنعت گردشگری پزشکی امارات است. این کشورها در حوزه جراحی‌های دشوار و پیچیده از شهرت جهانی برخوردارند و علاوه بر آن، رقابت قیمتی با این کشورها برای امارات متحد‌العربی دشوار است؛ زیرا اگرچه هزینه خدمات درمانی این کشور حدوداً یک‌سوم هزینه‌های ایالات متحده آمریکا است اما باز هم بیش از دو برابر هزینه خدمات درمانی در کشورهای رقیب تمام می‌شود. بنابراین، نه‌تنها جذب گردشگران پزشکی بین‌المللی، بلکه حفظ بیماران داخلی و جلوگیری از خروج آنها چالش مهمی است که امارات با آن دست و پنجه نرم می‌کند؛ چنان‌که حتی برخی برآوردها نشان می‌دهد ۶۲ هزار نفر از ساکنان این کشور در سال ۲۰۰۶ برای دریافت خدمات درمانی به تایلند سفر کردند. در نتیجه، از آنجا که رقابت قیمتی با کشورهای آسیایی برای امارات دشوار است، تمرکز دبی به‌عنوان قطب گردشگری پزشکی این کشور را می‌توان بر رقابت کیفیتی دانست؛ یعنی درحالی‌که اکثر کشورهای آسیایی استراتژی مدیریت هزینه را در پیش گرفته‌اند، دبی سعی بر ایجاد تمایز از طریق کیفیت دارد. از این‌رو در سال‌های اخیر برنامه‌ریزی‌ها و سرمایه‌گذاری‌های گسترده‌ای را برای معرفی خود به‌عنوان مقصد برتر درمانی و پزشکی منطقه انجام داده تا به این وسیله بازار خاورمیانه را از آن خود کند. پروژه

شهر سلامت دبی را می‌توان از اقدامات مهم در این خصوص دانست. از زاویه آماری نیز صنعت گردشگری پزشکی امارات، بیشترین سهم از ارائه خدمات در حوزه گردشگری سلامت کشور را به خود اختصاص داده و ۸۴ درصد از رشد اقتصادی این صنعت را از آن خود کرده است. درآمد گردشگری پزشکی امارات در سال ۲۰۱۳ حداکثر نرخ رشد ممکن نسبت به سال‌های قبل یعنی یک رشد ۱۴ درصدی را به ثبت رساند؛ چنان‌که براساس اطلاعات بانک سرمایه‌گذاری آلپن، درآمد این بخش در سال ۲۰۱۳ به ۱/۶۹ میلیارد دلار امریکا رسید. افزایش این میزان رشد را البته باید ناشی از تلاش کمپن‌های دولتی در جهت ارتقای کشور به‌عنوان یک مقصد برگزیده گردشگری پزشکی دانست. مقوله مهم دیگر در صنعت گردشگری سلامت امارات متحده‌عربی نیز اسپاها هستند که در مقابل نرخ رشد ۱۴ درصدی درآمد گردشگری پزشکی، یک رشد ۷ درصدی را در سال ۲۰۱۳ به ثبت رساندند. امارات متحده عربی توسعه گردشگری درمانی را در این کشور با ایجاد شهر سلامت دویی (DHCC) ترویج می‌کند. این کشور بیشترین تعداد بیمارستان‌های دارای گواهینامه JCI را در منطقه دارد.

▲ متنوع‌سازی اقتصاد دبی با توریسم درمانی

گردشگری سلامت یک عنصر کلیدی در استراتژی ملی گردشگری امارات متحده‌عربی و در حقیقت یکی از رو به رشدترین مقوله‌های گردشگری این کشور در طی چند سال اخیر بوده است و به‌طور خاص، گردشگری پزشکی یک عنصر کلیدی استراتژی بلندمدت دولت برای متنوع‌سازی اقتصاد کشور و کاهش وابستگی از نفت و گاز قلمداد می‌شود. در این راستا دولت امارات سرمایه‌گذاری‌های عظیمی را به مشارکت با مؤسسات معتبر نظیر مدرسه پزشکی هاروارد به‌منظور بنیان‌گذاری مؤسسه هاروارد دبی برای تحقیقات پزشکی و تا شناساندن کشور به‌عنوان یک مرکز پزشکی برتر با تأسیسات پزشکی و تسهیلات درمانی درجه یک و ممتاز اختصاص داده است. علاوه‌بر آن، ساخت چند ریزورت اسپا، مرکز پزشکی - ورزشی و مرکز تغذیه را به‌عنوان بخشی از استراتژی سلامت شهر سلامت دبی برنامه‌ریزی کرده است تا به‌واسطه آن، موقعیت کشور را به‌عنوان مقصد برتر گردشگری تندرستی نیز تقویت کند. علاوه‌بر تمرکز دولت بر توسعه گردشگری پزشکی، بخش خصوصی نیز

به‌طور فعالی برای ترویج این صنعت در خارج از کشور تلاش کرده است. از جمله اقدامات بخش خصوصی می‌توان به انتشار بروشور «بیماران بدون مرز» اشاره کرد که ابزاری برای ارتقای کشور به‌عنوان یک مقصد منتخب گردشگری پزشکی است و همچنین تأسیس آژانس‌های گردشگری پزشکی و بازاریابی آنلاین برای جذب مشتری نیز از این دست اقدامات عنوان می‌شود. با این تفاسیر، شاخص‌ترین و بارزترین جلوه همکاری دولت و بخش خصوصی در حوزه گردشگری سلامت (هر گردشگری پزشکی و تندرستی) را می‌توان در پروژه شهر سلامت دبی مشاهده کرد طبق نظرسنجی صورت گرفته توسط مرکز مراقبت‌های بهداشتی در دبی، اغلب گردشگران پزشکی از مقاصد زیر وارد دبی می‌شوند:



△ نمودار (۹-۴): کشورهای وارد به دبی برای گردشگری پزشکی (بر حسب درصد)
Source: <http://nuviun.com>, 2014



△ نمودار (۱۰-۴): دلیل انتخاب دبی به‌عنوان مقصد گردشگری پزشکی (به درصد)
Source: <http://nuviun.com>, 2014

نگرانی‌های بیماران و گردشگران پزشکی دبی نیز به‌صورت زیر است.

هزینه‌ها و بیمه	۳۲ درصد
خدمات بعد درمان	۲۳ درصد
محل اقامت و سفر	۱۶ درصد
مقررات و چارچوب‌های قانونی	۱۳ درصد

△ نمودار (۱۱-۴): نگرانی‌های بیماران و گردشگران پزشکی (بر حسب درصد)
Source: <http://nuviun.com>, 2014

▲ تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی فیلیپین

فیلیپین برخلاف تایلند، هند و مالزی، کشوری نسبتاً نوپا در حوزه گردشگری پزشکی است. در واقع فیلیپین بعد از موفقیت شگفت‌انگیز برخی کشورها مانند هند و تایلند در این صنعت، تصمیم به استفاده هرچه سریع‌تر از فرصت‌ها گرفته و به‌عنوان رویکردی متفاوت از سایر بازیگران کلیدی در بازارهای گردشگری سلامت، تمرکزش را بر مراقبت‌های بازنشستگی بلندمدت قرار داده است. فیلیپین به‌خصوص در زمینه پرستاری، یکی از تأمین‌کنندگان اصلی برای دیگر کشورها نظیر ایالات متحده، کانادا، بریتانیا و سنگاپور بوده؛ چراکه پرستاران و مراقبان سلامت فیلیپینی به علت مراقبت صحیح، مهربان و حساس بودن نسبت به بیماران خود نه تنها در ایالات متحده بلکه در سراسر دنیا مورد تقاضا هستند. هزینه و زمان دو عامل رونق گردشگری پزشکی در فیلیپین هستند؛ در واقع هزینه خدمات پزشکی در فیلیپین همانند سایر کشورهای آسیایی بسیار کمتر از اقتصادهای پیشرفته آمریکای شمالی و اروپا است. همچنین لیست‌های کوتاه انتظار نیز یکی از محرک‌های کلیدی جذب بیماران به این کشور است.

▲ اقدامات دولت و بخش خصوصی

دولت فیلیپین در دهه ۱۹۷۰ مراکز پیشرفته‌ای نظیر مرکز قلب فیلیپین، مرکز ملی ریه، موسسه ملی پیوند کلیه را با هدف تبدیل این کشور به قطب متخصصان پزشکی

در شرق آسیا، تأسیس و در سال ۲۰۰۴ با شناخت قابلیت گردشگری پزشکی، پروژه مشارکت بخش دولتی - خصوصی را تحت عنوان برنامه گردشگری پزشکی فیلیپین آغاز کرد. دولت فیلیپین توسعه گردشگری پزشکی را از اولویت‌های سرمایه‌گذاری سال ۲۰۰۶ قرار داد و همچنین مشوق‌هایی مانند معافیت‌های مالیاتی و اعطای وام با نرخ‌های بهره پایین را برای سرمایه‌گذاری در این بخش فراهم کرده است. بانک توسعه فیلیپین نیز به واسطه «برنامه افزایش دسترسی به وام در حوزه سلامت و تندرستی»، پروژه‌های گردشگری پزشکی را در اولویت بهره‌مندی از این وام‌ها قرار داده است. در سال‌های اخیر همچنین مشوق‌هایی برای جذب سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش گردشگری پزشکی فیلیپین به کار گرفته شده است.

دولت فیلیپین با عنایت به مزیت‌هایی همچون کیفیت مناسب نیروی کار پزشکی، توانایی ارائه خدمات در سطح قیمت‌های رقابتی، تسلط به زبان انگلیسی، میهمان‌نوازی ذاتی مردم فیلیپین و اقلیم گرمسیری و مطبوع کشور، برنامه گردشگری پزشکی فیلیپین را برای استفاده هرچه بیشتر از فرصت‌های بازار روبه رشد گردشگری پزشکی تدوین کرده است. دولت امیدوار است بتواند سالانه ۷۰۰ هزار گردشگر پزشکی جذب کند که رقمی معادل ۴۰ درصد از کل گردشگران ورودی را شکل می‌دهد. برای تدوین و اجرای این برنامه یک گروه کاری متشکل از ذی‌نفعان بخش دولتی و خصوصی تشکیل شد و وزارت بهداشت مسئولیت سرپرستی و جهت‌دهی این گروه را برعهده گرفت. برنامه توسعه گردشگری فیلیپین با توجه به مقاصد رقیب و روند گردشگری پزشکی، چهار موضوع اصلی خدمات پزشکی و جراحی، ارائه خدمات درمانی سنتی و جایگزین، سلامت و تندرستی و مراکز بین‌المللی بازنشستگی را هدف قرار داده است.

▲ خدمات، مقاصد و بازارهای هدف

با این‌همه کشور فیلیپین به سبب متمرکز نبودن بر یک درمان یا مراقبت پزشکی خاص، هنوز قادر به جذب تعداد چشمگیری از گردشگران پزشکی نیست. به عبارت دیگر، نظر به اینکه تایلند ممکن است در جراحی زیبایی یا آلمان در حوزه درمان سلول‌های بنیادی شناخته شده باشد، فیلیپین هنوز یک درمان سلامت و تندرستی ویژه‌ای را که بتواند بهتر از سایرین ارائه دهد شناسایی نکرده و اگرچه بیمارستان‌های

کشور در حال ارتقا و به‌روز رسانی تسهیلات و کسب اعتبار بین‌المللی هستند اما تلاش‌هایشان برای جذب خارجی‌هایی که این کشور را به‌عنوان یک مقصد سلامت و تندرستی بر سایر مقاصد ترجیح دهند با توفیق کامل روبه‌رو نشده است. با این وجود بیشترین درمان‌ها و خدمات مورد تقاضای بازدیدکنندگان خارجی در فیلیپین عبارت است از معاینات، مراقبت‌های قلبی عروقی، درمان سرطان و سلول‌های بنیادی، عمل جراحی پیوند عضو، مدیریت و تناسب وزن، مراقبت از چشم و بینایی، مراقبت دندان، عمل جراحی پوست و زیبایی و مراقبت بلندمدت بازنشستگی. در حوزه تندرستی، مشخصه درمانی فیلیپینی‌ها که در اسپاها معروف و محبوب است و به‌صورت گسترده‌ای به گردشگران خارجی عرضه می‌شود، هیلوت و داداگای است. علاوه‌بر این دو، سایر درمان‌ها و معالجات شفابخش بومی و سنتی فیلیپین عبارت است از طب گیاهی، معالجات پرانیک و ریکی، هیپنوتیزم، طب سوزنی و انعکاس درمانی (رفلکسولوژی). بازارهای هدف عمده برای گردشگری پزشکی و تندرستی در فیلیپین عبارت است از ایالات متحده، کانادا، خاورمیانه، ژاپن و استرالیا؛ علاوه‌بر این بازارها، میلیون‌ها فیلیپینی که میهن خود را ترک کرده و در خارج از کشورشان به‌خصوص در ایالات متحده زندگی می‌کنند نیز یک بازار هدف کلیدی برای فیلیپین به‌شمار می‌روند. طبق اطلاعات مرکز ملی آمار فیلیپین، بیش از ۱/۹ میلیون گردشگر در بازه زمانی ژوئن تا سپتامبر ۲۰۰۵ از فیلیپین بازدید می‌کنند. طبق برآورد وزارت گردشگری، در سال ۲۰۰۸ حدود ۱۰۰ هزار گردشگر پزشکی به این کشور وارد شده‌اند که در آن زمان برآورد این آمار تا سال ۲۰۱۵، ورود سالانه ۲۰۰ هزار بیمار خارجی و در نتیجه، تبدیل گردشگری پزشکی فیلیپین به یک صنعت ۳ میلیارد دلاری بود. یک تخمین محلی، بازار گردشگری تندرستی فیلیپین را با سهم گردشگران خارجی که حدود دو سوم این درآمدها را شکل می‌دهد، سالانه ۲۵/۳ میلیون دلار برآورد کرده است. گردشگری پزشکی با به ثبت رساندن یک رشد ۱۳ درصدی در سال ۲۰۱۳ همچنان در حال رشد است؛ در واقع تقاضا برای عمل جراحی زیبایی، معالجات دندان و جراحی‌های انتخابی از سوی فیلیپینی‌های ساکن در خارج از کشور، به واسطه قیمت‌های پایین این خدمات در فیلیپین، محرک کلیدی این رشد بوده است.

▲ تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی کوبا

به طور مثال کشور کوبا باتوجه به این که یکی از بهترین سیستم‌های بهداشتی و خدمات پزشکی جهان را دارد و آب و هوای خوب و طبیعت بکر بسیاری هم در این جزیره دریای کارائیب موجود است، اکنون به یکی از مهمترین مقاصد گردشگری سلامت تبدیل شده است. کوبا که تا همین سال گذشته تحت تحریم‌های شدید امریکا قرار داشت توانسته بود با استفاده از گردشگری سلامت هزاران گردشگر از اروپا و کانادا و حتی خود امریکا جذب کند و همین موضوع کمک شایانی به این کشور کرد. ارز فراوانی وارد کوبا شد که دولت این کشور از همان ارز استفاده کرد و سیستم بهداشتی و درمانی‌اش را برای شهروندان کوبایی با خدمات بسیار بالا به صورت رایگان ارائه داد. بر مبنای این آمار جهانی و تعریف علمی، ایران نیز می‌تواند سهم عمده‌ای از این امر داشته باشد. در چند سال اخیر تلاش‌هایی برای استفاده از ظرفیت‌های زیرساختی و البته نیروی متخصص انسانی در ایران خصوصاً در زمینه درمانی صورت گرفته است. اما به نظر می‌رسد نباید صرفاً متکی به گردشگری درمانی و پزشکی بود بلکه باید مراکز استراحت و توانبخشی و حتی نگهداری از بیماران و سالمندان را نیز سازماندهی کرد.

▲ تحلیلی بر وضعیت گردشگری درمانی ترکیه

ترکیه از موقعیت استراتژیکی برخوردار است و این امر موجب شده که به‌عنوان مقصد گردشگری درمانی بهتر شناخته شود. این کشور دومین مقصد گردشگری درمانی در منطقه خاورمیانه است و از نظر درآمد حاصله از این بخش نیز در رتبه دوم قرار دارد. در سال ۲۰۱۱ این کشور نسبت به سال ۲۰۰۶ که درآمد آن ۱۹۲ میلیون دلار بوده از ۶/۸ درصد رشد سالانه برخوردار بوده است. پیش‌بینی می‌شود که با ایجاد مناطق ویژه گردشگری سلامت، گردشگری درمانی این کشور رشد بیشتری داشته باشد و تا پایان سال ۲۰۱۶ گردشگری درمانی درآمدی معادل ۴۸۰ میلیون دلار داشته باشد. مهمترین عواملی که سبب پیشی گرفتن کشور ترکیه در صنعت گردشگری سلامت شده است، عبارتند از:

- ایجاد تسهیلات در صدور ویزا؛

- ایجاد شبکه‌های تلویزیونی و وبسایت‌های مشترک و متنوع؛

- گردهمایی‌های کاربردی میان آژانس‌داران و تورگردانان این کشور و رسیدن به

راهکارهای عملی در جذب مشتری؛

- شرکت فعال در نمایشگاه‌های گردشگری و ایجاد غرفه‌های بزرگ و مشترک و انتشار انواع کتاب‌های راهنمای گردشگری؛

- همکاری با کشورهای عضو اکو، کشورهای اسلامی، کشورهای منطقه خاورمیانه، اروپا و غرب؛

- ترجمه انواع کتاب و راهنما و بروشورهای تبلیغاتی به تمامی زبان‌هایی که مسافران این کشور با آن تکلم می‌کنند؛

- برگزاری انواع مسابقه سفرنامه‌نویسی و جشنواره و نمایشگاه‌های فصلی؛

- ساخت فیلم‌های مستند از جاذبه‌های گردشگری؛

- ایجاد تسهیلات در اعطای بورس به دانشجویانی که این کشور، زبان آن یا موضوعات گردشگری آن را به‌عنوان رشته تحصیلی خویش انتخاب کرده‌اند؛

- بسترسازی برای استانداردسازی قوانینی که در حوزه گردشگری در این کشور وضع می‌شود؛

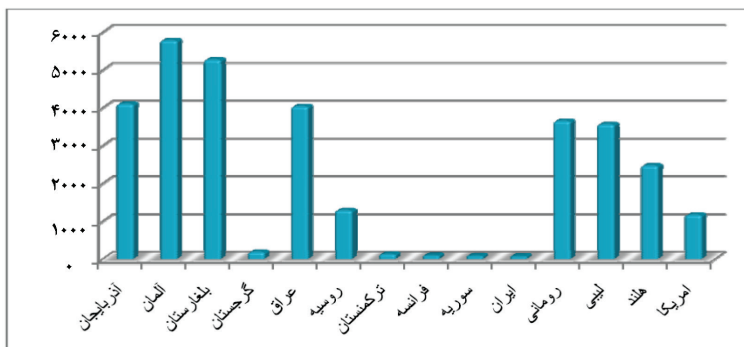
- ایجاد دهکده‌های گردشگری؛

- رونق زیرساخت‌های گردشگری و سرمایه‌گذاری در ساخت هتل و انواع تأسیسات لازم در موضوع گردشگری؛

- حمایت دولت از انجام هرگونه سرمایه‌گذاری در حوزه‌های سخت‌افزاری یا نرم‌افزاری در موضوع گردشگری؛

- اجرای طرح‌های مشارکتی با دیگر کشورها در زمینه گردشگری و نهادینه کردن آموزش‌های لازم در استقبال از گردشگر و ده‌ها و ده‌ها اقدام دیگر.

در بین گردشگرانی که با هدف درمانی به کشور ترکیه سفر کرده‌اند کشورهای آلمان، بلغارستان، آذربایجان و عراق از مهمترین کشورها هستند. کشورهای رومانی، لیبی، هلند و امریکا نیز آمار قابل توجهی را به خود اختصاص داده‌اند.



△ نمودار (۱۲-۴): بازارهای گردشگری درمانی ترکیه
منبع: وزارت سلامت، ۲۰۱۲

چشم‌انداز گردشگری درمانی خاورمیانه

درآمد گردشگری درمانی در منطقه خاورمیانه در سال ۲۰۰۶ رقمی معادل ۱۲۴۰ میلیون دلار بوده است که تا سال ۲۰۱۱ به‌طور متوسط سالانه ۴/۷ درصد رشد داشته است. در منطقه خاورمیانه کشورهای اردن، ترکیه، عربستان سعودی و ایران از مهمترین مقصدهای گردشگری درمانی هستند. امارات متحده عربی نیز در تلاش است تا خود را به‌عنوان یک مقصد گردشگری درمانی در منطقه مطرح نماید. کشور اردن رهبر بازار گردشگری درمانی در این منطقه است و بیشترین تعداد گردشگران و درآمد حاصله را به خود اختصاص داده است. هزینه‌های پایین درمانی ناشی از تامین زیرساخت‌ها توسط دولت در این منطقه موجب افزایش تعداد گردشگران شده است. تسهیل شرایط سفرهای بین‌المللی مانند ویزا در برخی کشورهای منطقه مانند امارات و اردن گردشگران را به این منطقه جذب کرده است. افزایش تعداد بیمارستان‌های خصوصی، نیز یکی از عواملی است که بر افزایش تعداد گردشگران درمانی در این منطقه اثرگذار بوده است. از سوی دیگر عوامل محیطی همچون بی‌ثباتی سیاسی، جنگ‌های داخلی و تمایلات ضدغربی در این منطقه تأثیر منفی بر عملکرد کشورهای این حوزه داشته است. با این وجود پیش‌بینی می‌شود که منطقه خاورمیانه ۷۵۳/۵۰۰ گردشگر درمانی را تا پایان سال ۲۰۱۶ جذب نماید و درآمدی معادل ۲ میلیارد دلار ایجاد کند.

حوزه‌های فعالیت در گردشگری سلامت در دنیا

زمینه‌های فعالیت در حوزه گردشگری سلامت در دنیا شامل موارد زیر می‌شود:

- آب گرم‌های درمانی؛

- برنامه‌های مدیریت وزن^۱؛
- اعمال جراحی آرایشی و پلاستیک^۲؛
- اعمال جراحی جایگزینی مفاصل (زانو و ...) ^۳؛
- اعمال جراحی بای-پس شریان قلب^۴؛
- پیوند اعضا^۵؛
- چشم پزشکی (عمل لیزیک)^۶؛
- دندان پزشکی و کاشت دندان^۷؛
- توانبخشی^۸.

مهمترین موضوعات مطرح در گردشگری سلامت در دنیا

- امکانات، در حد کشورهای پیشرفته؛
- قیمت‌ها، در حد کشورهای در حال توسعه.

تحلیلی بر وضعیت گردشگری سلامت در ایران

چرا توسعه گردشگری سلامت در ایران؟

گردشگری سلامت به دلیل ظرفیت بالای آن برای ایجاد درآمدهای ارزی و اشتغال‌زایی از طریق صادرات خدمات درمانی و سلامت و کمک به کشور برای تعامل‌سازی با منطقه، جهان بین‌المللی و ترویج همگرایی داخلی از اهمیت استراتژیک بالایی برای اقتصاد و جامعه کشور برخوردار است. گردشگری سلامت یکی از محدود بخش‌هایی است که کشور دارای مزیت‌های نسبی و رقابتی بالایی است. گردشگری سلامت در کشور در حال حاضر یک دوره رو به رشدی را تجربه می‌کند. در حال

- 1- Weight Management Programs
- 2- Cosmetic and Plastic Surgery
- 3- Replacement Knee
- 4- Coronary By-pass Surgery
- 5- Organ Transplant
- 6- Lasik Surgery
- 7- Dental Implantation
- 8- Rehabilitation and Recuperation

حاضر بر اساس آمارهای موجود در چند سال گذشته بخش گردشگری پزشکی در ایران رشدی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد را تجربه کرده است و این یعنی رشدی بیشتر از صنعت گردشگری پزشکی در سطح جهان که بر طبق آمار سازمان جهانی گردشگری رشد بین ۱۰ تا ۱۲ درصد بوده است. هر چند آمار دقیقی از تعداد گردشگران سلامت ورودی به کشور به ویژه گردشگران تندرستی در دست نیست و سیستمی با این هدف به صورت منسجم راه اندازی نشده است، اما آمارهای تقریبی حاکی از ورود ۳۰,۰۰۰ بیمار بین‌المللی در سال ۲۰۱۳ بر اساس آمار محله بین‌المللی گردشگری پزشکی که ۱۴,۰۰۰ مورد آن در مشهد درمان می‌شوند وجود دارد.

بیمارستان رضوی از طریق تبلیغات به روش‌های مختلف که مهمترین آن تبلیغ بر روی نوع و کیفیت خدمات ارائه شده در این بیمارستان است، نسبت به جذب بیمارانی خارجی اقدام می‌کند. در این راستا حضور در اتفاقات مهم داخلی و خارجی در زمینه گردشگری سلامت از جمله شرکت در کنگره‌ها و بسیاری از نمایشگاه‌هایی که در کشور برگزار می‌شود، در دستور کار واحد IPD قرار دارد.

علاوه بر بالاترین سطح خدمات درمانی، جاذبه‌های تاریخی و طبیعی ایران، بیماران خارجی را برای داشتن یک دوره نقاهت آرام در ایران تشویق می‌کند. استان خراسان و شهر مشهد به‌عنوان بخش مهمی از تاریخ و فرهنگ ایران، نمونه‌های جذابی از این دیدنی‌ها را در دل خود جای داده است که از آن میان می‌توان به آرامگاه فردوسی، موزه و باغ نادری، شهر باستانی نیشابور با آثار تاریخی بیشماری همچون آرامگاه عطار، آرامگاه خیام نیشابوری و بیش از همه آنها بارگاه منور امام هشتم، حضرت امام رضا (ع) اشاره کرد. وجود حرم مطهر امام هشتم (ع) در مشهد هر ساله میلیون‌ها زائر شیفته را به خود جذب می‌کند. مسلمانان نیازمند به خدمات درمانی نیز به‌عنوان بخشی از این زائرین، آرامش خود را در مشهد و در کنار بارگاه آن حضرت در بیمارستانی که متعلق به آن امام همام است، می‌جویند.

در بیمارستان رضوی در سال ۹۳ اعم از بستری و سرپایی، حدود ۸۳۰۰ سرویس به بیماران خارجی ارائه شده است. بیشترین تعداد بیماران، به ترتیب بیشتر از کشورهای ترکمنستان، عراق و افغانستان بوده است. آمار بیمارستان سالانه رشد بیش از ۲۰ درصدی را در این زمینه نشان می‌دهد. هماهنگی با پذیرش جهت بستری بیمار، هماهنگی با پزشک IPD جهت ویزیت اولیه و تعیین پزشک پذیرش دهنده، هماهنگی

با واحد ترخیص جهت برآورد هزینه‌های درمانی، هماهنگی با شرکت تسهیل‌گر، هماهنگی با واحد تکریم جهت چگونگی استقبال از بیمار و همراهیان وی، هماهنگی با گروه تسهیل‌گر جهت پیگیری امور بیماران و نیز ارائه بهتر خدمات غیر پزشکی از جمله وظایف کارشناسان واحد IPD است. مسئول پیگیری کلیه خدمات درمانی مرتبط با بیمار بستری شده از طریق دپارتمان بیماران بین‌الملل به عهده پزشک IPD است.

خدمات ارائه شده در بیمارستان فوق تخصصی رضوی	گواهینامه‌های بین‌المللی و ملی
قلب و عروق	۱- گواهینامه دیاموند اعتباربخشی بین‌المللی کانادا ACI
مغز و اعصاب	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۴ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۶
اسکوبی	۲- استاندارد تموس تمرکز بر گردشگری سلامت
خدمات VIP	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۲ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۴
اداری و پشتیبانی	۳- مجوز پذیرش بیماران بین‌الملل IPD
پاراکلینیک	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۵ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۶
دستگاه گوارش	۴- استاندارد ایمنی محیط زیست (ISO ۱۴۰۰۱)
فک و دندان	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۱ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۴
کلینیک‌ها	۵- استاندارد مدیریت کیفیت (ISO ۹۰۰۱)
سرطان	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۸۹ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۴
چشم	۶- سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی (OHSAS ۱۸۰۰۱)
کلیه و مجاری ادراری	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۱ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۴
ارتوپدی	۷- گواهینامه سازمان یادگیرنده (سطح ۱) از بنیاد توانمندسازی منابع انسانی
تصویربرداری	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۲ تاریخ اعتبار: -
گوش و حلق و بینی	۸- مدیریت سبز اروپا
جراحی	تاریخ اخذ گواهینامه: ۲۰۱۴ م تاریخ اعتبار: ۲۰۱۶ م
زنان و زایمان	۹- استاندارد آموزش ISO ۱۰۰۱۵
اطفال	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۱ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۴
	۱۰- استاندارد ISMS یا ISO ۲۷۰۰۱ تمرکز بر امنیت شبکه و امنیت اطلاعات
	تاریخ اخذ گواهینامه: ۱۳۹۳ تاریخ اعتبار: ۱۳۹۴
از دیگر خدمات ارائه شده: نوبت‌دهی آنلاین- جواب‌دهی آنلاین- مشاوره پزشکی آنلاین	
مراکز طرف قرارداد بیمه: سازمان تأمین اجتماعی، بیمه ایران، بیمه خدمات درمانی، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، بیمه معلم، رازی، میهن، البرز، سینا.	

Δ جدول (۳-۴): خدمات ارائه شده و گواهینامه‌های ملی و بین‌المللی بیمارستان بین‌المللی رضوی مشهد
Reference: <http://www.razavihospital.com>

همچنین در حدود ۲۰۰,۰۰۰ نفر گردشگر تندرستی و اسپا، به کشور در سال ۲۰۱۳ ورود داشته‌اند، که البته با توجه به ظرفیت‌های بالای ایران و سایر رقبای منطقه‌ای خود مانند ترکیه و دبی این آمار بسیار پایینی است. هزینه‌های جراحی و درمانی در ایران در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد نمونه‌های مشابه آن در انگلیس و ایالت متحده آمریکا است و این یک مزیت رقابتی بالا برای جمهوری اسلامی ایران در عرصه تجارت بین‌المللی گردشگری پزشکی است. در واقع درآمد حاصل از گردشگری سلامت در کشور در حال افزایش است. این موضوع را تا حد زیادی می‌توان ناشی از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های بالای درمانی، پزشکی و تندرستی در کشور و برخورداری از پزشکان توانمند و مشهور در ایران دانست.

در واقع جمهوری اسلامی ایران بنا بر دلایل مختلف استعداد و ظرفیت تبدیل شدن به یک مقصد پیشرو در حوزه گردشگری سلامت به ویژه در سطح منطقه خاورمیانه و جهان را دارد، بنا بر دلایل زیر:

موقعیت ویژه‌های جغرافیایی سیاسی: کشور در منطقه خاورمیانه و مجاورت با ۱۵ کشور در حال توسعه که دارای ضعف‌های اساسی در زمینه زیرساخت‌ها و کیفیت خدمات پزشکی و ظرفیت‌های گردشگری سلامت هستند به طوری که به صورت بالقوه یک بازار هدف ۲۰۰ میلیون نفری برای خدمات گردشگری پزشکی به حساب می‌آید. اما این تنها دلیل نرخ رشد بالای گردشگری سلامت در ایران نیست.

پایین بودن هزینه تمام شده خدمات پزشکی و سلامت در ایران از دیگر مزیت‌های رقابتی کشور در حوزه گردشگری سلامت است. از دیگر دلایل این رشد برخورداری ایران از پزشکان توانمند دارای به نام و کادر پزشکی ماهر و آموزش دیده در بخش درمانی نسبت به سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است. به طوری که ایران پیشرو در حوزه توسعه علم سلامت در منطقه است. به عنوان مثال ایران یکی از ۵ کشور اول جهان در حوزه ملکول‌های بیوتکنولوژی (biotech molecules) است. ایران دارای توانمندی‌های بالایی در حوزه‌های درمان باروری، درمان سلول‌های بنیادی، دیالیز، جراحی قلب، جراحی‌های زیبایی و چشم پزشکی است. برخورداری از حدود ۳۰۰ چشمه معدنی با خاصیت درمانی با قابلیت سرمایه‌گذاری و توسعه در اکثر نقاط کشور از دیگر ظرفیت‌های بالای کشور برای توسعه گردشگری سلامت است. برخورداری از اقلیم و آب و هوای متنوع و مطبوع‌تر و منابع گردشگری غنی

نسبت به سایر کشورهای مجاور منطقه و تشابهات و ارتباطات فرهنگی برای بیشتر کشورهای همسایه از دیگر دلایل بالا بودن این نرخ رشد است.

در واقع فرصت‌های موجود در سطح بین‌المللی و تقاضای رو به رشد برای این نوع از گردشگری، پتانسیل بسیار بالای این صنعت برای کمک به رشد و توسعه اقتصادی و اشتغال‌زایی از یک طرف، توسعه این صنعت می‌تواند گامی اساسی برای دستیابی به اهداف مندرج در چشم‌انداز ۲۰ ساله توسعه و برنامه‌های بهبود و توسعه اقتصادی کشور باشد.

با این وجود اهمیت اقتصادی و روند رو به رشد این صنعت در سطح بین‌المللی باعث شده است که برخی از کشورهای منطقه مانند ترکیه، اردن و امارات متحده برنامه‌ها و سیاست‌هایی را با هدف توسعه گردشگری سلامت و جذب بالا بردن سهم خود از گردشگری سلامت منطقه و جهان دنبال کنند.

ظهور رقبای نو ظهور در سطح منطقه در حوزه گردشگری سلامت، نبود سیستم نظارتی مناسب و عدم برخورداری از یک برنامه منسجم و استراتژیک در حوزه توسعه این صنعت پر رشد و همچنین در چند سال اخیر ظهور پدیده‌هایی چون دلالی‌گری در زمینه عرضه خدمات درمانی به بیماران بین‌المللی که آسیب‌های جدی به کیفیت تجربه گردشگری سلامت بین‌المللی در کشور وارد ساخته و موجب بالا رفتن قیمت تمام شده خدمات درمانی در کشور می‌شود، در نهایت باعث می‌شود همچنان که الان هم شاهد آن باشیم که ایران به‌عنوان یک مقصد گردشگری سلامت در منطقه سهم خود را از این بازار درآمدها و به سرعت رو به رشد را به نفع رقبای منطقه‌ای خود از دست بدهد. به‌طوری که این صنعت به دلیل اهمیتش برای توسعه تجارت بین‌الملل و کسب درآمدهای ارزی از حمایت بالای دولت‌ها برای توسعه برخوردار است و برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی بلندمدتی را برای توسعه و ساماندهی صنعت گردشگری سلامت دنبال می‌کنند و از بخش‌های دارای اولویت برای این کشورها محسوب می‌شود. با علم به این موضوعات و اینکه در سند چشم‌انداز توسعه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی، ایران در افق ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری توسعه‌یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن‌آوری در سطح منطقه و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین‌الملل به تصویر شده است. در این سند دستیابی به قدرت اول منطقه به‌عنوان اولویت اصلی، هدف‌گذاری شده که

لازمه این امر ضرورت افزایش تولید ملی و تزریق بالغ بر ۱۵۰۰ میلیارد دلار به اقتصاد ملی است و در این میان گردشگری و گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از مهمترین و استراتژیک‌ترین انواع گردشگری می‌تواند یک ابزار مهم برای رشد و پویایی اقتصادی کشور مورد توجه قرار گیرد. در این میان یکی از موضوعات کلیدی یکی برای توسعه موفقیت آمیز و رقابتی گردشگری سلامت جذب، بسترسازی و حمایت از کارآفرینی و بسترسازی برای جذب سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، اعم از داخلی و خارجی است همچنان که در سند اقتصاد مقاومتی رهبری تأکید ویژه‌ای بر آن شده است. جای هیچ تردیدی نیست که استفاده از منابع سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی یکی از اصلی‌ترین راهکارهای توسعه اقتصادی با استفاده از ابزار توسعه گردشگری سلامت است و به راهکارهای سنتی و کلاسیک تأمین منابع و اتکاء بر درآمدهای نفتی دولت برای توسعه زیرساخت‌های گردشگری منسوخ شده است. همچنین برخورداری از یک برنامه استراتژیک منسجم، آموزش و توسعه منابع انسانی، بازاریابی و برندینگ گردشگری سلامت و تسهیل صدور ویزا و ورود و خروج بیماران بین‌المللی از بازارهای هدف گردشگری سلامت در افق چشم‌انداز توسعه این صنعت از مهمترین عوامل کلیدی موفقیت در این صنعت پویا و رو به رشد است. به همین منظور حدود ۲ سالی است که شورایی با عنوان شورای راهبری گردشگری سلامت کشور با هدف ساماندهی و سیاست‌گذاری و هم‌افزایی بیشتر بین دستگاه‌های دخیل در توسعه گردشگری سلامت شکل گرفته است.

شورای راهبری گردشگری سلامت کشور متشکل از ۴ دستگاه است که اخیراً زمزمه‌هایی مبنی بر عضویت اتاق بازرگانی، کشاورزی، صنایع و معادن ایران، نیز در این شورا به گوش می‌رسد. بر اساس مصوبه شورای راهبری گردشگری سلامت کشور فعالیت‌های مربوط به توسعه زیرساخت‌های گردشگری سلامت و بسترسازی برای جذب سرمایه‌گذاری بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران محول گردیده است. وزارت بهداشت وظیفه آموزش و توسعه منابع انسانی، وزارت خارجه وظیفه توسعه و بهبود ویزای درمانی با کشورهای بازار هدف و سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری وظیفه بازاریابی و تبلیغات را برعهده گرفته است. جلسات شورا با حضور نمایندگان و کارشناسان دستگاه‌های نام برده به‌صورت دو هفته یک بار و حتی هفتگی برگزار می‌گردد تا با یک رویکرد هم‌افزایانه، مشارکتی و هماهنگ برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه گردشگری را تدوین کرده و

راهکارهای اجرایی آن را مشخص کنند.

با وجود اینکه ایران هنوز نتوانسته در زمینه جذب گردشگران سلامت به موفقیت دست یابد، اما سازمان میراث فرهنگی و گردشگری ایران با کمک بیمارستان‌ها، وزارت بهداشت و تشکلهای بخش خصوصی مانند اتاق بازرگانی ایران در سالهای گذشته به دنبال رونق بخشیدن به گردشگری سلامت در کشور بوده است. در سالهای گذشته، ایران با برگزاری همایشهای مختلف گردشگری سلامت از جمله همایش و نمایشگاه گردشگری سلامت کشورهای جهان اسلام در مشهد و همچنین راهاندازی مراکز ویژه درمانی و طراحیهای پروژه‌هایی مانند شهر سلامت شیراز با حدود ۱۰۰ هکتار وسعت و همچنین ارائه تخفیف ۵۰ درصدی برای کسانی که اقدام به گرفتن ویزای پزشکی می‌کنند، تلاش کرده است تا افراد بیشتری را برای گردشگری سلامت به ایران بکشاند.

بررسی انگیزه‌های مختلف گردشگران درمانی در دنیا نشان می‌دهد که این گروه عمدتاً به دنبال کیفیت و تکنولوژی‌های برتر پزشکی و یا کاهش هزینه‌های درمانی هستند. برخورداری از تیم‌های پزشکی متبحر به‌ویژه در برخی رشته‌های پزشکی از جمله پتانسیل‌های گردشگری درمانی در کشور ایران است اما به دلیل ضعف خدمات درمانی و تجهیزات پزشکی در مقایسه با رقبای گردشگری درمانی ایران هنوز توان ورود به بازارهای با سطح درآمد بالاتر را در جهان ندارد. لذا در سال‌های اخیر عمدتاً کشورهای همسایه که با ضعف سیستم خدمات درمانی روبرو هستند بازارهای اصلی گردشگری درمانی را تشکیل داده‌اند.

برای تبدیل شدن به یکی از قطب‌های گردشگری سلامت در منطقه هنوز مشکلات بسیار زیاد و جدی وجود دارد: سخت و طولانی بودن پروسه صدور ویزای پزشکی و نبود تضمین برای صدور چند باره این ویزا در طول درمان، نبود تجهیزات مدرن پزشکی در بسیاری از بیمارستان‌های کشور، نبود امکان جابجایی پول از طریق کارت‌های اعتباری و حمل پول به صورت دستی به داخل کشور و نگهداری آن در طول سفر درمانی از سوی بیمار و همراه او، نبود پوشش‌های بیمه‌های بین‌المللی در کشور، عدم برخورداری بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور از گواهینامه‌های بین‌المللی، ضعف زیرساخت‌های حمل و نقل بویژه حمل و نقل هوایی کشور، ضعف برنامه‌های بازاریابی و اطلاع‌رسانی، ضعف نظام جذب و توزیع گردشگران درمانی از

جمله مهم‌ترین ضعف‌های حاکم بر این بخش هستند.

از سوی دیگر وجود تیم‌های پزشکی و درمانی متبحر در کشور، تمایل کشورهای همسایه و بویژه مسلمان برای استفاده از خدمات درمانی ایران، تخصص ویژه در برخی رشته‌ها مانند ناباروری، مزیت ناشی از کاهش ارزش ریال و در نتیجه کاهش قیمت خدمات به ازای هر دلار از جمله فرصت‌های فراروی توسعه این بخش هستند که به هوشمندی و برنامه‌ریزی صحیح برای بهره‌برداری نیاز دارند.

تعداد گردشگران سلامت وارد شده به ایران از نگاه آمار و ارقام

میزان توریست‌های سلامت وارد شده و پیش‌بینی برای ورود توریست‌های سلامت در سال‌های مختلف در جدول صفحه بعد آورده شده است. اگر درآمد ارزی هر توریست را ۵۰۰۰ دلار (حداقل میزان پیش‌بینی کارشناسان) در نظر بگیریم، تعداد شغل ایجاد شده (اگر سرمایه لازم برای هر شغل ۷۰۰۰ دلار برآورد شود) به شرحی که در جدول آمده است، خواهد بود و این امر به شرطی محقق می‌گردد که حداقل سرمایه‌گذاری لازم در هر سال صورت پذیرد. در کشورهای توسعه یافته به ازای هر توریست سلامت حداقل ۱۵۰۰ دلار سرمایه‌گذاری می‌شود.

سال	تعداد توریست‌های سلامت	میزان درآمد ارزی (هزار دلار)	تعداد شغل ایجاد شده (به ازای هر ۷۰۰۰ دلار یک شغل)
۱۳۸۴	۲۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۱۴۲۰۰
۱۳۸۵	۲۸۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۲۰۰۰۰
۱۳۸۶	۴۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۲۸۵۷۰
۱۳۸۷	۵۳۰۰۰	۲۶۵۰۰۰	۳۷۸۵۷
۱۳۸۸	۷۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰	۵۰۰۰۰
۱۳۸۹	۹۲۰۰۰	۴۶۰۰۰۰	۶۵۷۱۴
۱۳۹۰	۱۲۳۰۰۰	۶۱۵۰۰۰	۸۷۸۵۷
۱۳۹۱	۱۵۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰	۱۰۷۱۴۲
۱۳۹۲	۱۸۰۰۰۰	۹۰۰۰۰۰	۱۲۸۵۷۱
۱۳۹۳	۲۱۵۰۰۰	۱۰۷۵۰۰۰	۱۵۳۵۷۱

△ جدول (۴-۴): تعداد توریست‌های سلامت، میزان درآمد ارزی و تعداد

سال	تعداد توریست‌های سلامت	میزان درآمد ارزی (هزار دلار)	تعداد شغل ایجاد شده (به ازای هر ۷۰۰۰ دلار یک شغل)
۱۳۹۴	۲۶۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰۰	۱۸۵۷۱۴
۱۳۹۵	۳۰۵۰۰۰	۱۵۲۵۰۰۰	۲۱۷۸۵۷
۱۳۹۶	۳۵۰۰۰۰	۱۷۵۰۰۰۰	۲۵۰۰۰۰
۱۳۹۷	۴۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰۰	۲۸۵۷۱۴
۱۳۹۸	۴۵۰۰۰۰	۲۲۵۰۰۰۰	۳۲۱۴۲۸
۱۳۹۹	۵۰۰۰۰۰	۲۵۰۰۰۰۰	۳۵۷۱۴۲
۱۴۰۰	۵۵۰۰۰۰	۲۷۵۰۰۰۰	۳۹۲۸۵۷

△ ادامه جدول (۴-۴)

منبع: سازمان توسعه تجارت ایران (۱۳۸۶)

فهرست کشورهای توریست فرست به ایران

در تقسیم‌بندی مهمترین منابع درآمدزایی در جهان، صنایع مرتبط با نفت در رتبه اول و پس از آن صنعت خودروسازی و در رتبه سوم صنعت گردشگری قرار دارد. هم‌اکنون صادرات خدمات گردشگری در ۱۵۰ کشور در ردیف اول ۵ قلم صادراتی بوده و در حداقل ۶۰ کشور رتبه اول صادرات را به خود اختصاص داده و همین نکته به تنهایی مبین اهمیت آن است. همچنین بنا بر اعلام سازمان جهانی گردشگری در حال حاضر از هر ۱۱ شغل در جهان یکی به‌طور مستقیم با گردشگری مرتبط است و تا سال ۲۰۳۰ گردش مالی این بخش از ۲۰۰۰ میلیارد دلار فراتر خواهد رفت.

طبق بررسی‌های انجام شده از سوی شورای جهانی سفر و گردشگری تا سال ۲۰۲۴ سهم صنعت گردشگری در تولید ناخالص جهانی از مرز ۱۸۰۰ میلیارد دلار امریکا خواهد گذشت که این میزان درآمد به معنی حمایت از ۳۴۶ میلیون شغل در سطح جهانی و به معنی سهم حدوداً ۱۰ درصدی آن از کل اقتصاد جهانی هم از نظر GDP و هم از نظر بازار اشتغال است. در سال ۲۰۱۴ سهم صنعت گردشگری از تولید ناخالص داخلی جهان بالغ بر ۹ درصد بوده و درآمد ارزی این صنعت از مرز ۱۴۰۰ میلیارد دلار گذشت. همچنین سهم صادرات گردشگری از کل صادرات جهان در همان سال حدود ۶ درصد و تعداد گردشگران بین‌المللی ۱/۱ میلیارد نفر

بوده است. در جدول (۴-۵) به معرفی ۱۰ کشور اول گردشگرپذیر و ۱۰ کشور اول گردشگر فرست در سال ۲۰۱۴ پرداخته شده است.

۱۰ کشور اول گردشگرپذیر (در سال ۲۰۱۴)	درآمد (میلیون دلار آمریکا)	۱۰ کشور اول گردشگر فرست (در سال ۲۰۱۴)	هزینه (میلیون دلار آمریکا)
ایالات متحده آمریکا	۱۷۷۴۷۶	چین	۱۶۴۸۵۹
اسپانیا	۶۵۲۰۸	ایالات متحده آمریکا	۱۱۱۳۹۴
چین	۵۶۹۱۳	آلمان	۹۲۱۲۷
فرانسه	۵۶۲۴۱	انگلستان	۵۴۹۷۲
ماکائو (چین)	۵۰۹۴۱	روسیه	۵۰۴۲۸
انگلستان	۴۶۳۶۱	فرانسه	۴۸۵۸۵
ایتالیا	۴۵۶۱۸	کانادا	۳۳۷۶۳
آلمان	۴۳۱۸۰	ایتالیا	۲۸۸۷۳
تایلند	۳۸۴۴۷	استرالیا	۲۶۲۷۳
هنگ کنگ (چین)	۳۸۳۷۴	برزیل	۲۵۵۶۷

Δ جدول (۴-۵): ۱۰ کشور اول گردشگرپذیر و ۱۰ کشور اول گردشگر فرست در سال ۲۰۱۴
منبع: مرکز تجارت بین الملل (ICT)

در این میان ۵ کشور اول گردشگرپذیر از ایران و ۵ کشور اول گردشگر فرست به ایران به صورت زیر است.

۵ کشور اول گردشگرپذیر از ایران (در سال ۲۰۱۴)	نفر	۵ کشور اول گردشگر فرست به ایران (در سال ۲۰۱۴)	نفر
عراق	۲۲۰۰۰۰۰	عراق	۱۵۷۹۰۰۰
ترکیه	۲۰۰۰۰۰۰	آذربایجان	۱۰۹۱۰۰۰
امارات متحده عربی	۲۸۰۰۰۰۰	ترکیه	۴۲۶۰۰۰
عربستان سعودی	۹۵۰۰۰	افغانستان	۴۱۸۰۰۰
تایلند	۸۰۰۰۰	ترکمنستان	۲۳۴۰۰۰

Δ جدول (۴-۶): ۵ کشور اول گردشگرپذیر از ایران و ۵ کشور اول گردشگر فرست به ایران
منبع: گزارش سازمان‌های میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری ایران

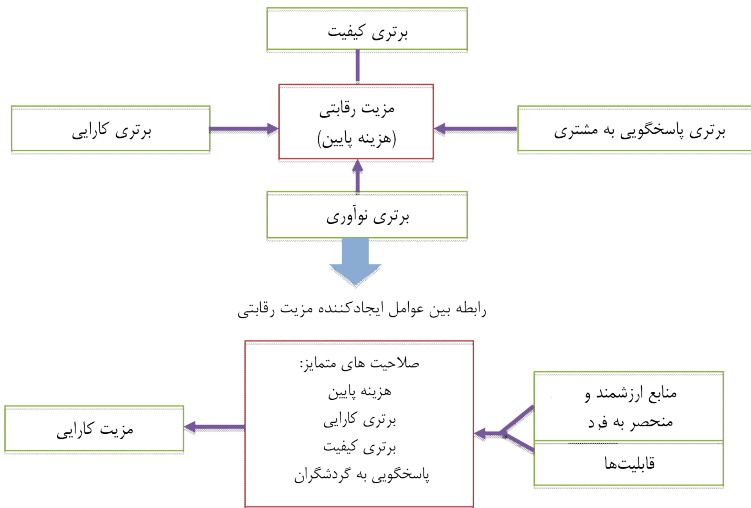
بیماران وارد شده از کشورهای دیگر اغلب برای درمان در زمینه‌های زیر وارد ایران می‌شوند.

- چشم پزشکی
- قلب و عروق
- دندانپزشکی
- ارولوژی
- پیوند کلیه
- جراحی عمومی

سه مزیت رقابتی ایران در حوزه گردشگری سلامت



ایران با عنایت به مزیت‌های خود در گردشگری سلامت از جمله هزینه پایین، کیفیت بالای خدمات سلامت، پزشکان صلاحیت‌دار و دارا بودن جاذبه‌های طبیعی فراوان، تصمیم دارد از این مزیت استفاده نماید. 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 چهارچوب سیاست‌های راهبردی و تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانمندی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی ارائه نماید. در زمینه مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی در ایران، مؤسسات درمانی وابسته به وزارت بهداشت، سهم بالایی از کل مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند. این بدین معنی است که وزارت بهداشت به‌عنوان نماینده بخش دولتی، بزرگترین ارائه‌کننده خدمات سلامت در ایران هستند. کمتر از نیمی از بیمارستان‌های خصوصی مجهز و پیشرفته در تهران قرار دارند. بعد از تهران، مشهد، شیراز و تبریز از عمومی‌ترین مقاصد برای مسافرت‌های درمانی هستند. سیاست‌گذاری مناسب و هم‌جهت سازمان‌های ذی‌ربط در امر گردشگری سلامت، می‌تواند در دو مسیر جذب بیماران خارجی و با تبلیغات گسترده و سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف پژوهش و آموزش، ایجاد مراکز درمانی، کلینیک‌های مخصوص چک‌آپ، ایجاد مراکز مجهز اعم از مدرن و سنتی در محل چشمه‌های آب گرم با اطلاع‌رسانی مناسب از روند عزیمت هموطنان برای درمان در خارج کاسته و به این ترتیب از خروج بسیار زیاد ارز در سال جلوگیری نماید.



Δ نمودار (۱۳-۴): عوامل ایجادکننده مزیت رقابتی
Source: Izadi et al, 2012

مزیت‌های رقابتی ایران در بخش گردشگری سلامت به سه زیربخش مزیت قیمتی، فنی و تکنولوژیکی و گردشگری تقسیم می‌شود که در زیر به آنها پرداخته می‌شود.

مزیت قیمتی

- هزینه‌های پایین تشخیص، درمان و اقامت؛
- تعرفه‌های بیمارستانی بالا در کشورهای پیشرفته دنیا؛
- قیمت پایین اعمال جراحی در ایران به علت بالا بودن نرخ ارز؛
- تأمین نیازهای درمانی و بهداشتی کشور از طریق صادرات کالاهای مرتبط با پزشکی و گردشگری سلامت و مزایای حاصل از آن از جمله اشتغال‌زایی و رشد کیفی در بخش سلامت و ارزآوری به خصوص در صنعت بیمه؛
- نزدیکی به حوزه کشورهای خلیج فارس و همسایگی با کشورهای افغانستان، پاکستان و عراق و برخی از کشورهای عربی (که به لحاظ دریافت خدمات مطلوب پزشکی به سایر کشورها نیازمندند)؛

- کمبود عرضه در خدمات درمانی کشورهای منطقه؛

- افزایش تعداد ورود گردشگران کشورهای اروپایی به کشور در اثر بهبود روابط خارجی ایران؛

ایران از نظر هزینه‌های گردشگری سلامت در مقایسه با رقبای منطقه‌ای از جمله اردن، ترکیه، امارات متحده عربی، عربستان سعودی و بحرین و همچنین کشورهای جنوب شرقی آسیا مانند تایلند، سنگاپور، مالزی و فیلیپین مزیت بالاتری دارد.

▲ مزیت فنی و تکنولوژیکی

- انجام پیشرفته‌ترین اعمال جراحی مانند جراحی‌های قلب باز، ستون فقرات، عنبیه و پلاستیک و پیوند اعضا؛

- انجام روش‌های تولیدمثل پیشرفته؛

- دستیابی ایران به توفیقات جدید در عرصه پزشکی (سلول‌های بنیادی)؛

- مطرح بودن در سطح جهانی در تخصص‌های جراحی قلب، پیوند، چشم، پلاستیک و زیبایی، درمان ناباروری و دندان؛

- آزمایشگاه و ابزار ژنتیکی مجهز؛

- در اختیار داشتن جدیدترین تجهیزات تشخیصی و بهداشتی و درمانی مدرن؛

- متخصصان با تجربه ملی و توانایی‌های بین‌المللی؛

- وجود مراکز درمانی متعدد تخصصی و فوق تخصصی در سطح بین‌المللی؛

- وجود ۵۱ دانشکده پزشکی؛

- زیرساخت‌های فیزیکی (بیمارستان‌ها و مراکز تحقیقاتی و مکان‌های گردشگری)؛

- بهره‌گیری از تکنولوژی‌های نوین پزشکی؛

- برخوردار بودن ایران از تکنولوژی تصویربرداری پزشکی و پزشکی هسته‌ای.

▲ مزیت گردشگری

- نزدیکی جغرافیایی به آسیای مرکزی و خاورمیانه و بازار عرب؛
- تجانس و مشابهت فرهنگی و زبانی با همسایه‌های خارجی؛
- افزایش توجه دولت به برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری پزشکی؛
- الزام قانونی وزارت بهداشت به راه‌اندازی توریسم سلامت؛
- شرایط آب و هوایی مطلوب و گوناگون (چهار فصل بودن)؛
- جاذبه‌های گردشگری، تاریخی، فرهنگی و طبیعی؛
- وجود چشمه‌های آب گرم درمانی فراوان؛
- محیط فرهنگی مناسب برای کشورهای مسلمان؛
- ارائه خدمات مربوط به گردشگری حلال.

وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۷ بخش نامه‌ای را تحت عنوان شرایط و ضوابط مراکز پزشکی پذیرای گردشگر سلامت ابلاغ کرده و در این بخشنامه، این مراکز را به دارا بودن و رعایت ضوابط و شرایط تعیین شده ملزم کرده است.

سیاست‌گذاری مناسب و هم‌جهت سازمان‌های ذیربط در امر گردشگری سلامت، می‌تواند در ۲ مسیر جذب بیماران خارجی با تبلیغات گسترده و سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف پژوهش و آموزش، ایجاد مراکز درمانی، کلینیک‌های مخصوص چک‌آپ، ایجاد مراکز مجهز اعم از مدرن و سنتی در محل چشمه‌های آب گرم با اطلاع‌رسانی مناسب از روند عزیمت هموطنان برای درمان در خارج کاسته و به این ترتیب از خروج بسیار زیاد ارز در سال جلوگیری نماید. بررسی‌ها نشان می‌دهد که سالانه حدود یک میلیارد دلار از ایران توسط این افراد خارج می‌شود. طبق سند چشم‌انداز بیست ساله، ایران باید در زمینه گردشگری سلامت در منطقه اول باشد. بر آن اساس، ایران باید به مرکز رفع نیازهای سلامت و درمانی منطقه تبدیل شده و تا سال ۱۴۰۴ به تعداد ۲۰ میلیون گردشگر بین‌المللی ورودی و به تبع آن، حداقل ۲۰ میلیارد درآمد ارزی دست یابد. در واقع هدف از این تلاش‌ها، سهیم شدن ایران در بازارهای جهانی و معرفی ایران به‌عنوان مرکز و قطب درمانی منطقه، به‌منظور

پیشرفت و سودآوری است.

هر کدام از بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشتی که شرایط پذیرش بیماران خارجی را دارند، می‌توانند برای کسب پروانه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقدام نمایند. وزارت بهداشت مسئول بررسی و تاکید کیفیت مراکز بهداشتی مذکور از نظر وجود کارکنان تخصص یافته، متخصصین دارای مهارت، موقعیت جغرافیایی مناسب، روابط عمومی و بازاریابی مؤثر هستند. همه مراکز درمانی می‌توانند از طریق اینترنت پروانه خود را تمدید و به روز کنند و تمام داده‌های خود در مورد بیماران درمان شده یا تحت درمان را برای وزارتخانه ارسال دارند. در کنار برنامه‌های گردشگری سلامت، وزارت بهداشت برنامه صدور ویزای درمانی با همکاری وزارت امور خارجه را نیز دارد. در صورتی که وزارت امور خارجه این برنامه را تصویب نماید، بیماران می‌توانند از این ویزاهای درمانی استفاده نمایند.

در کنار فعالیتهای وزارت بهداشت، سازمان میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی نیز اقداماتی انجام داده است که حاصل فعالیتهای این سازمان «برنامه جامع گردشگری سلامت» است. همان‌طور که ذکر شد، ماده ۸۷ قانون برنامه چهارم توسعه ایران، دستیابی به وضعیت مطلوب در زمینه خدمات بین‌المللی سلامت را بر عهده وزارت بهداشت گذاشته است. اما این در حالی است که بسیاری از کارشناسان معتقد بودند مدیریت یکپارچه در این حوزه باعث شده تا کشورهای همسایه در این رقابت بین‌المللی به تدریج گوی رقابت را از ایرانیان برابند. امارات از جمله این کشورهاست. در حال حاضر در منطقه، کشورهای مالزی، هند، سنگاپور، دبی، اردن، ترکیه، آذربایجان و برخی از کشورهای آسیای مرکزی و قفقاز و روسیه سفید، علی‌رغم هزینه بالای درمان در این کشورها از جمله رقبای ایران در بحث گردشگری سلامت محسوب می‌شوند. به‌عنوان مثال، هزینه عمل قلب باز در ترکیه ۱۸۰۰۰ دلار، در انگلیس ۴۰۰۰۰ دلار و در ایران ۱۰۰۰۰-۱۶۰۰۰ دلار در مراکز خصوصی است. بیماران می‌توانند باقی مانده پول خود را صرف گردش و بازدید از مکان‌های دیدنی ایران نمایند.

زمینه‌های گردشگری سلامت در ایران

نمونه‌هایی از گردشگری سلامت که می‌تواند در ایران با توجه به تخصص‌های پزشکی

موجود در کشور و منابع و نعمات الهی و طبیعی، رشد قابل توجهی را در پی داشته باشد در زیر اشاره می شود :

- چشم پزشکی به ویژه عمل لیزیک^۱؛
- دندان پزشکی و کاشت دندان^۲؛
- پیوند اعضا^۳؛
- توانبخشی^۴؛
- اعمال جراحی قلب به ویژه بای پس شریان^۵؛
- اعمال جراحی جایگزینی مفاصل (زانو و غیره)^۶؛
- اعمال جراحی آرایشی و پلاستیک^۷؛
- سلول های بنیادی^۸؛
- ناباروری^۹؛
- طب جایگزینی و گزینه های^{۱۰}؛
- کنترل پزشکی^{۱۱}؛
- لاغری و تناسب اندام^{۱۲}؛
- درمانی تفریحی مانند فضاهای آب درمانی و تالاسوتراپی^{۱۳}.



-
- 1- Lasik Surgery
 - 2- Dental Implantation
 - 3- Organ Transplant
 - 4- Rehabilitation and Recuperation
 - 5- Coronary By-pass surgery
 - 6- Replacement Knee
 - 7- Cosmetic and plastic surgery
 - 8- Fundamental Cells
 - 9- Infertility
 - 10- Alternative medical
 - 11- Checkup center
 - 12- Wellness & Dietology
 - 13- Spa-Talasoetry – Hobbytherapy

ایده‌های مطرح جهت توسعه گردشگری سلامت در ایران

از مجموع مطالعات انجام شده در صنعت گردشگری و گردشگری سلامت در دنیا و به‌طور خاص در ایران و بررسی رویکردها و سیاست‌های اتخاذ شده در حوزه گردشگری سلامت در کشور طی چند سال اخیر و نیز برنامه‌های در دست بررسی توسط دولت در این حوزه و با در نظر گرفتن نیازهای پژوهشی این بخش نوپا از صنعت گردشگری، ایده‌های زیر در حوزه سیاست‌پژوهی در زمینه گردشگری سلامت قابل طرح هستند:

طرح مطالعه نظام جامع گردشگر سلامت در کشور

یکی از مسائلی که در زمینه توریسم سلامت در سطح سیاست‌گذاران و مدیران وجود دارد، تعدد مراکز دولتی متولی توریسم سلامت در کشور است. سازمان صنایع دستی و گردشگری، وزارت بهداشت، وزارت امور خارجه، وزارت رفاه، استانداری‌ها، شرکت‌های بیمه و حتی اتاق بازرگانی، هر یک از منظر خود این صنعت را رصد می‌کنند که گه‌گاه به موازی کاری می‌انجامد. هر چند در سازمان گردشگری و صنایع دستی شورائی تحت عنوان شورای سیاست‌گذاری توریسم سلامت تشکیل شده است که از برخی از این نهادها نمایندگانی در آن حضور دارند، اما به نظر می‌رسد این شورا بیشتر جنبه اجرائی داشته باشد. طرح مطالعه نظام جامع توریسم درمانی به بررسی نهادهای دولتی متولی این صنعت در کشور می‌پردازد و جایگاه هر کدام از آنها و نیز وظایف آنها را در قبال این صنعت و براساس حوزه مسئولیت آنها، مورد مطالعه قرار می‌دهد.

طرح نظام اطلاع‌رسانی گردشگر سلامت در کشور

یکی از نقاط ضعف عمده صنعت توریسم سلامت در کشور که باعث عدم آگاهی گردشگران درمانی داخلی و خارجی از قابلیت‌های توریسم سلامت در کشور می‌شود، فقدان اطلاع‌رسانی مناسب از امکانات توریسم سلامت در ایران است. برای اثبات این مدعا کافی است به سایت بیمارستان بین‌المللی رضوی مشهد سری بزنید تا از وضعیت تاسف بار اطلاع‌رسانی این بیمارستان مجهز آگاه شوید و در مقابل به سایت یکی از بیمارستان‌های هند یا سنگاپور یا فیلیپین هم مراجعه کنید تا تفاوت‌ها را لمس کنید

و این تفاوت‌ها منهای صدها ساعت برنامه تولیدی رادیویی و تلویزیونی است که به معرفی این مناطق می‌پردازند و منهای تیزرهای تبلیغاتی است که دائماً در شبکه‌های ماهواره‌ای پخش می‌شوند. نتیجه این می‌شود که حتی بسیاری از مردم شهر مشهد هم هنوز از وجود چنین بیمارستان مجهزی در شهرستان ناآگاهند و این ضعف اساسی تقریباً در مورد تمامی مراکز درمانی مجهز و مستعد جذب گردشگران درمانی و نیز مناطقی همچون آبگرم‌های طبیعی و ... در کشور وجود دارد.

بررسی ایجاد شبکه بیمارستان‌های توریستی در کشور از نیازهای ضروری در این حوزه است که کمبود آن احساس می‌شود و در طرح نظام اطلاع‌رسانی توریسم سلامت در کشور قابل پیگیری است. همچنین، مطالعه و بررسی نظام بازاریابی (Marketing) در بیمارستان‌هایی که در حوزه گردشگری سلامت فعالیت می‌کنند، از دیگر مباحث قابل طرح در این بخش است. هدف طرح نظام اطلاع‌رسانی توریسم سلامت در کشور در نهایت ارائه راه‌کارهایی در این زمینه باتوجه به امکانات موجود است.

▲ دهکده سلامت

مناطقی که علاوه بر موقعیت مناسب زیست محیطی و دارا بودن جاذبه‌های گردشگری و زیرساخت‌های ارتباطی در نقاط مختلف کشور، قابلیت احداث مجموعه‌ها و کلینیک‌های درمانی تخصصی هم جهت با شرایط طبیعی آن منطقه را داشته باشند، قابلیت تبدیل شدن به یک دهکده سلامت را نیز خواهند داشت. مثلاً طبق آمار موجود، تقریباً در تمام استان‌های کشور آب گرم‌های طبیعی وجود دارند که هر کدام از آن‌ها خواص پزشکی به‌خصوصی دارند و مناطقی جذاب برای گردشگران به حساب می‌آیند. از آنجایی که این جاذبه‌ها اغلب در مناطق کمتر توسعه‌یافته در سطح کشور قرار گرفته‌اند، تجهیز آن‌ها به مراکز درمانی استاندارد، علاوه بر مرتفع ساختن نیازهای درمانی مردم این مناطق، فرصت‌های اشتغال‌زایی مناسبی را برای بومیان آن بخش‌ها به وجود می‌آورد و حضور گردشگران داخلی و خارجی در این مناطق که به منظور درمان و درعین حال استفاده از جاذبه‌های گردشگری به آن مناطق سفر می‌کنند، زمینه رونق اقتصادی را در این بخش‌ها فراهم می‌کند. تجربه نسبتاً موفق «سرعین اردبیل» در این زمینه می‌تواند آموزنده باشد.

همچنین وجود گیاهان دارویی خاص و یا اشکالی از طب سنتی در برخی از نقاط کشور،

از آنجایی که علاوه بر دارا بودن جاذبه‌های توریستی، پتانسیل لازم برای تبدیل شدن به مراکز درمانی (مثل داروخانه گیاهان سنتی و ...) را نیز ایجاد می‌کند، می‌توانند فرصتی برای ایجاد یک دهکده سلامت به‌شمار رود.

این دهکده‌ها در کشورهای مختلف از جمله هند و آمریکا شکل گرفته‌اند و در ایران هم در چند نقطه از کشور در دست مطالعه و یا بعضاً اجرایی شده است. از سوی دیگر از آنجایی که چنین ایده‌ای در ایران تقریباً نو است و هنوز به‌طور گسترده اجرایی نشده است، به‌نظر می‌رسد تهیه طرحی که به این مسئله به‌طور همه‌جانبه و از منظر مختلف اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی بپردازد و نیز تجارب کشورهای دیگر در این خصوص را مطالعه نماید، به سیاست‌گذاران کمک خواهد نمود تا برای ایجاد چنین مناطقی با رویکردی علمی و بومی حرکت نمایند. در حال حاضر مناطق زیر در بحث دهکده سلامت، در کشور در حال مطالعه و یا اجرایی شدن هستند:

- جزیره کیش؛
- دهکده سلامت شیراز؛
- دهکده سلامت شهر قم؛
- در که در ارتفاعات شمال تهران؛
- شاندیز مشهد؛
- آبگرم دهلران در استان ایلام؛
- آبگرم محلات در استان مرکزی؛
- چشمه‌های آب گرم و آب معدنی استان اردبیل.

▲ استان اردبیل و چشمه‌های آب گرم و آب معدنی

بارتبه‌بندی خواص درمانی چشمه‌های منتخب استان اردبیل بر اساس خواص درمانی منطبق بر بیماری‌های شایع در کشور، نتایج قابل توجهی بدست آمده است که حاکی از این است که برخی از چشمه‌های آب گرم و معدنی استان اردبیل باتوجه به کیفیت آنها، برای درمان برخی از امراض بسیار مفیدند، که به‌ترتیب چشمه آبگرم پنج‌خواهر

(بش باجیلار) از نقطه نظر خواص درمانی در شایع‌ترین بیماری، که بیماری‌های قلبی عروقی هستند رتبه اول، چشمه آبگرم قهوه‌خانه همت در رتبه دوم، چشمه دیپ سیز گل در رتبه سوم، چشمه ایستی سو (ایلانجیق)، چشمه معدنی (ویلا درق)، چشمه هفت بلوک (اهندار)، چشمه آبگرم قهوه‌خانه ممتاز، چشمه قینرجه، چشمه سقزچی رتبه چهارم، چشمه بوشلی (برجلو)، چشمه قره شیران (حمام) رتبه پنجم، چشمه بیله دره رتبه ششم و چشمه آبگرم آب چشم (گوزسوئی) در رتبه هفتم خواص درمانی قرار می‌گیرند. بنابراین استان اردبیل به واسطه شرایط خاص جغرافیایی می‌تواند به‌عنوان یکی از قطب‌های مهم گردشگری سلامت در بین کشورهای دنیا مطرح گردد، چرا که برخورداری از مواهب طبیعی نظیر چشمه‌های آب گرم و معدنی می‌تواند بهترین راه درمان بسیاری از بیماری‌ها باشد.

رتبه درمانی	خواص درمانی در بیماری‌ها	نوع چشمه	نام چشمه
۷	چشمی	آب گرم	چشمه آبگرم آب چشم (گوزسوئی)
۲	پوست و مفصلی	آب گرم	چشمه آبگرم قهوه‌خانه همت
۴	حرکتی و عصبی	آب گرم	چشمه آبگرم قهوه‌خانه ممتاز
۱	عفونی، عصبی و مفصلی، عروقی	آب گرم	چشمه آبگرم پنج خواهر (بش باجیلار)
۴	پوست، زنان و عصبی	معدنی	چشمه معدنی (ویلا درق)
۴	پوست، گوارشی، اعصاب، زنان	معدنی	چشمه هفت بلوک (اهندار)
۵	پوست، زنان، روماتیسم، گوارش	معدنی و آب گرم	چشمه بوشلی (برجلو)
۴	عصبی، روماتیسمی، زنان و پوست	معدنی و آب گرم	چشمه قینرجه
۴	گوارشی، عصبی	آب گرم	چشمه ایستی سو (ایلانجیق)
۵	مفصلی، پوستی	معدنی و آب گرم	چشمه حمام درسی (ایلانجیق)
۳	مفصلی، متابولیکی، گوارش	معدنی	چشمه دیپ سیز گل
۴	عصبی، سیستم حرکتی و گوارش	معدنی و آب گرم	چشمه ایستی سو (سقزچی)
۵	مفصلی، روماتیسم، پوست	معدنی	چشمه قره شیران (حمام)
۶	دستگاه ادراری، پوست و گوارش	معدنی	چشمه بیله دره

Δ جدول (۴-۷): رتبه‌های درمانی ۱۴ چشمه از چشمه‌های استان اردبیل
منبع: رشیدی و همکاران، ۱۳۹۱

امروزه گردشگران سلامت لزوماً بیمار نیستند. در حقیقت بیشتر این افراد به دنبال تقویت تن و روان و استفاده از امکاناتی برای این منظور هستند. در این میان ارائه‌دهندگان خدمات در این بخش هم مشتریان خود را به اقدامات پیش‌گیرانه تشویق می‌کنند. مانند طبیعت درمانی که یکی از شاخه‌های گردشگری سلامت است که بر ویژگی‌های آب و هوایی و طبیعی منطقه تکیه دارد و پتانسیل‌های آن در استان اردبیل نیز بسیار دیده می‌شود. استفاده از اثرات شفا بخش چشمه‌های آب گرم برای درمان بیماری‌ها، در پزشکی نوین از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده و توصیه می‌شود. به همین دلیل در سراسر جهان مناطقی که دارای چشمه‌های آب گرم حاوی املاح مفید هستند، از جمله جاذبه‌های گردشگری محسوب می‌شوند. در کشور ایران علی‌الخصوص استان اردبیل شمار، کیفیت و پراکنش چشمه‌های آب گرم به گونه‌ای است که می‌تواند طبیعت درمانی با استفاده از آب‌های طبیعی را به‌عنوان یکی از مهمترین منابع گردشگری کشور معرفی کرد.

▲ مروری بر وضعیت گیاهان دارویی در ایران

اسناد و شواهد تاریخی بسیاری گواه این واقعیت است که ایران از جمله کهن‌ترین تمدن‌های بشری است که با گیاهان دارویی آشنایی داشته و ایرانیان از جمله مردمانی هستند که سرشار از تجربه‌های ارزشمند در زمینه استفاده از گیاهان دارویی هستند. گفته می‌شود در حدود ۷۵۰۰ - ۸۰۰۰ گونه گیاهی در ایران وجود دارد که از این تعداد بیش از ۲۰۰ گونه دارای ارزش دارویی و اقتصادی است. در عین حال تعداد گیاهان دارویی که در طب سنتی استفاده می‌شوند بیش از صدها مورد است.

الف- وضعیت صادرات گیاهان دارویی در ایران

گیاهان دارویی و صنعتی که عمدتاً در زیر گروه زراعت و باغبانی قرار می‌گیرند، یکی از مهمترین محصولات صادراتی کشور از گذشته‌های دور تا کنون به شمار می‌آید. البته جای بسی تأسف است که بخش اعظم این محصولات به‌صورت خام و به شیوه سنتی از طبیعت جمع‌آوری و بدون هیچ‌گونه تغییری به خارج از کشور صادر می‌شود. زیره و زعفران دو محصول عمده صادراتی کشور ایران هستند که با توجه به اهمیت اقتصادی و حجم بالای تجارت آنها، جدای از گیاهان دارویی محاسبه می‌شوند. گیاهان دیگری همچون شیرین بیان، سیر، کتیرا، حنا، روناس، باریجه، تخم گشنیز و آویشن نیز از اهمیت خاصی در این جایگاه برخوردارند. این محصولات عمدتاً به کشورهای

اروپایی و برخی کشورهای عربی صادر می‌گردند.

ب- منابع تأمین گیاهان دارویی در ایران

صنایع دارویی گیاهی و مصرف‌کنندگان گیاهان دارویی، نیازهای خود را به دو طریق تأمین می‌کنند:

۱- ذخایر طبیعی

حجم انبوهی از گیاهان دارویی مورد مصرف در صنایع دارویی و حتی موجود در بازار تجارت گیاهان دارویی از ذخایر طبیعی تهیه می‌شود. بنا به آمارها و ارقامی که توسط بسیاری از منابع و مراجع رسمی منتشر گردیده است، بیش از ۸۰ - ۹۰ درصد گیاهان و مواد خام مورد مصرف در صنایع و بازار از طبیعت جمع‌آوری شده است.

بخش عمده‌ای از گیاهان دارویی برداشت شده از طبیعت شامل محصولات فرعی جنگلی و مراتع از جمله صمغ‌ها، رزین‌ها و ... هستند. هر ساله مقدار زیادی از محصولات فرعی جنگلی به شیوه‌های درست و نادرست و عمدتاً با اهداف سودجویانه توسط افراد مختلف جمع‌آوری می‌شود و روانه بازارهای مصرف می‌گردد. افزایش روزافزون تقاضا برای گیاهان دارویی، سهل‌الوصول بودن جمع‌آوری از طبیعت و هزینه اندک این نوع برداشت، روند کاهش ذخایر طبیعی را شتاب بخشیده است. هر چند این اقدام، نیاز رو به افزایش صنایع دارویی، غذایی، آرایشی و بهداشتی را به هیچ وجه برطرف نکرده است. از این رو در حال حاضر، کشت گیاهان دارویی و اصلاح واریته‌های مهم و ارزشمند دارویی در سرلوحه برنامه‌های کشاورزی و صنعتی جوامع قرار گرفته است.

۲- کشت

کشت گیاهان دارویی در مقایسه با برداشت از ذخایر طبیعی دارای مزیت‌های زیر است:

- تأمین مداوم و مطمئن مواد خام گیاهی مورد نیاز؛

- تولید واریته‌های اصلاح شده واجد مواد مؤثر با کیفیت و کمیت بالاتر در قیاس با نوع طبیعی (وحشی)؛

- حفظ ساختار ژنتیکی و ذخایر ژنی طبیعت (بقای نسل گونه‌های ارزشمند دارویی و حفظ تنوع زیستی)؛

- فراهم سازی زمینه اشتغال؛

- کمک به اقتصاد و ایجاد درآمد بویژه برای کشاورزان و روستائیان کم درآمد؛

- ایجاد ارزش افزوده با فراهم آمدن صنایع جانبی و تولید محصولات فرآوری شده؛

- حفظ محیط زیست و جلوگیری از آلودگی‌های ناشی از صنایع مخرب؛

- حفظ منابع آب و خاک (امیدبگی، ۱۳۸۷).

بهره‌برداری از عرصه‌های طبیعی و به عبارت دیگر ذخایر طبیعی در اکثر مناطق جهان امری شایع، سهل و تا حدودی غیر قابل کنترل است. جمع‌آوری غیر اصولی گیاهان ارزشمند از عرصه‌های طبیعی، خسارات جبران‌ناپذیری بر پیکر طبیعت وارد ساخته است. در حدود ۱۰۰۰ گونه در سراسر جهان بنا به همین دلایل در معرض انقراض قرار گرفته‌اند و با وجود ارزش و اهمیت زیاد گیاهان دارویی، هنوز در بسیاری از کشورها، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه، جایگاه واقعی این منابع و ذخایر ارزشمند مشخص نشده و نقاط ضعف و تنگناهای قانونی فراوانی برای این بخش ملاحظه می‌شود. در کشور ایران نیز به‌ویژه در مناطق دور افتاده و روستایی، بهره‌برداری از طبیعت مرسوم بوده و گاهی با شدت و بدون رعایت ملاحظات زیست محیطی، تنها با هدف کسب درآمد و سودهای آنی، گونه‌های گیاهی ارزشمند جمع‌آوری و به عبارت بهتر به یغما می‌رود. از سوی دیگر به دلیل گستردگی مراتع و عدم امکانات مناسب، اعمال نظارت و شیوه‌های کنترلی به سادگی امکان پذیر نبوده و نه تنها در جلوگیری از تخریب یا برداشت بی‌رویه و بی‌ضابطه از مراتع و جنگل‌ها موفقیتی کسب نمی‌شود، بلکه در دستیابی به اطلاعات و آمار تولیدات و محصولات جنگلی و مرتهی نیز توفیقی حاصل نمی‌آید.

البته روشن است که عدم هماهنگی و فقدان مدیریت متمرکز و عدم همگرایی دستگاه‌ها و واحدهای ذیربط در اجرای برنامه‌های کارآمد، از دیگر دلایل و نقاط ضعف توسعه گیاهان دارویی کشور محسوب می‌شود. به هر روی، وظیفه‌ی تمامی انبای بشر است که تا حد ممکن از منابع و ذخایر طبیعی خود حراست نماید. در این رابطه، آشکار است که سرمایه‌گذاری‌های کلان و برنامه‌های اجرایی مدون، نیازی اساسی است و در عین حال، مدیریت و کنترل منابع، آموزش‌های عمومی و تخصصی، برنامه‌های توسعه‌ی محلی به‌ویژه در مناطق حاشیه‌ای و دور دست که امکان بهره‌برداری بی‌رویه از

طبیعت فراهم تر است. اقداماتی اساسی تر برای حفظ تنوع زیستی و دسترسی سریع تر به توسعه پایدار به شمار می آید.

تخریب جنگل‌ها و مراتع با اهداف تأمین سوخت و استفاده از چوب، گسترش فعالیت‌های کشاورزی، آتش‌سوزی‌های عمدی و سهوی، چرای بیش از حد دام و بهره‌برداری بی‌رویه از مهمترین مواردی هستند که ضمن آسیب رساندن به محیط زیست، کاهش تنوع زیستی را در پی دارند. بسیاری از گونه‌های ارزشمند دارویی حین این فعالیت‌ها از بین رفته و بشر از مواهب آنها بی‌بهره مانده است. اگر بتوان راهکارهای علمی و عملی برای هر یک از این موارد ارائه داد و یا اجرا نمود، در آن صورت مهمترین بخش توسعه پایدار (حفاظت محیط زیست) تحقق خواهد یافت. مسلماً با ارائه و به کارگیری این راهکارها می‌توان در جهت بهره‌برداری اصولی‌تر از این گیاهان گام برداشت بدون این که لطمه‌ای به تنوع زیستی و بقای آنها وارد آید. در این خصوص به کارگیری راهکارهای زیر می‌تواند تا حدودی کمک کننده باشد:

- در خصوص حفظ ذخایر زیستی و بارزش بومی، لازم است تا به طبیعت به‌عنوان مادر و ذخیره گاه ژرم پلاسماها نگریسته شود؛

- با انجام مطالعات و بررسی‌های دقیق علمی و فنی، می‌توان تعداد زیادی از گیاهانی را که استعدادهای ویژه پرورش‌های منطقه‌ای برای کشت و توسعه در مناطق مختلف ایران برخوردارند، به سهولت انتخاب نمود. سپس گزینشی بر اساس شاخصه‌های اقتصادی به عمل آورد و نتیجه گرفت که کدامیک از این گیاهان توجیه قابل قبول‌تری از نظر توسعه زراعی و کشت انبوه در مناطق خاص خواهند داشت. پس از آن، با کاربرد روش‌های قابل پذیرش و متناسب با هر منطقه، توسط اهالی آن مناطق، می‌تواند کشت و کار گیاهان دارویی مورد نظر را نهادینه ساخت.

- در جریان اقدامات مذکور، تحقق زمینه‌هایی چون مدیریت ویژه زراعی، متدهای تشخیص گونه‌های شیمیایی، ارائه کشت‌های پیشرفته به‌صورت متعالی و همه‌جانبه و انجام کارشناسی‌های مناسب، اجتناب ناپذیر خواهد بود و در این صورت کشور ایران قادر به ارائه گونه‌های اختصاصی جدید مناسب با نیاز صنایع دارویی جهان جهت تکثیر، کشت انبوه و توسعه استخراج مواد خواهد بود؛

- تشویق و جلب مشارکت هر چه بیشتر سرمایه‌گذاران به‌ویژه بخش خصوصی برای

جامه عمل پوشاندن به موارد فوق، موجب خواهد شد تا با اطمینان از نتایج روشن و سازنده راه کارهای مورد بحث به حمایت‌های ضمنی خود از آنها بپردازند؛

- کاملاً به جا و مناسب خواهد بود که در جریان اجرایی برنامه‌های توسعه کشور، حساب خاصی روی کشت و صنعت‌های گیاهان دارویی باز شود و اهمیت بیشتری به این بخش داده شود. به عنوان مثال اختصاص یارانه‌های ویژه برای رونق کار این کشت و صنعت‌ها موجبات رشد و توسعه صنایع دارویی گیاهی را در پی خواهد داشت (امیدبگی، ۱۳۸۷).

پ- گیاهان دارویی مطرح در جهان

آویشن: یکی از شناخته‌شده‌ترین گیاهان دارویی از تیره نعنا است. این گیاه علفی و معطر، دارای خواص دارویی بسیاری است و از آن در صنایع غذایی، بهداشتی و آرایشی متنوعی استفاده می‌شود. قسمت‌های دارویی این گیاه، سرشاخه‌های آن و برگ خشک شده آن است. برای درمان نفخ و به عنوان ضد اسپاسم، رفع تنگی نفس و سرفه و سوء هاضمه و درمان سیاه سرفه، برونشیت، عفونت ریه، سرماخوردگی، آنفلوآنزا و گرفتگی‌های عضلانی استفاده می‌شود.

اسطوخودوس: جنسی مشتمل از ۲۵ تا ۳۰ گونه مختلف از دسته گیاهان گلدار و از خانواده نعنائیان است. پراکندگی جهانی آن به ناحیه مدیترانه و در مناطق معتدله و معتدله سرد ایران (تهران، کرج، اصفهان، ...) بر می‌گردد. در اروپا بیشتر به جهت تزئینی و به منظور استفاده از عطر آن کاشته می‌شود. گل‌ها و روغن فرار حاصل از تقطیر گیاه توسط بخار کاربرد دارد. طیف گسترده‌ای از ویژگی‌ها از جمله مسکن، ضد افسردگی، ضد تشنج، ضد سردردهای میگرنی، ضد عفونی و آرام بخش را داراست.

شوید: گیاهی یک ساله با خاستگاه نامشخص است. دانه‌های این گیاه مقوی معده، ضد اسپاسم، شیر افزا و تسکین‌دهنده دردهای قاعدگی است. روغن فرار شوید اسپاسم روده، دل پیچه و قولنج را برطرف می‌نماید. جویدن دانه‌های آن نفس را خوشبو و آن را بهبود می‌بخشد.

زعفران: گیاهی است از تیره زنبقیان، سرده زعفران، قسمت مورد استفاده این گیاه، انتهای خامه و کلاله سه شاخه است که به نام زعفران مشهور است و دارای بوی معطر با طعم کمی تلخ است. در طب سنتی، زعفران به عنوان مسکن، خلط آور،

محرک جنسی و معرق، کاربرد دارد. این گیاه رنگی و گران‌بهای چندین ساله، بدون ساقه است و پیاز دارد و چون در خاک کویر به عمل می‌آید، به طلای سرخ و یا طلای کویر شهرت یافته‌است. در صنایع غذایی، شربنی سازی، داروسازی (خاصیت ضد افسردگی)، نیز به کار می‌رود و از گیاهان دارویی صادراتی ایران است.

گل محمدی: گل محمدی از دیرباز در ایران کشت می‌شود. از تیرهٔ رزاسه و قسمت قابل مصرف آن گلبرگ و ماده مؤثره آن تانن است. محصول عمده گل محمدی، گلاب، اسانس و گلبرگ خشک است، که از آنها در صنایع دارویی، عطر سازی، فرآورده‌های بهداشتی و آرایشی و صنایع غذایی استفاده می‌شود. مصارف دارویی آن بیشتر در درمان دردهای رماتیسمی، قلبی، تقویت اعصاب و معده و سردردها بوده و در تهیه شربت مربا و شیرینی سازی و بستنی نیز استفاده می‌شود.

سیر: گیاهی است چند ساله و در اکثر نقاط ایران کشت می‌شود. سیر سرشار از فولیک اسید، ویتامین C، کلسیم، آهن، منیزیم، پتاسیم و مقدار کمی روی و ویتامین‌های B است. از گذشته تا امروز از سیر برای تصفیهٔ خون استفاده می‌شده است. سیر حاوی ترکیبات گوگرد است که سیستم ایمنی بدن را تحریک کرده و پتانسیل بالایی در نابودی تومورهای سرطانی دارد.

رزماری: گیاهی خشبی، چندساله و معطر است که برگ‌های سوزنی شکل و همیشه سبز دارد. بومی مدیترانه و کشور اوروگوئه است. برگ و سرشاخه‌های گلدار گیاه اندام دارویی را تشکیل می‌دهد. باعث گشادی رگ‌ها و تقویت گردش خون می‌شود و بنابراین برای جلوگیری از ریزش موها مفید است. این گیاه شفا بخش رماتیسم، سستی اعضا، تشنج، اختلالات عصبی و تنفسی و همچنین نارسایی کبد و کیسه صفرا است. این گیاه و سبزی در ایران کمتر مورد توجه آشپزها قرار گرفته ولی در کشورهای اروپایی جایگاه ممتازی در آشپزی دارد.

جعفری: گیاهی دو ساله است و گیاه کامل، دانه و ریشهٔ آن مورد استفاده قرار می‌گیرد. جعفری یک منبع بسیار خوب ویتامین A، ویتامین C و ویتامین K است. به‌علاوه جعفری منبع غذایی خوبی از آهن و اسید فولیک است. از آن به‌عنوان تصفیه‌کننده خون، بازکننده عروق، اشتها آور، ضد سرطان و ضد آسم یاد می‌شود.

به‌لیمو: نام یک گیاه دارویی معطر است که بوی خوشایند لیمو را دارد. بومی امریکای

جنوبی بوده و در ایران در استان‌های شمالی و باغ‌ها کشت می‌شود. برگ‌ها بخش دارویی این گیاه هستند. از به لیمو در درمان سوءهاضمه، نفخ، دردهای عصبی، سرگیجه و علائم سرماخوردگی، تقویت حافظه و ایجاد آرامش و درمان بی‌خوابی و ادویه (مصارف خانگی) استفاده می‌شود. اسانس به‌لیمو دارای خواص باکتری‌کش و حشره‌کش بوده و همچنین در صنعت عطرسازی نیز از آن استفاده می‌شود.

زیره سیاه ایرانی (زیره کرمان): پراکنندگی جهانی آن ایران، افغانستان، پاکستان و آسیای مرکزی است. میوه آن معطر و بادشکن است و برای معطر کردن غذاها به کار می‌رود. زیره کرمان گیاهی کاملاً متفاوت با زیره سیاه اروپایی است که در اغلب منابع فارسی آن را زیره سیاه ترجمه کرده‌اند. این دو گونه از لحاظ رویشگاهی هیچ گونه قرابتی ندارند و کاربرد آنان هم متفاوت است. زیره سیاه اروپایی بیشتر در نقاط مرطوب و چمنزاری البرز مرکزی، آذربایجان و شمال خراسان می‌روید و جایگاه ویژه‌ای ندارد در حالی که هیچ کدام از ۱۴ گونه زیره کرمان در چمنزارها نمی‌رویند و از گیاهان دارویی صادراتی ایران است.

از دیگر گیاهان دارویی می‌توان به مریم‌گلی، مرزنجوش، جینکو، جین‌سنینگ، گل‌راعی، سرخارگل و ... اشاره نمود. همان‌طور که مشاهده می‌شود اکثر گیاهان دارویی مطرح جهان در ایران کشت و عمل‌آوری می‌شود و این نشان از ظرفیت و پتانسیل بالای ایران در گیاهان دارویی است.

بخشنامه تأسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل (IPD)^۱



کشور ما جز کشورهایی است که علاوه بر جاذبه‌های فراوان برای جذب گردشگر، در عین حال، توانایی‌های زیادی نیز در زمینه سلامت بدست آورده است. کیفیت خدمات سلامت ارائه شده در ایران، از بسیاری از کشورهای منطقه بالاتر است و حتی در بعضی از موارد (همانند پیوند اعضا، نازایی و...) در سطح بین‌المللی، حرف‌های زیادی برای گفتن دارد. از طرفی هزینه‌های خدمات ارائه شده، حتی در بخش غیر دولتی، بسیار پایین‌تر از کشورهای اروپایی و حتی با کشورهای موفق در صنعت گردشگری سلامت قابل رقابت است. تمامی این موارد باعث ایجاد پتانسیل‌های لازم در کشورمان شده است تا به‌عنوان مقصد درمانی برای بسیاری از بیماران خارجی قرار بگیرد.

1- International Patients Department

علی‌رغم تمامی موارد فوق و پتانسیل بالای کشور در این زمینه، در حال حاضر سازو کار مناسبی برای فعالیت این صنعت در کشور طراحی نشده است و نگرانی از بین رفتن بازار سلامت ایران در کشورهای همسایه، به دلیل ورود افراد غیر متخصص در این بازار وجود دارد. این اتفاق در گذشته‌ای نه‌چندان دور پس از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی، در بازار کشورهای آسیای میانه رخ داد و ایران علی‌رغم پتانسیل‌های بالا، به دلیل ورود افراد سودجو و بدون توجه به رعایت استانداردهای موردنیاز، درصد زیادی از بازار خود را از دست داد. یکی از مهمترین اجزایی که در ارائه بهتر خدمات سلامت به بیماران بین‌الملل جایگاه مهمی دارد، مراکز ارائه خدمات درمانی و بالاحص توسعه گردشگری درمانی در دنیای رقابت برای ارائه خدمات کیفی تشخیصی و درمانی را به فراتر از مرزهای جغرافیایی کشانیده است. در این رقابت مراکزی موفق‌ترند که راهبردی مشخص برای پاسخگویی به تقاضای بین‌المللی اتخاذ نموده و خدمات متناسب با آن را عرضه می‌نمایند.

بر این اساس اغلب مراکز درمانی معتبر دنیا دیارتان‌های تخصصی را به‌منظور هماهنگی بیشتر، انسجام و سرعت در ارائه خدمات و پاسخگویی به تقاضاهای متنوع بیماران بین‌الملل در داخل و خارج بیمارستان تشکیل داده‌اند. آمارها نشان می‌دهند که تنها بخش کوچکی از بیماران خارجی مراجعه به بیمارستان‌های کشور را فارسی زبان تشکیل می‌دهند. از سوی دیگر واسطه‌های فعال در امر گردشگری درمانی اغلب آشنایی کافی با فرایند درمان و مراقبت‌های پس از آن را نداشته و بدین ترتیب پس از ترخیص بیمار عملاً ارتباط وی با بیمارستان قطع می‌شود. بنابراین ایجاد IPD در بیمارستان‌های ایرانی علاوه بر کمک به جذب مستقیم بیمار توسط بیمارستان در تعامل بهتر و نزدیک‌تر با تسهیل‌گران توریسم درمانی اعم از راهنمایان گردشگری، آژانس‌های مسافرتی و شرکت‌های تخصصی مؤثر خواهد بود. بنابراین پیر و نامه شماره ۴۰۰/۱۰۷۶۸ مورخ ۹۳/۶/۱۲ تمامی مراکز درمانی ضروری است حداکثر طی شش ماه آینده نسبت به راه‌اندازی دیارتان بیماران بین‌الملل اقدام نمایند. به همین منظور باید مدارکی را جهت تشکیل پرونده به دفاتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه مربوطه ارائه نمایند تا از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد اعتباربخشی قرار گیرند.

▲ هدف کلی از تأسیس دپارتمان بیماران بین‌الملل (IPD)

اهداف کلی عبارت است از:

- ۱- نظارت بر ارائه خدماتی با کیفیت رضایت بخش؛
- ۲- نظارت بر ارائه خدمات در سریعترین زمان ممکن با رعایت کامل موازین اخلاق پزشکی، استفاده از تکنولوژی جدید، مسئولیت‌پذیری و رعایت اصول و قوانین حرفه‌ای در مراکز درمانی؛

▲ اهداف اختصاصی؛

- ۱- ارتقاء سطح کیفی خدمات درمانی پزشکی؛
- ۲- ارتقاء سطح کیفی خدمات درمانی پرستاری؛
- ۳- کاهش زمان انتظار خدمات درمانی؛
- ۴- کاهش زمان انتظار خدمات پاراکلینیک؛
- ۵- افزایش رضایتمندی پزشکان، پرسنل و بیماران.

بر اساس برنامه‌ریزی اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت از ابتدای سال ۱۳۹۳ تمامی مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب در صورت تمایل برای پذیرش بیماران خارجی بایستی دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل (IPD) را در مرکز درمانی خود ایجاد نمایند.

▲ نحوه پذیرش بیمار بین‌الملل

بیماران بین‌الملل به چند صورت از طریق بیمارستان پذیرش می‌شوند:

- پذیرش توسط شرکت تسهیل‌گر طرف قرارداد با بیمارستان؛
- به صورت مستقیم توسط یکی از آشنایان بیمار در ایران بدون هماهنگی قبلی مراجعه می‌کند؛
- به صورت مستقیم خود بیمار از طریق فضای مجازی پذیرش

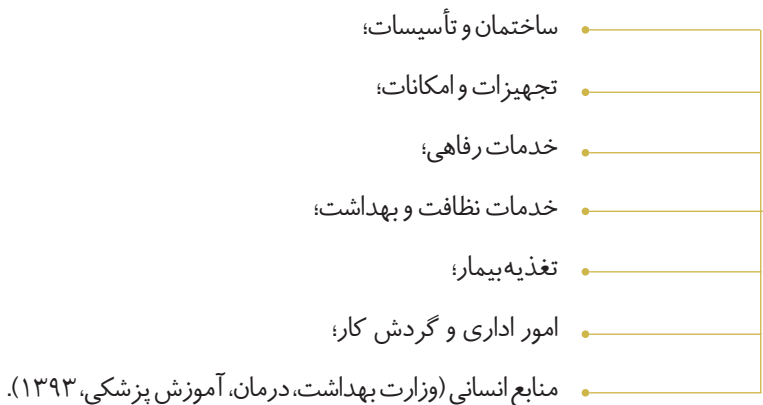
می‌گیرد.



توصیه می‌گردد که بیمارستان به منظور ارائه بهتر خدمات به بیماران بین‌الملل تمامی بیماران را توسط یک شرکت تسهیلگر طرف قرارداد مورد پذیرش و پیگیری قرار دهد. اما بسته به سیاست بیمارستان که در کمیته IPD گرفته می‌شود می‌تواند طبقه پذیرش بیماران را طراحی نماید.

▲ استانداردهای خدمات هتلینگ

محورهای اصلی خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های دارای دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل (IPD)



◆ شیوه‌نامه صدور گواهینامه حرفه‌ای گردشگری سلامت ویژه دفاتر خدمات مسافرتی و گردشگری

این شیوه‌نامه بر اساس مقررات حاکم بر فعالیت دفاتر خدمات مسافرتی که دارای مجوز از سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری به استناد قانون تشکیل سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری مصوب ۸۲/۱۰/۲۳ و آیین‌نامه ایجاد، اصلاح، تکمیل و درجه‌بندی و نیز آیین‌نامه نظارت بر تأسیس و فعالیت دفاتر خدماتی مسافرتی مصوب ۱۳۸۰/۴/۵ هیئت‌وزیران و اصلاحات تاریخ ۱۳۸۴/۵/۵ و سایر اصلاحات و الحاقات مربوطه و ماده ۱۱ قانون برنامه پنجم و همچنین به استناد مواد ۱، ۲، ۳، ۴ و ۲۴ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد

خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی و بندهای ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۶ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت، بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷ و ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب سال ۱۳۶۵ هیئت‌وزیران و اصلاحات سال ۱۳۶۶ تعیین گردیده است.

اهداف

- ایجاد بستر مناسب برای رقابت سالم بین دفاتر خدمات مسافرتی جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات ارائه شده در حوزه گردشگری سلامت؛
- ایجاد انگیزه و تشویق و ترغیب سرمایه‌گذاران و بهره‌برداران در ارائه خدمات با کیفیت بالاتر در حوزه گردشگری سلامت؛
- تعیین معیارها و شاخص‌های موردنیاز برای نظارت بر دفاتر خدمات مسافرتی؛
- استفاده از توان کارشناسی و قابلیت‌های بخش خصوصی در جهت ارتقا سطح کیفی خدمات گردشگری سلامت؛
- کمک به گردشگران سلامت برای انتخاب بهینه دفاتر دارای مجوز رسمی و استانداردهای مصوب که بتواند نیازها و انتظارات آنها را برآورده سازد؛
- ایجاد هماهنگی بین دفاتر و دپارتمان پذیرش بیماران بین الملل بیمارستان‌ها و مراکز درمانی؛
- جلوگیری از فعالیت غیر قانونی فعالان فاقد صلاحیت در زمینه گردشگری سلامت.

ماده ۱ - گواهینامه حرفه‌ای گردشگری سلامت

در راستای ایجاد تسهیلات و هماهنگی‌های مناسب برای ارائه خدمات بهینه گردشگری سلامت و در جهت استانداردسازی و ارتقا کیفیت فعالیت‌های دفاتر خدمات مسافرتی دارای مجوز بند "ب" علاقمند به فعالیت در حوزه گردشگری سلامت "گواهینامه" گفته می‌شود.

تبصره ۱- دارنده این گواهینامه مجاز است نسبت به ارائه هر گونه خدمات گردشگری

اعم از اخذ رواید، برنامه‌ریزی سفر، برگزاری تورهای سلامت و هماهنگی با مراکز درمانی برای گردشگرانی که با هدف دریافت خدمات سلامت و درمانی سفر می‌کنند، اقدام نماید.

تبصره ۲- دفاتری که گواهینامه حرفه‌ای موضوع این شیوه‌نامه را اخذ کرده‌اند به مراکز درمانی و سلامت جهت ارائه خدمات سفر معرفی خواهند شد.

تبصره ۳- دارنده گواهینامه می‌تواند به اطلاع رسانی، بازاریابی و تبلیغات در داخل و خارج از کشور در چهارچوب قوانین و مقررات سازمان نظام پزشکی برای جذب گردشگران سلامت اقدام نماید.

تبصره ۴- دارنده گواهینامه موظف به معرفی نماینده مستقر و رسمی در کشور بازار هدف است.

▲ ماده ۲- وظایف پزشک مسئول فنی سلامت دفتر

- پیگیری و نظارت بر مراحل اخذ پذیرش جهت بیماران صرفاً از مراکز درمانی مجاز به ارائه خدمات گردشگری سلامت (دارای دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل)؛

- تدوین و ارائه برنامه درمانی قبل از ورود بیمار؛

- تهیه خلاصه پرونده استاندارد و تنظیم برنامه پیگیری بیمار در کشور مبدأ؛

- پیگیری و نظارت بر تهیه، تنظیم و نگهداری پرونده کلیه گردشگران سلامت و تهیه خلاصه پرونده استاندارد از مراکز درمانی و سلامت؛

- ارائه اطلاعات عملکرد دفتر از طریق سامانه‌های معرفی شده توسط وزارت و سازمان؛

- ارائه مشاوره و راهنمایی‌های بهداشتی و درمانی قبل و بعد از دریافت خدمات درمانی؛

- رعایت مقررات وزارت، جهت بررسی، شناسایی و معرفی گردشگران مبتلا به بیماری‌های عفونی و مسری به وزارت متبوع؛

- نظارت بر اجرای برنامه فالوآپ پزشکی بیمار و ارائه گزارش از این خدمات؛

- تهیه و ثبت اطلاعات دقیق بیماران و فعالیت‌های خدماتی دفاتر؛

- پیگیری و رسیدگی به شکایات گردشگران سلامت در خصوص قصور احتمالی مراحل درمان تا حصول نتیجه و اطلاع‌رسانی لازم.

وظایف دستگاه‌های متولی گردشگری سلامت

- سازمان بر اساس وظایف ذاتی و اولویت‌های خود از عملیات بازاریابی، اطلاع‌رسانی (با هماهنگی سایر دستگاه‌های عضو)، ارائه تسهیلات مالی و اعتباری و حضور مؤثر دفاتر مربوطه در مجامع بین‌المللی، نمایشگاه‌ها و کنفرانس‌های مرتبط حمایت‌های لازم را خواهد داشت؛

- سازمان دوره‌های آموزشی تخصصی، کارگاه‌ها و همایش‌های مرتبط را جهت افزایش توان علمی و دانش فعالان این حوزه با هماهنگی سایر دستگاه‌های عضو شورا برگزار می‌نماید؛

- سازمان نسبت به معرفی دفاتر دارای گواهینامه جهت حضور در رویدادهای بین‌المللی مرتبط از جمله نمایشگاه‌های گردشگری خارجی اقدام می‌نماید؛

- وزارت و سازمان به‌طور مشترک و از طریق وزارت امور خارجه، لیست کلیه دفاتر دارای گواهینامه را در اختیار نمایندگی‌های جمهوری اسلامی ایران جهت معرفی به مخاطبان و متقاضیان گردشگری سلامت قرار خواهد داد؛

- وزارت نسبت به معرفی دارندگان گواهینامه به مراکز درمانی و دانشگاه‌های سراسر کشور جهت حمایت و همکاری لازم اقدام می‌نماید؛

- وزارت و سازمان و سایر اعضا شورا از طریق واحدهای تابعه و استانی از فعالیت شرکت‌ها و مؤسسات فاقد مجوز با اعمال قانون جلوگیری می‌نمایند؛

- وزارت امور خارجه باید نسبت به تسهیل در صدور روادید گردشگران سلامت برای دفاتر مورد تأیید پس از اخذ پذیرش از مراکز درمانی اقدام نماید؛

- وزارت در راستای هم‌افزایی و هماهنگی مکلف است نسبت به تسریع صدور تأییدیه صلاحیت حرفه‌ای پزشکان فعال گردشگری جهت همکاری با دفاتر پس از طی دوره آموزشی مربوطه اقدام نماید؛

فصل پنجم: معرفی سازمان تأمین اجتماعی و امکانات درمانی آن

مقدمه

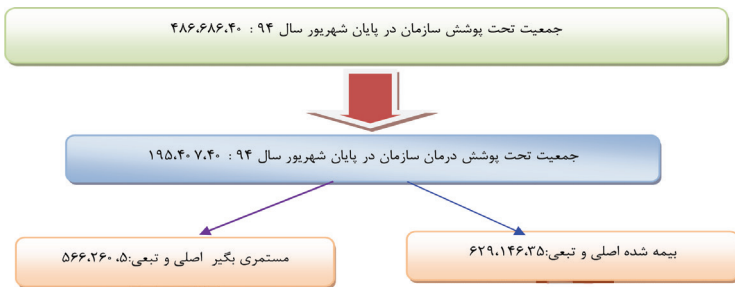
در این بخش به منظور بررسی و امکان‌سنجی ورود سازمان تأمین اجتماعی به صنعت توریسم سلامت ابتدا به معرفی سازمان تأمین اجتماعی و امکانات درمانی و توریستی آن پرداخته می‌شود. سپس تفاهم‌نامه همکاری فی‌مابین سازمان و هلدینگ گردشگری تأمین اجتماعی، هلدینگ گردشگری سازمان تأمین اجتماعی، الزامات، تعهدات سازمان، تعهدات هگتا و ... مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

شرح مختصری بر سازمان تأمین اجتماعی و امکانات درمانی آن

سازمان تأمین اجتماعی بعد از وزارت بهداشت، بزرگترین عرضه‌کننده خدمات سلامت در کشور است که بالغ بر ۴۰ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داده است. در سال ۱۳۹۳، جمعیت تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی، جمعیتی بالغ بر ۴۰،۲۹۱،۶۶۴ نفر بوده است که بیش از ۵۱ درصد جمعیت کل کشور را شامل می‌شود و ۹۹/۶ درصد از کل جمعیت تحت پوشش سازمان، از بیمه درمانی سازمان در سال ۱۳۹۳ بهره‌مند گردیده‌اند. تهران با ۸ میلیون و ۵۴۷ هزار و ۹۱۷ نفر، بیشترین جمعیت تحت پوشش بیمه درمان تأمین اجتماعی و ایلام با ۲۵۹ هزار و ۸۷۸ نفر کمترین جمعیت تحت پوشش درمان سازمان را به خود اختصاص داده است.

آمار جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی

بر اساس آمار منتشر شده در پایان شهریور ماه سال ۱۳۹۴ بیش از ۴۰ میلیون نفر از بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی تحت پوشش بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی هستند. به عبارت دیگر ۹۹/۳ درصد از کل بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی از خدمات درمانی نیز بهره‌مند می‌گردند.

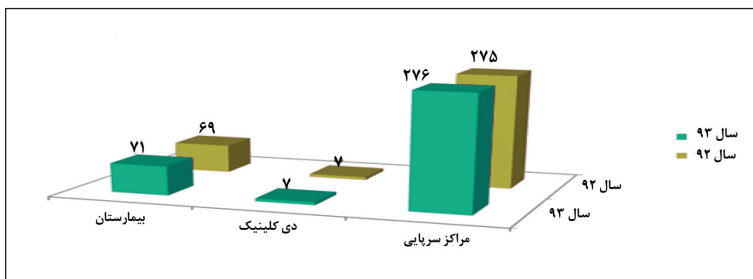


△ نمودار (۱-۵): جمعیت تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی (ارقام بر حسب نفر)
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

از تعداد کل مراجعین به واحدهای درمانی، در نه ماه سال ۱۳۹۴، تعداد ۷۳۰ هزار و ۷۹۷ نفر در مراکز درمانی ملکی بستری و تحت درمان قرار گرفته‌اند و ۹۳ میلیون و ۶۹۲ هزار و ۶۰۳ نفر جهت دریافت خدمات سرپایی شامل: ویزیت، جراحی سرپایی و انواع مختلف خدمات مربوط به واحدهای تشخیصی- درمانی به مراکز درمانی ملکی جهت دریافت خدمت سرپایی و بستری سازمان مراجعه نموده‌اند.

▲ تعداد مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی

در پایان سال ۱۳۹۳ تعداد ۳۵۴ مرکز درمانی ملکی در خدمت بیمه‌شدگان بوده است که مشتمل بر ۷۱ بیمارستان ملکی، ۷ دی کلینیک، ۵ مرکز دندانپزشکی مستقل و ۲۷۱ مرکز درمانی سرپایی می‌شود. در نمودار زیر مقایسه تعداد مراکز درمانی ملکی در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ نشان شده است.



△ نمودار (۲-۵): مقایسه تعداد مراکز درمانی ملکی در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲

منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

از تعداد ۳۵۴ مرکز دایر، ۲۱ مرکز استیجاری، ۹ مرکز امانی و ۳۲۴ مرکز در مالکیت سازمان است.

از ابتدای سال ۱۳۹۴، ۳۵۸ مرکز درمانی مشتمل بر ۷۲ بیمارستان (۲ بیمارستان فاقد عملکرد بستری)، ۵ دی کلینیک (مرکز جراحی محدود) با امکانات بیمار بستری، ۲۸۱ مرکز سرپایی تحت نظارت اداره کل درمان مستقیم دارای عملکرد بوده‌اند. در سال ۱۳۹۴، در حدود ۱۲۷ میلیون و ۱۵۷ هزار و ۹۳۹ مراجعه جهت دریافت خدمات سرپایی شامل ویزیت، جراحی سرپایی و خدمات تشخیصی-درمانی (داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی و ...) به مراکز درمانی ملکی سازمان صورت گرفته که نسبت به سال ۱۳۹۳، حدود ۴/۲ درصد رشد داشته است. در بخش سرپایی، بیشترین رشد مربوط به تعداد ویزیت سرپایی با ۵۷ میلیون و ۱۵۴ هزار و ۶۵۰ ویزیت بوده است که نسبت به سال ۱۳۹۳، در حدود ۵/۸ درصد رشد داشته است. ۹۷ درصد تعداد مراجعات سرپایی به مراکز درمانی ملکی، دارای بیمه تأمین اجتماعی بوده‌اند.

تعداد تخت‌های فعال مراکز بستری (اعم از بیمارستان و دی کلینیک) از ۸۹۴۱ تخت در سال ۱۳۹۳ به ۹۰۱۰ تخت فعال در سال ۱۳۹۴ رسیده است که رشدی در حدود ۰/۸ درصد را نشان می‌دهد. در بخش بستری مراکز ملکی در سال ۱۳۹۴، تعداد ۹۶۹ هزار و ۷۵۸ نفر بیمار بستری و تحت درمان قرار گرفته‌اند که نشان‌دهنده رشد ۵/۲ درصدی نسبت به سال ۱۳۹۳ است. درصد اشغال تخت بیمارستان‌های مراکز ملکی در سال ۱۳۹۴، با افزایشی معادل ۲/۷ درصد نسبت به سال ۱۳۹۳، از ۷۶/۱ درصد به ۷۸/۸ درصد رسیده است. چرخش تخت بیماران در سال ۱۳۹۴ نسبت به زمان مشابه در سال گذشته از ۱۰۳ نفر به ۱۰۷ نفر افزایش داشته است که نشانگر استفاده بیشتر از تخت‌های فعال بیمارستان‌ها است. تعداد موارد اعمال جراحی بستری در مراکز ملکی در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ دارای رشد ۳/۵ درصد است که بیشترین افزایش، مربوط به موارد جراحی متوسط با رشد ۵/۷ درصد بوده است. تعداد موارد اعمال جراحی سرپایی در مراکز درمانی در سال ۱۳۹۴، ۳۱۳ هزار و ۱۸۵ مورد بوده است که نسبت به سال ۱۳۹۳ رشد ۲۲/۷ درصد را نشان می‌دهد. درصد زایمان سزارین در سال ۱۳۹۳، ۴۵/۶ درصد بوده است که با کاهش رشدی در حدود ۲ درصد، به ۴۳/۴ درصد در سال ۱۳۹۴ رسیده است.

نوع مالکیت مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی بر اساس مجوز تشکیلات در سال ۱۳۹۳ به شرح جدول زیر است.

نوع مرکز درمانی (مجوز دار)	استیجاری	امانی	ملکی سازمان	جمع	درصد ملکی سازمان
بیمارستان	۲	۲	۶۷	۷۱	۹۴
پلی کلینیک تخصصی-سطح ۳	۳		۷۳	۷۶	۹۶
درمانگاه تخصصی-سطح ۲	۹	۲	۱۰۰	۱۱۱	۹۰
درمانگاه عمومی-سطح ۱	۷	۵	۷۲	۸۴	۸۶
دی کلینیک	-	-	۷	۷	۱۰۰
مرکز دندانپزشکی	-	-	۵	۵	۱۰۰
جمع	۲۱	۹	۳۲۴	۳۵۴	۹۲

Δ جدول (۵-۱): نوع مالکیت مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی (بر حسب تعداد)

منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

تعداد تخت ثابت ۷۱ مرکز بیمارستانی سازمان ۱۰۷۱۹ تخت است، همچنین تعداد تخت مصوب ۱۰۴۷۱ و تعداد تخت فعال ۸۸۸۶ بوده و تعداد تخت های فعال مراکز جراحی محدود ۵۵ تخت است که آمار مربوط به تعداد تخت های بخش های مختلف بیمارستان به شرح جدول (۵-۲) است.

نوع تخت	تعداد
تعداد تخت RCU	۵
تعداد تخت NICU	۱۱۵
تعداد تخت CCU	۳۳۴
تعداد تخت ICU	۲۷۴
تعداد تخت ICU OP	۵۸
تعداد تخت دیالیز	۱۵۵
تعداد اتاق عمل	۲۸۰
تعداد تخت اتاق عمل	۳۲۸
تعداد تخت اورژانس	۸۴۴
تعداد تخت ریکاوری	۴۶۷
تعداد تخت شیمی درمانی	۲۶
تخت زایمان (لیبر-درد)	۳۴۲

Δ جدول (۵-۲): آمار تعداد تخت های بخش های مختلف

منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

ارزشیابی مراکز بیمارستانی سازمان

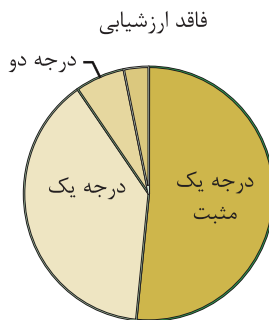
ارزشیابی مراکز بیمارستانی سازمان در پایان سال ۹۳ به شرح جدول زیر است.

نوع درجه ارزشیابی	تعداد	درصد
درجه ۱ عالی	۹	۱۲/۷
درجه ۱ مثبت	۳۲	۴۵/۱
درجه ۱	۲۴	۳۳/۸
درجه ۲	۴	۵/۶
فاقد ارزشیابی	۲	۲/۸
مجموع	۷۱	۱۰۰

Δ جدول (۳-۵): ارزشیابی مراکز بیمارستانی سازمان در پایان سال ۹۳
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

درجه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ملکی سازمان در سال ۹۳

درجه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ملکی سازمان در سال ۱۳۹۳ به صورت زیر است.



Δ نمودار (۳-۵): درجه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ملکی سازمان در سال ۱۳۹۳
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

- از ۲۷۶ مرکز درمانی سرپایی تعداد ۲۵۰ درمانگاه، ملکی سازمان بوده و ۷ درمانگاه به صورت امانی است؛

- از کل مراکز درمانی ملکی سازمان، ۲۱ مرکز دارای دستگاه سنگ‌شکن، ۳ مرکز (بیمارستان عالی نسب تبریز، بیمارستان شهید لواسانی تهران و بیمارستان شهید

بهشتی شیراز) دارای آنژیوگرافی، ۲۸ مرکز دارای CT-Scan و ۲۶ مرکز دارای ماموگرافی هستند؛

-از تعداد کل ۳۵۴ مرکز درمانی، ۵۴ مرکز اقماری مراکز دیگر و ۳۰۰ مرکز مستقل است که در مراکز اقماری ۱۷ مرکز پلی کلینیک، ۲۴ درمانگاه تخصصی، ۱۲ درمانگاه عمومی و ۱ مرکز جراحی محدود است؛

- ۲۹ مرکز درمانی دارای پارکینینگ عمومی جهت مراجعین و بیماران هستند؛

- درخصوص تعداد آمبولانس‌های موجود در اختیار مدیریت‌های درمان طبق اطلاعاتی که به گروه بررسی شاخص‌های آماری ارسال شده است، تعداد ۳۸۵ آمبولانس وجود دارد.

▲ تعداد مراکز درمانی ملکی و هیئت مدیره‌ای

تعداد مراکز درمانی ملکی و هیئت مدیره‌ای بر اساس درجه واحدهای موجود تا پایان سال ۹۴ در جدول (۴-۵) نشان داده شده است.

تعداد	نوع مرکز
۷۸	بیمارستان
۷	مرکز جراحی محدود
۸۵	جمع مراکز بستری
۸۲	پلی کلینیک سطح ۳
۱۱۶	درمانگاه تخصصی سطح ۲
۸۰	عمومی سطح ۱
۶	دندانپزشکی مستقل
۲۸۴	جمع سرپایی
۳۶۹	جمع مراکز درمانی

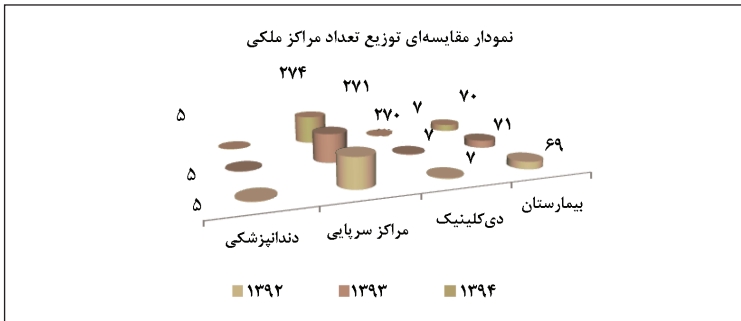
Δ جدول (۴-۵): تعداد مراکز درمانی ملکی و هیئت مدیره‌ای بر اساس درجه واحدهای موجود تا پایان سال ۹۴
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

- تعداد ۷۰ بیمارستان فعال تحت نظارت اداره کل درمان مستقیم و سه بیمارستان به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای و ۵ مرکز جراحی محدود به‌صورت خدمات بستری به بیمه‌شدگان در سال ۱۳۹۴ ارائه خدمت نموده‌اند و تعداد مراکز درمانی که در عمل

صرفاً خدمات سرپایی ارائه داده‌اند. ۲۸۴ مرکز درمانی گزارش می‌شود.

▲ مقایسه تعداد مراکز درمانی طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۴

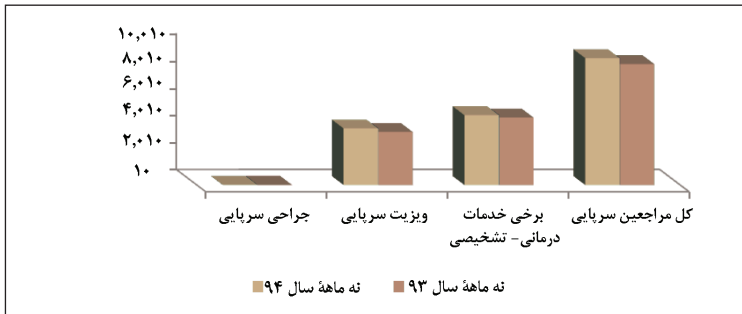
در نمودار (۳)، توزیع تعداد مراکز درمانی طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۴ نشان داده شده است.



△ نمودار (۴-۵): توزیع تعداد مراکز درمانی
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

▲ تعداد مراجعین سرپایی به مراکز درمانی ملکی

در نمودار (۴-۵)، آمار تعداد مراجعین سرپایی به مراکز درمانی ملکی طی نه ماه سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ نشان داده شده است.



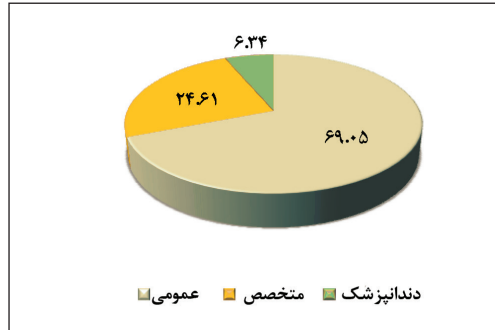
△ نمودار (۵-۵): آمار تعداد مراجعین سرپایی به مراکز درمانی ملکی
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

آمار مراجعین سرپایی به مراکز درمانی ملکی در نه ماهه سال ۹۳، معادل ۸۹ میلیون و ۲۲۴ هزار و ۷۳۶ مراجعه بوده است که در نه ماهه نخست سال ۹۴ با رشدی معادل ۵ درصد به ۹۳ میلیون و ۶۹۲ هزار و ۶۰۳ مراجعه در بخش سرپایی مراکز ملکی رسیده است که بیشترین رشد در مراجعین مربوط به تعداد ویزیت شدگان

سرپایی (۶/۷۶ درصد) می‌شود.

▲ مقایسه برخی از شاخص‌های سرپایی در ۹ ماهه اول سال ۹۳ و ۹۴

در نمودار (۵-۵)، مقایسه برخی از شاخص‌های سرپایی در ۹ ماهه اول سال ۹۳ و ۹۴ نشان داده شده است.



Δ نمودار (۵-۶): سهم گروه پزشکی از ویزیت سرپایی در ۹ ماهه اول سال ۹۴ (برحسب درصد)

منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

- از تعداد کل مراجعین سرپایی، تعداد ۴۱ میلیون ۸۳۲ هزار و ۹۱۰ بیمار در درمانگاه‌های سرپایی مراکز درمانی ملکی ویزیت شده‌اند که ۶۹ درصد آنها به پزشکان عمومی، ۲۴/۶ درصد آنها به پزشکان متخصص و ۶/۳ درصد جهت دریافت خدمت به دندانپزشکان مراجعه نموده‌اند؛

- ۹۶/۷۵ درصد از دریافت‌کنندگان خدمات سرپایی مشمول بیمه تأمین اجتماعی، ۰/۰۳ درصد بیمه خدمات درمانی و ۳/۲۲ درصد از مراجعین دارای سایر بیمه‌ها و یا فاقد بیمه بوده‌اند؛

- استان تهران با ۶ میلیون و ۸۶۷ هزار و ۱۱۱ نفر مراجعه جهت ویزیت سرپایی بیشترین تعداد ویزیت و منطقه کاشان با ۲۲۳ هزار و ۱۰۱ بیمار کمترین ویزیت سرپایی را داشته است؛

- بیشترین سهم از ویزیت سرپایی پزشکان عمومی با ۸۶ درصد مربوط به استان ایلام و تهران با ۵۲ درصد کمترین سهم ویزیت پزشکان عمومی را به خود اختصاص داده است؛

- بیشترین سهم از ویزیت سرپایی بیماران توسط پزشکان متخصص با ۴۰/۶ درصد مربوط به استان تهران و کمترین سهم مربوط به استان ایلام با ۳/۶ درصد می‌شود؛
- در رابطه با سهم دندانپزشکان استان فارس با ۱۲/۷ درصد بیشترین سهم و استان همدان با ۱/۸ درصد کمترین سهم را دارا بوده است؛

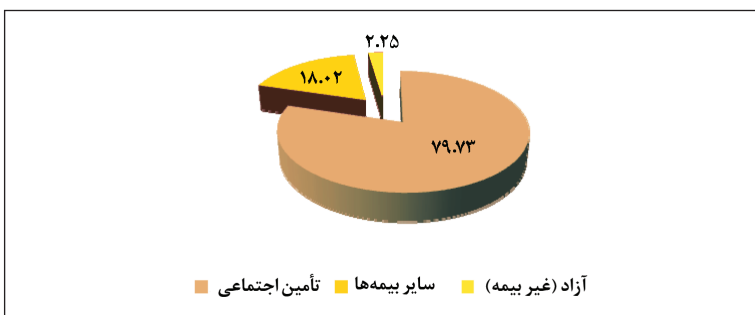
- از تعداد کل ویزیت‌شدگان سرپایی، ۷۵/۲۶ درصد آنها برای درمان و یا ادامه درمان، نسخ دارویی خود را از داروخانه‌های مراکز ملکی دریافت نموده‌اند و ۹/۴۱ درصد آنها جهت تکمیل یا ادامه مراحل درمان به آزمایشگاه‌های مراکز ملکی مراجعه نموده‌اند.

▲ سهم بستری شدگان به تفکیک بیمه مراکز درمانی

در جدول (۵-۵)، تعداد و سهم بستری شدگان به تفکیک نوع بیمه در ۹ ماهه سال ۹۴ نشان داده شده است.

تعداد و سهم بستری شدگان به تفکیک نوع بیمه در ۹ ماهه سال ۹۴				
جمع	غیر بیمه (آزاد)	سایر بیمه‌ها	تأمین اجتماعی	نوع بیمه
۷۳۰۷۹۷	۱۶۴۶۳	۱۳۱۶۶۸	۵۸۲۶۶۶	تعداد
۱۰۰	۲/۲۵	۱۸/۰۲	۷۹/۷۳	سهم

Δ جدول (۵-۵): تعداد و سهم بستری شدگان به تفکیک نوع بیمه در ۹ ماهه سال ۹۴
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی



Δ نمودار (۵-۲): تعداد و سهم بستری شدگان به تفکیک نوع بیمه در ۹ ماهه سال ۹۴
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

- ۸۰ درصد (بیشترین سهم) از تعداد بیماران بستری شده در مراکز درمانی ملکی،

تحت پوشش بیمه درمان تأمین اجتماعی هستند؛

- شاخص میزان چرخش تخت (نفر) در ۹ ماهه اول سال ۹۴ نسبت به مدت زمان مشابه در سال ۹۳، تقریباً ۷ درصد رشد را نشان داده است. بیانگر این موضوع است که به طور متوسط در ۹ ماهه سال ۹۴، از یک تخت فعال در مراکز درمانی ۸۱ بیمار استفاده نموده‌اند و مدت زمان خالی ماندن یک تخت تا پذیرش بیمار بعدی، از ۲۳ ساعت در زمان مشابه در سال گذشته به ۱۸ ساعت در سال جاری رسیده است و نشان از اشغال بیشتر تخت‌ها در ۹ ماهه اول سال ۹۴ دارد؛

- درصد اشغال تخت بیمارستان‌های ملکی در نه ماهه سال ۹۴، معادل ۷۸/۱ درصد گزارش شده است که رشد آن نسبت به مدت مشابه در سال گذشته ۳/۹ درصد است.

سهم از تعداد کل بیمارستان‌ها	تعداد بیمارستان‌ها	ضریب اشغال تخت
۷/۱	۵	بیمارستان‌های بالای ۹۰ درصد
۳۷/۱	۲۶	بیمارستان‌های بین ۸۰ درصد تا ۹۰ درصد
۳۵/۷	۲۵	بیمارستان‌های بین ۷۰ درصد تا ۸۰ درصد
۲۰	۱۴	بیمارستان‌های کمتر از ۷۰ درصد

Δ جدول (۵-۶): توزیع تعداد بیمارستان‌ها بر حسب اشغال تخت
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

نامطلوب	متوسط	مطلوب	نوع شاخص
کمتر از ۶۰	۶۰ تا ۷۰	بیشتر از ۷۰	اشغال تخت (درصد)

جدول (۵-۷): شاخص‌های عملکردی اشغال تخت (درصد) بیمارستان‌ها طبق اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

براساس جدول استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با شاخص اشغال تخت (درصد)، ۸۰ درصد از بیمارستان‌های ملکی سازمان در رده مطلوب قرار گرفته‌اند.

اعمال جراحی

بیش از ۴۰۰ هزار مورد عمل جراحی در مراکز ملکی انجام پذیرفته است که در مقایسه با تعداد موارد جراحی در مدت زمان مشابه در سال گذشته رشد ۵/۹ درصد را نشان می‌دهد. در نه ماهه سال جاری، ۱۴/۳ درصد از موارد جراحی مربوط به جراحی‌های بزرگ بوده است که نسبت به مدت زمان مشابه سال گذشته ۲/۳- درصد کاهش داشته است و تعداد اعمال جراحی متوسط با ۶/۹+ درصد افزایش به ۳۸/۳ درصد رسیده است. بیشترین درصد موارد اعمال جراحی بزرگ در مراکز بستری مربوط به بیمارستان لبافی نژاد (۸۰/۸۵ درصد) و کمترین مربوط به دی کلینیک ابوریحان (۹۹ درصد) گزارش شده است.

تخصص	تعداد جراحی کوچک	تعداد جراحی متوسط	تعداد جراحی بزرگ	جمع	درصد جراحی کوچک	درصد جراحی متوسط	درصد جراحی بزرگ
فوق تخصص جراحی قلب	۶۲۶	۴۰۷	۳۰۷۰	۴۱۰۳	۱۵/۳۰	۹/۹	۷۴/۸
متخصص جراحی مغز و اعصاب	۴۹۱۰	۱۱۸۷	۱۱۹۲۶	۱۸۰۲۳	۲۷/۲	۶/۶	۶۶/۲
فوق تخصص جراح فک و صورت	۴۸	۲۷	۸۴	۱۵۹	۳۰/۲	۱۷	۵۲/۸
متخصص ارولوژی	۲۷۲۷۵	۶۱۰۱	۱۵۹۴۸	۴۹۲۲۴	۵۵/۳	۱۲/۴	۳۲/۳
فلوشیپ زانو	۱۶۴	۳۱	۸۴	۲۷۹	۵۸/۸	۱۱/۱	۳۰/۱
فوق تخصص جراحی عروق	۳۵۹	۲۸۹	۱۸۶	۸۳۴	۴۳	۳۴/۷	۲۲/۳
فوق تخصص جراحی توراکس	۱۶۸۸	۶۸۴	۵۶۴	۲۹۳۶	۵۷/۵	۲۳/۳	۱۹/۲
فوق تخصص جراح ترمیمی	۶۶۴	۲۸۷	۱۹۷	۱۱۴۸	۵۷/۸	۲۵	۱۷/۲
متخصص ارتوپدی	۶۰۶۹۲	۱۵۰۴۹	۱۴۴۸۹	۹۰۲۳۰	۶۷/۳	۱۶/۷	۱۶/۱
فوق تخصص ارولوژی کودکان	۲۴۱	۱۲۷	۶۹	۴۳۶	۵۵/۳	۲۹/۱	۱۵/۸
متخصص چشم	۸۴۰۳	۴۴۴۹۶	۸۵۰۸	۶۱۴۰۷	۱۳/۷	۷۲/۵	۱۳/۹

Δ جدول (۸-۵): تعداد و درصد موارد جراحی بر حسب گروه‌های تخصصی در سال ۱۳۹۲

تخصص	تعداد جراحی کوچک	تعداد جراحی متوسط	تعداد جراحی بزرگ	جمع	درصد جراحی کوچک	درصد جراحی متوسط	درصد جراحی بزرگ
متخصص جراحی عمومی	۸۲۶۱۳	۳۹۱۳۶	۱۷۷۲۳	۱۳۹۴۷۲	۵۹/۲	۲۸/۱	۱۲/۷
متخصص گوش و حلق و بینی	۲۴۱۲۵	۲۴۱۶	۲۳۰۱	۲۸۸۴۲	۸۳/۶	۸/۴	۸
متخصص زنان و زایمان	۳۹۵۹۸	۹۶۰۲۳	۳۷۱۷	۱۳۹۳۳۸	۲۸/۴	۶۸/۹	۲/۷
فوق تخصص جراحی کودکان	۱۲۹	۱۶	۲	۱۴۷	۸۷/۸	۱۰/۹	۱/۴
متخصص پوست و مو	۳	۲		۵	۶۰	۴۰	۰
جمع کل	۲۵۱۵۳۸	۲۰۶۲۷۸	۷۸۸۶۸	۵۳۶۴۳۸	۴۶/۹	۳۸/۴۰	۱۴/۷

Δ ادامه جدول (۸-۵)

منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

در پایان سال ۱۳۹۴، بیشترین درصد موارد اعمال جراحی بزرگ در رتبه اول مربوط به پزشکان فوق تخصص جراحی قلب (۷۴/۸ درصد) و در رتبه بعدی با (۶۶/۲ درصد) مربوط به پزشکان متخصص جراحی مغز و اعصاب بوده است و کمترین درصد بدون در نظر گرفتن پزشکان متخصص پوست که فاقد اعمال جراحی بزرگ بوده‌اند، مربوط به فوق تخصص جراحی کودکان با (۱/۴ درصد) و سپس گروه پزشکان متخصص زنان و زایمان با (۲/۷ درصد) می‌شود.

بخش زنان و زایمان

- در ۹ ماهه سال ۹۴، در ۶۰ بیمارستان ملکی، ۱۶۰ هزار ۵۷۰ زایمان انجام پذیرفته است که ۴۳/۲ درصد آنها به روش سزارین انجام و گزارش شده است که نسبت به سال گذشته ۲/۹ درصد کاهش داشته است؛

- درصد سزارین خالص (بدون در نظر گرفتن سزارین تکراری) در نه ماهه سال ۱۳۹۴، در مراکز ملکی ۲۲/۵ درصد گزارش شده است.

بخش‌های ویژه

میانگین ۹ ماهه تعداد تخت‌های فعال بخش‌های ویژه در بیمارستان‌های ملکی کشور،

معادل ۷۸۵ تخت است که ۸/۸ درصد از تعداد کل تخت‌های فعال بیمارستان‌ها را پوشش می‌دهد.

نام بخش ویژه	تعداد بیمارستان ملکی	متوسط تخت فعال در نه ماهه	سهم از کل تخت‌های ویژه
NICU	۲۶	۱۰۷	۱۳/۶
CCU	۴۸	۳۴۶	۴۴/۱
ICU	۵۰	۲۸۰	۳۵/۷
RCU	۱	۵	۰/۶
جراحی قلب ICU	۴	۴۷	۶
جمع کل		۷۸۵	۱۰۰

Δ جدول (۵-۹): توزیع میانگین تعداد تخت فعال بخش‌های ویژه در ۹ ماهه اول ۱۳۹۴
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

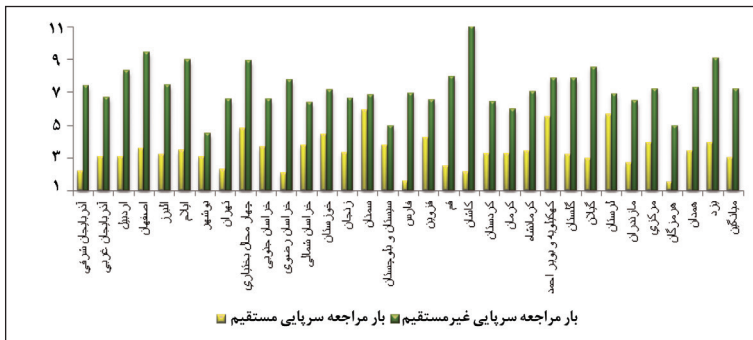
▲ واحدهای تشخیصی درمانی (سرپایی-بستری)

برخی خدمات تشخیصی و درمانی در مراکز درمانی ملکی سازمان در نه ماهه اول ۱۳۹۴ به صورت جدول (۵-۱۰) است.

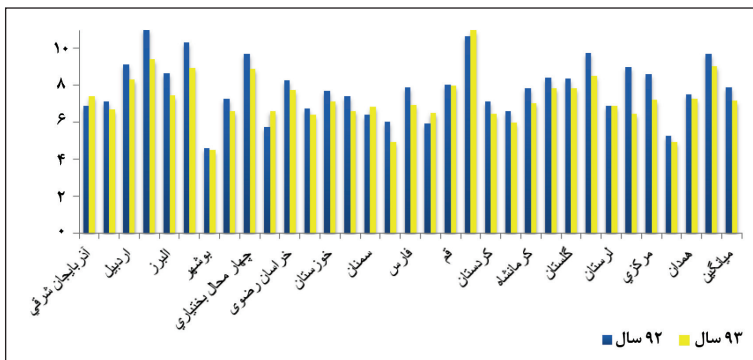
عملیات	بستری	سرپایی	جمع
میانگین اقلام دارویی	۶	۳/۰۶	۳/۳۰
میانگین موارد آزمایش	۳/۸	۵/۹۹	۵/۲۵
میانگین موارد پاتولوژی	۱/۴۶	۱/۴۵	۱/۴۵
میانگین موارد رادیوگرافی	۱/۲۵	۱/۲۲	۱/۲۲
میانگین موارد سونوگرافی	۱/۵۷	۱/۴۰	۱/۴۴
میانگین موارد فیزیوتراپی	۱/۷۲	۲/۶۴	۲/۵۶
میانگین جلسات دیالیز	۲/۱۲	۷/۰۸	۶/۸۰
میانگین موارد سی تی اسکن	۱/۱۸	۱/۲۰	۱/۲۰
میانگین موارد MRI	۱/۲۵	۱/۱۷	۱/۱۷

Δ جدول (۵-۱۰): خدمات تشخیصی و درمانی در مراکز درمانی ملکی سازمان
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

طبق اطلاعات جمع آوری شده ۱۴۴ هزار و ۱۷۳ بیمار جهت انجام سی تی اسکن (سرپایی و بستری)، به ۳۳ مرکز درمانی در ۹ ماهه اول مراجعه نموده‌اند که میانگین موارد سی تی اسکن انجام شده به ازای هر مراجعه ۱/۲ مورد است.



△ نمودار (۸-۵): بار مراجعه سرپایی (کل نسخه) درمان مستقیم و غیر مستقیم در سال ۹۳
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی



△ نمودار (۹-۵): مقایسه بار مراجعه سرپایی (کل نسخه) درمان مستقیم و غیر مستقیم در سال ۹۲ و ۹۳
منبع: دفتر آمار معاونت اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی

▲ بار مراجعه بستری به ازای هر ۱۰۰۰ بیمه شده تأمین اجتماعی

در سال ۱۳۹۳ در مجموع تعداد ۴ میلیون ۱۵۵ هزار و ۵۵۵ بیمار، مشمول بیمه درمان تأمین اجتماعی بستری شده‌اند که از این تعداد ۷۳۲۷۱۳ نفر، در مراکز ملکی و مابقی در مراکز طرف قرار داد بستری شده‌اند. به عبارت دیگر ۱۷/۶ درصد از بیماران در بیمارستان‌های ملکی سازمان بستری شده‌اند و ۸۲/۴ درصد نیز جهت

بستری و درمان به سایر مراکز طرف قرارداد مراجعه کرده‌اند.

- به ازای هر ۱۰۰۰ بیمه شده تحت پوشش درمان تأمین اجتماعی به طور متوسط ۱۰۳/۵ بار مراجعه بستری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی (مستقیم و غیر مستقیم) صورت پذیرفته است.

سازمان تأمین اجتماعی و ارتباط آن با گردشگری سلامت

سازمان تأمین اجتماعی بعد از وزارت بهداشت، بزرگترین عرضه کننده خدمات سلامت در کشور است که بالغ بر ۴۰ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داده است. این سازمان دارای نزدیک به ۸۰ بیمارستان ملکی و ۳۵۰ مرکز درمانی ملکی در سطح کشور است. از سویی دیگر، باتوجه به وضعیت تک محصولی و اقتصاد نفتی ایران و وجود مزیت‌های بالقوه در زمینه پزشکی از جمله وجود امکانات پزشکی مناسب، پزشکان حاذق، قیمت مناسب خدمات پزشکی باتوجه به ارزش نسبی ارز و با عنایت به کم‌رنگ‌تر بودن مشکلات فرهنگی در بخش گردشگری پزشکی نسبت به گردشگر سیاحتی، رونق صنعت گردشگری سلامت راهکار مناسبی برای خروج از اقتصاد نفتی به نظر می‌رسد. بنابراین باتوجه به این امر که سازمان تأمین اجتماعی دارای قابلیت‌های فراوانی در زمینه خدمات بیمارستانی و درمانگاهی است، لذا این مطالعه درصدد بررسی پیش‌نیازها، الزامات و راهکارهای مشارکت سازمان تأمین اجتماعی در بخش گردشگری سلامت است که از این طریق هم برای کشور ارزآوری خواهد داشت و هم اینکه به توازن بودجه سازمان تأمین اجتماعی (که در طول سالیان اخیر مصارف سازمان از منابع آن پیشی گرفته است) خواهد انجامید.

تفاهم‌نامه همکاری فی‌مابین سازمان تأمین اجتماعی و هلدینگ گردشگری تأمین اجتماعی

ماده ۱- طرفین تفاهم‌نامه

این تفاهم‌نامه در راستای مذاکرات اولیه فی‌مابین هلدینگ گردشگری تأمین اجتماعی (سهامی خاص) به شماره ثبت ۱۹۲۶۲۹ و شناسه ملی ۱۰۱۰۲۳۴۵۶۶۰ و کد

اقتصادی ۴۱۱۱۳۱۸۱۱۸۴۷ به نمایندگی آقای دکتر غلام حیدر ابراهیم‌بای سلامی مدیرعامل هلدینگ گردشگری تأمین اجتماعی و آقای دکتر محمد حسین ایمانی خوشخو رئیس هیئت مدیره هلدینگ گردشگری تأمین اجتماعی به آدرس تهران - بزرگراه آشناسان غرب - بعد از تقاطع جنت آباد - بلوار مبعث- بهارستان یکم- پلاک ۲ تلفن ۴۴۸۲۷۴۰۱ که منبعا به اختصار «هگتا» نامیده می‌شود و سازمان تأمین اجتماعی به شماره ثبت ۸۸۹۴ و شناسه ملی ۱۴۰۰۰۲۶۱۶۶۵ و کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۵۷۵۶۳۵ به نمایندگی آقایان رحیم اردلان معاون اداری و مالی، دکتر محمدعلی همتی معاون درمان و نجات امینی معاون اقتصادی و برنامه‌ریزی سازمان تأمین اجتماعی به آدرس تهران - خ آزادی - جنب وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - سازمان تأمین اجتماعی به شماره تلفن ۶۴۵۰۱ که در این تفاهم‌نامه به اختصار «سازمان» نامیده می‌شود، به شرح زیر منعقد می‌گردد:

▲ ماده ۲- موضوع تفاهم‌نامه

این تفاهم‌نامه در راستای توسعه سیاست‌های استفاده بهینه از امکانات، استعداد و توانائی‌های موجود در جذب و توسعه توانمندی‌ها، همچنین سرمایه‌گذاری‌های مشترک و هم‌افزایی بیشتر و همکاری و ایجاد تعاملات مؤثر و مفید در زمینه تمرکز منابع و خدمات مربوط به هلدینگ گردشگری تأمین اجتماعی و درمان سازمان جهت بهره‌برداری در زمینه توریسم درمانی تهیه و تنظیم گردیده است تا به قرارداد نهایی فیما بین هگتا و بیمارستان‌های حوزه درمان منتهی گردد.

▲ ماده ۳- مدت تفاهم‌نامه

این تفاهم‌نامه از تاریخ امضا به مدت یکسال شمسی معتبر است که در صورت توافق طرفین قابل تمدید است.

▲ ماده ۴- تعهدات سازمان

- ۴-۱- مشارکت فعال در برنامه‌ریزی و انجام سیاست‌گذاری و تدوین برنامه عملیاتی؛
- ۴-۲- فراهم کردن زمینه ارائه خدمات مورد توافق با تدوین پروتکل پذیرش بیمار خارجی؛

۴-۳- ایجاد تمهیدات لازم جهت ایجاد وب سایت بیمارستان‌های پایلوت با همکاری اداره کل روابط عمومی سازمان با کارکرد اطلاع‌رسانی؛

۴-۴- شناسایی الزامات جهت طراحی و ایجاد واحد IPD در هماهنگی با هگتا؛

۴-۵- ارتقاء هتلینگ بیمارستان‌ها در جهت ارائه خدمت به بیماران خارجی متناسب با استانداردهای اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۴-۶- اعلام ظرفیت‌های موجود برحسب تخصص‌ها و تجهیزات و مراکز ارائه دهنده خدمات براساس بیمار جذب شده توسط هگتا با اولویت بیماران بیمه شده تأمین اجتماعی؛

۴-۷- تعرفه مربوطه بر اساس توافق و رعایت ضوابط ابلاغی از سوی وزارت بهداشت خواهد بود؛

۴-۸- آموزش و بکارگیری پرسنل مجرب و مسلط به سایر زبان‌ها (انگلیسی، ترکی، کردی و عربی و ...)

۴-۹- مستندسازی روند پذیرش، درمان و ترخیص بیمار به زبان دوم بر اساس استانداردهای اعلام شده؛

۴-۱۰- سایر همکاری‌های لازم که در طول اجرای این تفاهم‌نامه مطرح و مورد توافق طرفین قرار می‌گیرد.

▲ ماده ۵ - تعهدات هگتا

۵-۱- مشارکت فعال در برنامه‌ریزی و انجام سیاستگذاری و تدوین برنامه عملیاتی؛

۵-۲- ایجاد تمهیدات لازم جهت بازاریابی و هدایت بیماران خارجی با هدف جذب نظام‌مند گردشگر درمانی؛

۵-۳- برگزاری کارگاه‌های گردشگری پزشکی منطقه‌ای و استانی؛

۵-۴- عقد قرارداد با بیمارستان‌های ملکی سازمان با رعایت قوانین و شرایط منطقه‌ای؛

۵-۵- خرید خدمات جهت ارائه به بیماران خارجی به صورت هماهنگ و در قالب شبکه زنجیره‌ای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی؛

۵-۶- ایجاد نظام انگیزشی برای جذب و بازاریابی بیمار و شفاف‌سازی هزینه‌های درمانی پرداخت شده به بیمارستان؛

۵-۷- ایجاد وب‌سایت گردشگری درمانی با کارکرد بازاریابی و قابلیت ارتباط و اتصال به سایت‌های بیمارستان؛

۵-۸- سایر همکاری‌های لازم که در طول اجرای این تفاهم‌نامه مطرح و مورد توافق طرفین قرار می‌گیرد.

۵-۹- پرداخت کلیه هزینه‌های درمانی بیماران معرفی شده از سوی هگتا، به عهده هگتا است.

▲ ماده ۶- حل اختلاف

در صورت بروز اختلاف در مورد اجرا و یا تفسیر هر یک از مواد این تفاهم‌نامه، طرفین موافقت نمودند که ابتدا موضوع را از طریق مذاکره فی‌مابین یک نفر از هر طرف حل و فصل نمایند. در صورت عدم حصول سازش، موضوع صرفاً از طریق دفتر امور حقوقی و دعوای سازمان تأمین اجتماعی قابل حل خواهد بود و نظر دفتر مزبور برای طرفین لازم الاجرا است.

▲ ماده ۷- اقامتگاه قانونی

اقامتگاه قانونی «طرفین» همان نشانی مندرج در مقدمه این تفاهم‌نامه است که در اجرای ماده ۱۰۱۰ قانون مدنی، کلیه مکاتبات و ارتباطات به نشانی مزبور انجام می‌شود و طرفین متعهد می‌گردند، در صورت تغییر نشانی خود مراتب را کتباً ظرف ۵ روز کاری به طرف دیگر اعلام نمایند و در غیر اینصورت نشانی مندرج از جهت اقامه دعوی و ارسال کلیه مکاتبات و اوراق و اخطاریه‌های قضائی و اجرایی اقامتگاه ایشان محسوب و ابلاغ شده تلقی می‌گردد.

▲ ماده ۸- نمایندگان طرفین

به‌منظور هماهنگی، تشریک مساعی، رفع مشکلات، ابهامات و نواقص احتمالی تفاهم‌نامه و اجرای طرح‌های مشترک همکاری، کمیته‌ای متشکل از نمایندگان طرفین که همزمان با امضای تفاهم‌نامه طی نامه اداری به طرف مقابل معرفی می‌شود در

«معاونت اقتصادی و برنامه‌ریزی» تشکیل می‌گردد، که امور مربوط به نظارت، هماهنگی و تسهیل در اجرای تفاهم‌نامه را به عهده خواهد داشت.

▲ ماده ۹- الزامات تفاهم‌نامه

۹-۱- ارائه گزارشات اقدامات انجام شده توسط هر یک از طرفین در خصوص اجرای مفاد تفاهم‌نامه (منطبق با برنامه‌های عملیاتی مصوب) هر ۲ ماه یکبار به دبیرخانه هم‌افزایی (دفتر امور ذخائر و سرمایه‌گذاری) معاونت اقتصادی و برنامه‌ریزی - سازمان تأمین اجتماعی

۹-۲- در پایان مدت تفاهم‌نامه، طرفین جلسه‌ای را برگزار کنند تا میزان پیشرفت تعهدات هر یک از طرفین بررسی شود تا در خصوص تصمیم‌گیری در مورد تمدید تفاهم‌نامه و افزایش مدت اعتبار آن تصمیم‌گیری شود.

۹-۳- هگتا موظف است پیش‌نویس قرارداد تنظیمی با هر یک از بیمارستانها را قبل از نهایی شدن جهت تأیید به معاونت اقتصادی و برنامه‌ریزی ارسال نماید.

▲ ماده ۱۰- فورس ماژور

در صورت وقوع جنگ و حوادث طبیعی و قهری، چنانچه تأخیری در انجام مواد تفاهم‌نامه از سوی طرفین بوجود آید، اجرای تفاهم‌نامه تارفع عوامل بازدارنده به حالت تعلیق درخواهد آمد، ضمناً در صورت مرتفع شدن وضعیت فورس ماژور و موافقت مجدد طرفین با ادامه تفاهم‌نامه، به اندازه مدت زمان توقف، مدت متناسب به مدت تفاهم‌نامه اضافه خواهد شد، بدیهی است در صورت عدم اجرای تفاهم‌نامه وفق ماده ۶ اقدام خواهد شد.

▲ ماده ۱۱- فسخ تفاهم‌نامه

در صورت عدم تمایل به همکاری هر یک از طرفین می‌توانند تفاهم‌نامه حاضر را فسخ نمایند لیکن قبل از فسخ باید مراتب را با ارسال اعلامیه کتبی ۳۰ روزه به طرف مقابل اعلام نمایند که در این صورت ارائه خدمات موضوع این تفاهم‌نامه پس از انقضا مدت مذکور متوقف و تفاهم‌نامه حاضر منفسخ می‌شود. بدیهی است در این صورت کلیه تعهدات ناشی از این تفاهم‌نامه تا تاریخ فسخ معتبر است.

ماده ۱۲ - اسناد بالادستی

این تفاهم‌نامه از هر حیث تابع قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران و آئین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوطه در این حوزه است.

ماده ۱۳ - نسخ

تفاهم‌نامه حاضر مشتمل بر ۱۳ ماده در سه نسخه، بر اساس ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین تنظیم، امضا و مبادله شده و کلیه نسخ آن پس از امضا معتبر و حکم واحد را دارا است.

هددینگ گردشگری سازمان تأمین اجتماعی

سودآوری صنعت گردشگری و ظرفیت‌های بلااستفاده موجود ممکن است بسیاری از افراد و سازمان‌ها را به ورود به این صنعت ترغیب نماید. باتوجه‌به اینکه سازمان تأمین اجتماعی یکی از بزرگترین سازمان‌ها در کشور ما بوده و پتانسیل‌های بالقوه فراوانی به‌دلیل تنوع فعالیت‌ها در خود جای داده است، تصمیم بر این شده است که به این صنعت ورود پیدا نموده که تشکیل هدینگ گردشگری تأمین، آغازی است برای ورود سازمان تأمین اجتماعی به صنعت گردشگری در چهارچوب مرزهای ملی و در سطح بین‌المللی. در رابطه با شرکت مادر یا هولدینگ باید گفت که شرکتی است که با دارا بودن چند شرکت تابعه و اعمال نفوذ و کنترل بر آنها شرکت‌های تحت پوشش را در مسیر ارزش‌آفرینی و هم‌افزایی هدایت و رهبری می‌نماید. مجموعه شرکت‌های تابعه یک هولدینگ می‌تواند یک گروه را ایجاد کند به‌طوری‌که فعالیت هر کدام، کل گروه را تقویت کند. هر شرکتی بخشی از منابع گروه را به کار گرفته و در مقابل با یکدیگر ارزش افزوده یا هم‌افزایی می‌کنند. مشخصه اصلی این شرکت‌ها همبستگی و وابستگی است. این همبستگی در زمینه‌های مختلف می‌تواند صورت گیرد. اگر شرکت‌های هولدینگ بتوانند شرکت‌های تحت پوشش خود را بهتر از حالت مستقل آنها و همچنین بهتر از هر سازمان مدیریت‌کننده دیگر اداره کنند، در واقع ارزش‌آفرینی صورت گرفته است و این همان مزیت رقابتی در شرکت‌های بزرگ است.

فصل ششم: مقایسه هزینه‌های خدمات درمانی در ایران با کشورهای دیگر جهان

مقدمه

در این بخش مروری بر هزینه‌های خدمات درمانی ایران در بخش‌های مختلف از جمله چشم‌پزشکی، قلب و عروق، پوست و مو، اورولوژی، مغز و اعصاب، جراحی زنان، جراحی گوارش و ... در مقایسه با سایر کشورها خواهیم داشت.

هزینه‌های خدمات درمانی در ایران

هزینه‌های خدمات درمانی در بخش زیبایی

در جدول زیر انواع خدمات درمانی ارائه شده در بخش زیبایی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در بخش زیبایی بالاترین هزینه خدمات درمانی با ۲۴۵۰ دلار مربوط به جراحی رینوپلاستی بینی بوده و پایین‌ترین هزینه خدمات درمانی با هزینه ۱۹۰۰ دلار مربوط به جراحی پلک‌ها و پروتز چانه است. تمامی خدمات ارائه شده در بخش زیبایی دارای قیمت VIP بوده و به میزان ۱ روز بستری نیاز دارد.

فیلد درمانی	شرح ارائه خدمات درمانی	قیمت ارزان (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت VIP (دلار)	تعداد روز بستری
زیبایی	پکیج جراحی رینوپلاستی بینی	-	-	۲۴۵۰	۱
	جراحی پلک‌ها (بلفاروپلاستی)	-	-	۱۹۰۰	۱
	کاشت پروتز دائمی گونه	-	-	۲۰۵۰	۱
	جراحی پروتز چانه	-	-	۱۹۰۰	۱

Δ جدول (۶-۱): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش زیبایی و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

هزینه‌های خدمات درمانی در بخش مغز و اعصاب

هزینه خدمات درمانی بخش مغز و اعصاب دارای قیمت متوسط و قیمت VIP

است. بالاترین هزینه خدمات درمانی (قیمت متوسط) در بخش مغز و اعصاب با ۱۶۵۰۰ دلار مربوط به اعمال پیچیده مغز در دو مرحله (با قیمت VIP ۲۶۰۰۰ دلار) بوده و پایین ترین هزینه با ۳۸۰۰ دلار مربوط به عمل باز دیسک کمر (با قیمت VIP ۵۰۰۰ دلار) است. بعد از عمل باز دیسک کمر، عمل CD گذاری ستون فقرات بدون وسیله با ۹۰۰۰ دلار (با قیمت VIP ۸۵۰۰ دلار) کمترین هزینه خدمات درمانی را در بخش مغز و اعصاب به خود اختصاص داده است.

تعداد روز بستری	قیمت vip (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	شرح ارائه خدمات درمانی	فیلد درمانی
۱۰	۲۶۰۰۰	۱۶۵۰۰	اعمال پیچیده مغز در دو مرحله	مغز و اعصاب
۲	۷۵۰۰	۷۱۰۰	عمل میکروسکوپی دیسک کمر	
۳	۱۳۰۰۰۰	۷۱۰۰	عمل وسیله گذاری ستون فقرات محدود ۲ تا ۳ سطح	
۲	۹۳۰۰	۷۵۰۰	عمل تنگی نخاع	
۲	۹۳۰۰	۷۵۰۰	عمل دیسک کردن از جلو با میکروسکوپ	
۵	۱۹۰۰۰	۱۴۸۰۰	تومورهای مغزی نخاعی معمولی با میکروسکوپ یا اندوسکوپ	
۲	۸۵۰۰	۷۰۰۰	عمل CD گذاری ستون فقرات بدون وسیله	
۱۰	۱۱۰۰۰	۹۰۰۰	جراحی تومورهای مغزی	
۲	۵۰۰۰	۳۸۰۰	عمل باز دیسک کمر	

Δ جدول (۲-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش مغز و اعصاب و هزینه های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

▲ هزینه های خدمات درمانی در بخش جراحی های گوارشی و لاغری

همان طور که در جدول زیر مشاهده می شود، هزینه های خدمات درمانی در بخش جراحی های گوارشی و لاغری شامل هم قیمت ارزان، قیمت متوسط و قیمت VIP است. در بخش جراحی های گوارشی و لاغری بالاترین هزینه خدمات درمانی با ۱۳۸۰۰ دلار (قیمت متوسط) مربوط به Gastic sergury با لاپاراسکوپ (با قیمت VIP ۱۵۰۰۰ دلار) بوده و پایین ترین هزینه خدمات درمانی با هزینه ۳۸۰۰ دلار (قیمت متوسط) مربوط به برداشتن کیسه صفرا cholecystectomy (با قیمت VIP

۵۳۰۰ دلار) است. همچنین Gastric sergury با لاپاراسکوپ نیاز به ۱ روز بستری و Gastric sergury عمل باز به ۳ روز بستری نیاز دارد. عمل بای پس معده که در ایران با قیمت متوسط ۱۱۸۰۰ دلار (با قیمت VIP ۱۳۲۰۰ دلار) انجام می‌گیرد در ایالات متحده با بالاترین هزینه درمانی با قیمت ۱۵۴۰۰ دلار و در کشور هلند با پایین‌ترین هزینه درمانی با قیمت ۲۲۰۰ دلار در مقایسه با سایر کشورها صورت می‌گیرد.

تعداد روز بستری	قیمت vip (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت ارزان (دلار)	شرح ارائه خدمات درمانی	فیلد درمانی
۱	۸۵۴۲	۹۲۸۵	۷۴۲۸	Cryo Ablation	جراحی‌های گوارشی و لاغری
۱	۱۲۰۰۰	۱۱۲۰۰	۸۶۰۰	کوچک کردن معده با لاپاراسکوپ SLEEVE	
۲	۱۳۲۰۰	۱۱۸۰۰	۹۵۰۰	بای پس معده	
۳	۹۵۰۰	۷۸۰۰	-	Plication	
۲	۵۳۰۰	۳۸۰۰	۳۰۰۰	برداشتن کیسه صفرا cholecystectomy	
۲	۵۶۰۰	۴۰۰۰	-	Hernia	
۲	۶۵۰۰	۵۶۰۰	۵۰۰۰	آشالازی و Reflux	
۲	۶۵۰۰	۵۶۰۰	۴۶۰۰	برداشتن طحال Splenctomy	
۱	۱۵۰۰۰	۱۳۸۰۰	-	Gastric sergury با لاپاراسکوپ	
۳	۱۳۰۰۰	۱۱۲۰۰	-	Gastric sergury عمل باز	
۱	۱۳۲۰۰	۱۱۸۰۰	-	Colon Sergury با لاپاراسکوپ	
۱	۱۱۲۰۰	۹۸۰۰	۸۵۰۰	Colon Sergury عمل باز	
۱	۷۸۰۰	۶۰۰۰	-	برداشتن غده ادرنال Adernalectomy	

△ جدول (۳-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش جراحی‌های گوارشی و لاغری و هزینه‌های آن

منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

▲ هزینه‌های خدمات درمانی در بخش جراحی زنان

بخش دیگری از هزینه‌های خدمات درمانی مربوط به جراحی زنان است که در جدول زیر انواع جراحی‌های صورت گرفته در این بخش مشاهده می‌شود. هزینه‌های خدمات درمانی این بخش شامل قیمت ارزان و قیمت متوسط نبوده و تنها دارای قیمت VIP است. بالاترین هزینه خدمات درمانی با ۸۶۰۰ دلار مربوط به IVF با داروها و تخمک اهدایی و پایین‌ترین هزینه خدمات درمانی با هزینه ۳۷۵۰ دلار مربوط به هیستروسکوپی است.

فیلد درمانی	شرح ارائه خدمات درمانی	قیمت ارزان (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت vip (دلار)	تعداد روز بستری
جراحی زنان	برداشتن رحم با لاپاراسکوپ	-	-	۸۰۰۰	۱
	برداشتن رحم عمل باز	-	-	۵۶۰۰	۳
	هیستروسکوپی	-	-	۳۷۵۰	۱
	برداشتن کیست تخمدان با لاپاراسکوپ	-	-	۶۰۰۰	۱
	برداشتن فیبروم رحم miomectomy	-	-	۵۶۰۰	۳
	IVF با داروها	-	-	۶۰۰۰	۱
	IVF با داروها و تخمک اهدایی	-	-	۸۶۰۰	۱
	سزارین	-	-	۵۳۰۰	۱

▲ جدول (۴-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش جراحی زنان و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

▲ هزینه‌های خدمات درمانی در بخش انکولوژی

هزینه‌های خدمات درمانی در بخش انکولوژی نیز در جدول زیر مشاهده می‌گردد. هزینه خدمات درمانی در بخش انکولوژی نیز شامل قیمت ارزان و متوسط نبوده و فقط دارای قیمت VIP است. پیوند الوژن مغز استخوان با ۷۱۰۰۰ دلار و با ۱۰ روز بستری بالاترین هزینه خدمات درمانی را در این بخش به خود اختصاص داده است و شیمی درمانی روزانه با ۵۸۰ دلار با متغیر روز بستری (بسته به نوع سرطان)

پایین‌ترین هزینه خدمات درمانی را دارا است. نمونه‌گیری مغز و استخوان بعد از شیمی درمانی روزانه با ۷۵۰ دلار و ۱ روز بستری دومین ردیف را در هزینه‌های پایین خدمات درمانی بخش انکولوژی به خود اختصاص داده است.

فیلد درمانی	شرح ارائه خدمات درمانی	قیمت ارزان (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت vip (دلار)	تعداد روز بستری
انکولوژی	شیمی درمانی روزانه (تعداد روز باتوجه‌به نوع سرطان)	-	-	۵۸۰	متغیر
	نمونه‌گیری مغز و استخوان	-	-	۷۲۰	۱
	پیوند انالوگ مغز استخوان	-	-	۶۰۰۰۰	۱۰
	پیوند الوژن مغز استخوان	-	-	۷۱۰۰۰	۱۰

Δ جدول (۵-۶). شرح ارائه خدمات درمانی در بخش انکولوژی و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

▲ هزینه‌های خدمات درمانی در بخش ارتوپدی با تجهیزات

بخش دیگری از هزینه‌های خدمات درمانی مربوط به بخش ارتوپدی با تجهیزات است که در جدول زیر انواع جراحی‌های صورت گرفته در این بخش مشاهده می‌شود. هزینه‌های خدمات درمانی این بخش شامل قیمت ارزان، قیمت متوسط و قیمت VIP است. بالاترین هزینه خدمات درمانی با ۴۰۸۵ دلار (قیمت متوسط) مربوط به تعویض مفصل زانو و لگن (با قیمت VIP ۶۰۰۰ دلار) با ۴ روز بستری بوده و پایین‌ترین هزینه خدمات درمانی با هزینه ۱۳۰۰ دلار مربوط به ترمیم تاندون‌های کشکک زانو، دست و پا (با قیمت VIP ۱۸۶۰ دلار) با ۱ روز بستری است. بعد از ترمیم تاندون‌های کشکک زانو، دست و پا، هالوکس والگوس، جراحی تخلیه کیست‌های استخوانی و جراحی تومورهای استخوانی پایین‌ترین هزینه خدمات درمانی را دارا هستند.

تعویض مفصل زانو که در ایران بالاترین هزینه درمانی را به خود اختصاص داده است، در کشور هلند با هزینه درمانی ۵۶۰۰ دلار، پایین‌ترین هزینه درمانی را به خود اختصاص داده است در حالی که عمل تعویض مفصل زانو در ایالات متحده با هزینه ۴۰۳۶۴ دلار بالاترین هزینه درمانی را دارد.

تعداد روز بستری	قیمت vip (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت ارزان (دلار)	شرح ارائه خدمات درمانی	فیله درمانی
۴	۶۰۰۰	۴۰۸۵	۳۷۲۰	تعویض مفصل زانو	ارتوپدی با تجهیزات
۴	۶۰۰۰	۴۰۸۵	۳۷۲۰	تعویض مفصل لگن	
۲	۴۴۳۰	۲۵۰۰	۲۲۳۰	اصلاح انحراف زانو	
۱	۴۰۹۰	۱۸۶۰	-	جراحی رباط صلیبی با مینیسک	
۲	۲۲۳۰	۱۴۸۵	۱۳۰۰	هالوکس والگوس	
۱	۱۸۶۰	۱۳۰۰	۱۱۱۵	ترمیم تاندون های کشکک زانو	
۱	۱۸۶۰	۱۳۰۰	۱۱۱۵	ترمیم تاندون های دست با پا	
۲	۲۲۳۰	۱۴۸۵	۱۱۱۵	جراحی تخلیه کیست های استخوانی	
۲	۲۲۳۰	۱۴۸۵	۱۱۱۵	جراحی تومور های استخوانی	

جدول (۶-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش ارتوپدی با تجهیزات و هزینه های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

هزینه های خدمات درمانی در بخش اورولوژی

هزینه های خدمات درمانی در انواع خدمات بخش اورولوژی در جدول زیر نشان داده شده است همان طور که مشاهده می شود بالاترین هزینه خدمات درمانی با ۹۲۸۵ دلار (قیمت متوسط) مربوط به جراحی خارج کردن مثانه سرطانی و بازسازی با روده (با قیمت VIP ۱۴۸۶۰ دلار) است. بعد از آن، خارج کردن غده ادرنال با لاپاراسکوپ با هزینه ۴۴۵۷ دلار (قیمت متوسط) بالاترین هزینه را به خود اختصاص داده است. پایین ترین هزینه خدمات درمانی در بخش اورولوژی نیز با هزینه ۷۴۵ دلار مربوط به جراحی باز واریکوسل (با قیمت VIP ۱۱۱۵ دلار) است. واریکوسلکتومی با هزینه متوسط ۷۵۰ دلار و جراحی هیدروسل با هزینه متوسط ۹۳۰ دلار نیز بعد از عمل باز واریکوسل کمترین هزینه را به خود اختصاص داده اند. لازم به ذکر است که سنگ شکنی با امواج از خارج و سنگ شکن برون اندامی در ایران به صورت سرپایی صورت می گیرد و نیازی به بستری نیست. بالاترین تعداد روز بستری در انواع خدمات درمانی بخش اورولوژی ۲ روز است و پایین ترین میزان روز بستری در این بخش به صورت سرپایی است.

تعداد روز بستری	قیمت vip (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت ارزان (دلار)	شرح ارائه خدمات درمانی	فیلد درمانی
۲	۵۲۰۰	۳۷۸۵	-	خارج کردن پروستات سرطانی	اورولوژی
۱	۱۱۱۵	۷۴۵	۳۷۱	جراحی باز واریکوسل	
۲	۱۶۷۱	۱۴۸۵	-	جراحی واریکوسل با لاپاراسکوپ	
۲	۴۴۶۰	۲۶۰۰	-	جراحی باز خارج کردن کلیه سرطانی	
۲	۳۷۱۵	۲۲۳۰	-	جراحی باز خارج کردن کلیه خوش خیم	
۱	۲۹۷۱	۱۸۵۷	۱۱۱۴	جراحی بدون بخیه افتادگی مثانه زنان	
۲	۱۴۸۶۰	۹۲۸۵	-	جراحی خارج کردن مثانه سرطانی و بازسازی با روده	
۲	۳۷۱۵	۲۶۰۰	-	جراحی با لاپاراسکوپ محل اتصال حالب به لگنچه	
۱	۴۴۶۰	۳۲۸۵	۷۵۰	جراحی باز جهت بیضه نزول نکرده	
۲	۱۸۶۰	۱۳۰۰	-	جراحی با لاپاراسکوپ بیضه نزول نکرده	
۱	۲۶۰۰	۱۸۵۷	۷۵۰	ترمیم فتق و آب بیضه کودکان	
۲	۲۲۳۰	۱۴۸۵	-	ترمیم هیپوسپادیس مادرزادی	
سرپایی	۲۰۶۰	۱۴۸۵	۳۷۱	سنگ شکنی با امواج از خارج	
۲	۲۴۱۵	۱۶۷۱	۹۳۰	خارج کردن بیضه سرطانی	
۲	۲۰۴۲	۱۴۸۵	۷۵۰	خارج کردن بیضه خوش خیم	
۲	۳۱۶۰	۴۴۵۷	-	خارج کردن غده ادرنال با لاپاراسکوپ	
۱	۱۱۵۰	۷۵۰	۵۶۰	واریکوسلکتومی (جراحی محدود)	
۱	۲۶۰۰	-	۱۱۵۰	سنگ شکن درون اندامی (جراحی محدود)	
سرپایی	۷۵۰	-	۳۷۵	سنگ شکن برون اندامی (جراحی محدود)	
۱	۱۱۵۰	-	۵۶۰	کیست اسپرموسل	
۱	۲۴۵۰	-	۱۵۰۰	هیپوسپادیس	
۱	۱۱۵۰	-	۵۶۰	هیدروسل	
۱	۱۸۶۰	۱۴۸۵	۵۶۰	هرنیورافی ترمیم فتق کشاله ران	

تعداد روز بستری	قیمت vip (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت ارزان (دلار)	شرح ارائه خدمات درمانی	فیلد درمانی
۱	۲۴۱۵	۱۸۵۷	-	هرنیورافی ترمیم فتق کشاله ران با لاپاراسکوپ	اورولوژی
۱	۲۷۸۵	۱۶۷۱	۵۶۰	خارج کردن سنگ حالب به روش بسته TUL	
۲	۴۴۶۰	۲۶۰۰	-	خارج کردن سنگ حالب به روش بسته PCNL	
۲	۴۴۶۰	۲۶۰۰	-	جراحی سنگ کلیه با لیزر به روش بسته	
۱	۱۱۱۵	۹۳۰	۳۷۱	جراحی هیدروسول	
۲	۱۴۸۵	۱۳۰۰	۵۶۰	تراشیدن توده مئانه سرطانی	
۲	۳۷۱۵	۲۴۱۴	۱۳۳۰	تراشیدن پروستات بدون بخیه	
۲	۲۶۰۰	۲۲۳۰	-	خارج کردن پروستات به روش باز خوش خیم	

Δ جدول (۶-۷): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش اورولوژی و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

▲ هزینه‌های خدمات درمانی در بخش پوست، مو و زیبایی

هزینه‌های خدمات درمانی در بخش پوست، مو و زیبایی همان‌طور که مشاهده می‌شود دارای قیمت ارزان ناست. این خدمات ارائه شده در بخش پوست، مو و زیبایی دارای قیمت متوسط و VIP است. بالاترین هزینه خدمات درمانی با ۲۶۵۰- ۴۰۰۰ دلار (قیمت متوسط) مربوط به جراحی لاغری لیپوماتیک (با قیمت VIP ۳۱۰۰-۴۵۰۰ دلار) است. ۱ روز بستری نیز برای جراحی لاغری لیپوماتیک مود نیاز است. بعد از جراحی لاغری لیپوماتیک، لیفت صورت با هزینه ۳۹۶۲ دلار (قیمت متوسط) بالاترین هزینه خدمات درمانی را به خود اختصاص داده است. میزان روز بستری برای لیفت صورت نیز ۱ روز است. همچنین در این بخش پایین‌ترین هزینه خدمات درمانی با ۷۵ دلار (قیمت متوسط) مربوط به میکرودرم (با قیمت VIP ۱۶۵ دلار) است. مزوتراپی، بوتاکس، 1cc Filler و لیزر فرانکشنال CO2. جوانسازی پوست به ترتیب دارای پایین‌ترین هزینه‌ها در این بخش است. کلیه خدمات درمانی ارائه شده در این بخش به ۱ روز بستری نیاز دارند.

تعداد روز بستری	قیمت vip (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت ارزان (دلار)	شرح ارائه خدمات درمانی	فیلد درمانی
۱	۳۰۰	۲۱۵	-	بوتاکس	پوست، مو و زیبایی
۱	۳۵۰	۲۵۶	-	1cc Filler	
۱	۴۵۰۰-۳۱۰۰	۴۰۰۰-۲۶۵۰	-	جراحی لاغری لیپوماتیک	
۱	۲۸۰	۱۹۶	-	مزوتراپی	
۱	۱۵۰۰	۱۲۸۰	-	بلفاروپلاستی تحتانی	
۱	۱۱۰۰	۱۰۱۲	-	بلفاروپلاستی فوقانی	
۱	۴۳۰۰	۳۹۶۲	-	لیفت صورت	
۱	۴۰۰۰	۳۰۹۰	-	پروتز سینه	
۱	۱۵۰۰	۱۱۱۲	-	لیزر کل بدن	
۱	۲۵۰	۲۱۲	-	لیزر فرانتکنال CO2. جوانسازی پوست	
۱	۱۶۵	۷۵	-	میکرودرم	
۱	۶۰۰	۴۷۵	-	تزریق PRP	
۱	۳۵۰۰	۲۶۸۷	-	کاشت مو	
۱	۳۵۰۰	۲۹۰۰-۲۳۰۰	-	رینوپلاستی	

Δ جدول (۸-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش پوست، مو و زیبایی و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

▲ هزینه‌های خدمات درمانی در بخش قلب و عروق

در جدول زیر انواع خدمات درمانی در بخش قلب و عروق با هزینه‌های مربوطه نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود هزینه‌های خدمات درمانی در بخش قلب و عروق دارای هر سه قیمت ارزان، متوسط و VIP است. تعداد روزهای بستری نیز در این بخش از ۷ روز تا یک روز بسته به نوع خدمات درمانی متغیر است. بالاترین هزینه خدمات درمانی با هزینه ۱۲۵۰۰ دلار (قیمت متوسط) مربوط به عمل قلب باز CABG (با قیمت VIP ۱۴۰۰۰ دلار) و بعد از آن تعویض دریچه قلب میکس با هزینه خدمات درمانی ۱۱۵۰۰ دلار (قیمت متوسط) است. پایین‌ترین

هزینه با ۱۷۰۰ دلار (قیمت متوسط) مربوط به آنژیوگرافی (با قیمت VIP ۲۶۰۰ دلار) است. خدمات EPS، پیس دو حفره‌ای، RFA&VT، RFA&AF و پیس تک حفره‌ای و سه حفره‌ای به ترتیب دارای کمترین هزینه‌های خدمات درمانی هستند.

فیلد درمانی	شرح ارائه خدمات درمانی	قیمت ارزان (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت vip (دلار)	تعداد روز بستری
قلب و عروق	آنژیوگرافی	۱۲۰۰	۱۷۰۰	۲۶۰۰	۱
	آنژیوپلاستی یک رگ	۲۳۰۰	۴۰۰۰	۵۶۰۰	۱
	آنژیوپلاستی دو رگ	۴۳۰۰	۵۵۰۰	۷۲۰۰	۱
	آنژیوپلاستی سه رگ	۶۰۰۰	۷۰۰۰	۸۳۰۰	۱
	عمل قلب باز CABG	۱۰۰۰۰	۱۲۵۰۰	۱۴۰۰۰	۷
	تعویض دریچه آئورت AVR	۹۰۰۰	۱۰۵۰۰	۱۲۵۰۰	۷
	تعویض دریچه میترال	۹۰۰۰	۱۰۵۰۰	۱۲۵۰۰	۷
	تعویض دریچه قلب میکس	۹۷۰۰	۱۱۵۰۰	۱۳۰۰۰	۷
	پیس تک حفره‌ای	۱۴۸۵	۲۶۰۰	۴۸۲۸	۱
	پیس دو حفره‌ای	۱۸۵۷	۲۹۷۱	۵۵۷۱	۱
	پیس سه حفره‌ای	۲۲۲۸	۲۹۷۱	۸۵۴۲	۱
	ICD تک حفره‌ای	۳۷۱۵	۴۴۵۷	۶۳۱۴	۱
	ICD دو حفره‌ای	۴۴۵۷	۵۲۰۰	۷۴۲۸	۱
	ICD سه حفره‌ای	۵۲۰۰	۵۹۴۲	۸۵۴۲	۱
	RFA&SVT	۱۸۵۷	۲۶۰۰	۷۴۲۸	۱
	RFA&VT	۱۸۵۷	۲۶۰۰	۸۵۴۲	۱
	RFA&AF	۱۸۵۷	۲۶۰۰	۸۵۴۲	۱
	EPS	۱۱۱۴	۱۸۵۷	۳۷۱۴	۱

Δ جدول (۹-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش قلب و عروق و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

هزینه‌های خدمات درمانی در بخش چشم پزشکی

در بخش چشم‌پزشکی نیز انواع خدمات درمانی ارائه شده به همراه هزینه خدمات درمانی آنها نشان داده شده است. خدمات ارائه شده در این بخش دارای قیمت ارزان نبوده و اغلب دارای قیمت VIP است. تمامی خدمات ارائه شده به میزان ۱ روز بستری نیاز دارد. بالاترین هزینه خدمات درمانی با هزینه ۳۸۵۰ دلار مربوط به ویتراکتومی با دکولمان (قیمت VIP) و پایین‌ترین هزینه با هزینه ۱۱۱۵ دلار مربوط به عمل است. آرتیزان، استرایپسم، فیکولنز، کارگذاری لنز، لنز کتومی، لیزیک هر دو چشم و ... به ترتیب دارای کمترین هزینه خدمات درمانی در بین انواع خدمات ارائه شده در بخش چشم پزشکی را به خود اختصاص داده‌اند.

فیلد درمانی	شرح ارائه خدمات درمانی	قیمت ارزان (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت vip (دلار)	تعداد روز بستری
چشم پزشکی	استرایپسم	-	۱۲۰۰	۱۳۰۰	۱
	ویتراکتومی	-	-	۲۹۵۰	۱
	ویتراکتومی با دکولمان	-	۳۵۳۰	۳۸۵۰	۱
	گلوکوم چشم	-	-	۱۶۷۱	۱
	پتنوز (افتادگی پلک)	-	-	۱۶۰۰	۱
	آرتیزان	-	-	۱۱۹۰	۱
	اسکرال با کلینگ	-	-	۲۲۳۰	۱
	تخلیه روغن سیلیکون	-	-	۱۴۸۵	۱
	تزریق آواستین	-	-	۲۹۷۱	۱
	تزریق روغن سیلیکون	-	-	۱۶۷۱	۱
	فیکولنز	-	-	۱۳۰۰	۱
	فیکو آواستین	-	-	۱۴۱۱	۱
	کارگذاری لنز	-	-	۱۳۰۰	۱
	فیکو گلوکوم	-	-	۲۲۳۰	۱

Δ جدول (۱۰-۶). شرح ارائه خدمات درمانی در بخش چشم پزشکی و هزینه‌های آن

فیلد درمانی	شرح ارائه خدمات درمانی	قیمت ارزان (دلار)	قیمت متوسط (دلار)	قیمت vip (دلار)	تعداد روز بستری
چشم پزشکی	لنزکتومی	-	-	۱۳۰۰	۱
	لیزیک هردو چشم	-	۹۳۰	۱۳۰۰	۱
	کاتاراکت	-	-	۱۳۰۰	۱

△ ادامه جدول (۱۰-۶): شرح ارائه خدمات درمانی در بخش چشم پزشکی و هزینه‌های آن
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

هزینه خدمات درمانی در دیگر کشورهای جهان

بررسی سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد کشورهای مختلف در دنیا به سلامت مردمانشان، دید یکسانی ندارند. هدف اصلی هر نظام سلامت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است، اما در کنار آن می‌توان ارتقای امید به زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه و همچنین محافظت مالی در برابر هزینه‌های بیماری را نیز تأمین کرد. خدمات درمانی، از جمله بخش‌هایی در هر کشور است که هر قدر برایش بودجه در نظر بگیرند، باز هم کم است. با این حال هستند کشورهایی که با هزینه‌های محدود، بهترین بیمه‌ها و خدمات درمانی را به مردم کشورشان ارائه می‌کنند. در این بخش هزینه خدمات درمانی در کشورهایی از جمله مکزیک، اردن، کره جنوبی، کاستاریکا، ایالات متحده آمریکا، هند، کلمبیا و ... نشان داده شده است. هزینه خدمات درمانی در کشورهای مذکور به شرح زیر است:

- عمل قلب: بالاترین هزینه درمان برای عمل قلب در ایالات متحده آمریکا با ۱۲۳۰۰۰ دلار است، در حالی که پایین‌ترین هزینه برای عمل قلب در کشور هند با ۷۹۰۰ دلار است؛

- عمل باز کردن رگ: عمل باز کردن رگ در ایالات متحده آمریکا با هزینه‌ای معادل ۲۶۲۰۰ دلار صورت گرفته در حالی که در تایلند این عمل با کمترین هزینه معادل ۴۲۰۰ دلار انجام می‌یابد.

- تعویض دریچه قلب: بالاترین هزینه درمان مربوط به ایالات متحده آمریکا با ۱۷۰۰۰۰ دلار و پایین‌ترین هزینه مربوط به کشور هند با ۹۵۰۰ دلار است.

- تعویض مفصل: بالاترین هزینه درمان تعویض مفصل مربوط به ایالات متحده آمریکا یا ۴۰۳۶۴ دلار و پایین‌ترین هزینه آن، مربوط به کشور هلند با ۵۵۰۰ دلار است.

- تعویض زانو: همانند موارد ذکر شده در این مورد نیز بالاترین هزینه مربوط به ایالات متحده آمریکا با ۳۵۰۰۰ دلار و پایین‌ترین هزینه مربوط به کشور ویتنام با ۶۰۰۰ دلار است.

- بای پس معده: بالاترین هزینه درمان تعویض مفصل مربوط به ایالات متحده آمریکا با ۲۵۰۰۰ دلار و پایین‌ترین هزینه آن، مربوط به کشور اردن با ۷۵۰۰ دلار است. در کشور ایران هزینه درمانی بای پس معده با قیمت ارزان ۹۵۰۰ دلار، قیمت متوسط ۱۱۸۰۰ دلار و با قیمت VIP ۱۳۲۰۰ دلار است.

- عمل لیزیک: بالاترین هزینه درمان عمل لیزیک مربوط به ایالات متحده آمریکا با ۴۰۰۰ دلار و پایین‌ترین هزینه آن، مربوط به کشور هند با ۱۰۰۰ دلار است. در کشور ایران هزینه درمانی عمل لیزیک با قیمت متوسط ۹۳۰ دلار و با قیمت VIP ۱۳۰۰ دلار انجام می‌گیرد.

- عمل کاتاراکت: بالاترین هزینه درمان کاتاراکت مربوط به اسرائیل با ۳۷۰۰ دلار و پایین‌ترین هزینه آن، مربوط به کشور هند با ۱۵۰۰ دلار است. در کشور ایران هزینه خدمات درمانی عمل کاتاراکت با قیمت VIP ۱۳۰۰ دلار انجام می‌گیرد.

- برداشتن رحم: بالاترین هزینه درمان برداشتن رحم مربوط به ایالات متحده آمریکا با ۱۵۴۰۰ دلار و پایین‌ترین هزینه آن، مربوط به کشور هلند با ۲۲۰۰ دلار است. در کشور ایران هزینه خدمات درمانی عمل برداشتن رحم با لاپاراسکوپ با قیمت VIP ۸۰۰۰ دلار و برداشتن رحم عمل باز با قیمت VIP ۵۶۰۰ دلار انجام می‌گیرد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود در تمامی خدمات ارائه شده در کشورهای دنیا، بالاترین هزینه‌های درمان مربوط به ایالات متحده آمریکا بوده و کشورهای هند، مالزی، ویتنام، اردن و ... پایین‌ترین هزینه‌های درمان را به خود اختصاص داده بودند. کشور هند در عمل قلب، تعویض دریچه قلب، تعویض مفصل زانو، بای پس معده، کوچکتر کردن شکم، عمل لیزیک، کاتاراکت، قرنیه و عمل باروری دارای حداقل هزینه است. ویتنام

در جراحی پوست شکم و جراحی بینی دارای کمترین هزینه درمان است. جراحی رینوپلاستی بینی در ایران با قیمت VIP ۲۴۵۰ دلار انجام می‌گیرد.

نوع درمان	ایالات متحده امریکا	کاستاریکا	کلمبیا	هند	اردن	کره جنوبی	مکزیک
عمل قلب	۱۲۳۰۰۰	۲۷۰۰۰	۱۴۸۰۰	۷۹۰۰	۱۴۴۰۰	۲۶۰۰۰	۲۷۰۰۰
باز کردن رگ	۲۶۲۰۰	۱۳۶۰۰	۷۱۰۰	۵۷۰۰	۵۰۰۰	۱۷۷۰۰	۱۰۴۰۰
تعویض دریچه قلب	۱۷۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱۰۴۵۰	۹۵۰۰	۱۴۴۰۰	۳۹۹۰۰	۲۸۲۰۰
تعویض مفصل	۴۰۳۶۴	۱۳۶۰۰	۸۴۰۰	۷۲۰۰	۸۰۰۰	۲۱۰۰۰	۱۳۵۰۰
تعویض زانو	۳۵۰۰۰	۱۲۵۰۰	۷۲۰۰	۶۶۰۰	۹۵۰۰	۱۷۵۰۰	۱۲۹۰۰
ستون فقرات	۱۱۰۰۰۰	۱۵۷۰۰	۱۴۵۰۰	۱۰۳۰۰	۱۰۰۰۰	۱۶۹۰۰	۱۵۴۰۰
ایمپلنت دندان	۲۵۰۰	۶۰۰	۱۲۰۰	۹۰۰	۹۰۰	۱۳۵۰	۹۰۰
باریکتر کردن دهانه معده	۱۴۰۰۰	۹۴۵۰	۸۵۰۰	۵۷۳۰۰	۷۰۰۰	۱۰۲۰۰	۶۵۰۰
کوچکتر کردن شکم	۱۶۵۰۰	۱۱۵۰۰	۱۱۲۰۰	۵۶۰۰۰	۷۵۰۰	۹۹۵۰	۶۹۰۰
بای پس معده	۲۵۰۰۰	۱۲۹۰۰	۱۲۲۰۰	۷۰۰۰	۷۵۰۰	۱۰۹۰۰	۱۱۵۰۰
براشتن رحم	۱۵۴۰۰	۶۹۰۰	۲۹۰۰	۳۲۰۰	۶۶۰۰	۱۰۴۰۰	۴۵۰۰
افزایش سایز سینه	۶۴۰۰	۳۵۰۰	۲۵۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۳۶۰۰	۳۸۰۰
جراحی بینی	۶۵۰۰	۳۶۰۰	۴۵۰۰	۲۴۰۰	۲۹۰۰	۳۹۸۰	۳۶۰۰
جراحی پوست صورت	۱۱۰۰۰	۴۵۰۰	۴۰۰۰	۳۵۰۰	۳۹۵۰	۶۰۰۰	۴۹۰۰
تخلیه چربی	۵۵۰۰	۲۸۰۰	۲۵۰۰	۲۶۰۰	۱۴۰۰	۲۹۰۰	۳۰۰۰
جراحی پوست شکم	۶۰۰۰	۵۰۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۴۲۰۰	۵۰۰۰	۴۵۰۰
عمل لیزیک	۴۰۰۰	۲۴۰۰	۲۴۰۰	۲۴۰۰	۱۰۰۰	۴۹۰۰	۴۹۰۰
عمل قرنیه	۱۷۵۰۰	۹۸۰۰	-	۲۸۰۰	۵۰۰۰	-	-
کاتاراکت	۳۵۰۰	۱۷۰۰	۱۶۰۰	۱۵۰۰	۲۴۰۰	-	۲۱۰۰
عمل باروری	۱۲۴۰۰	-	۵۴۵۰	۲۵۰۰	۵۰۰۰	۷۹۰۰	۵۰۰۰

Δ جدول (۱۱-۶): هزینه خدمات درمانی در سایر کشورها در سال ۲۰۱۵
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

نوع درمان	اسرائیل	تایلند	ویتنام	مالزی	هلند	سنگاپور	ترکیه
عمل قلب	۲۸۰۰۰	۱۵۰۰۰	-	۱۲۱۰۰	۱۴۰۰۰	۱۷۲۰۰	۱۳۹۰۰
باز کردن رگ	۷۵۰۰	۴۲۰۰	-	۶۰۰۰	۵۳۰۰	۱۳۴۰۰	۴۶۰۰
تعویض دریچه قلب	۲۶۵۰۰	۱۷۲۰۰	-	۱۳۵۰۰	۱۹۰۰۰	۱۵۹۰۰	۱۷۲۰۰
تعویض مفصل	۳۶۰۰۰	۱۷۰۰۰	۹۲۵۰	۶۰۰۰	۵۵۰۰	۱۳۹۰۰	۱۳۹۰۰
تعویض زانو	۲۵۰۰۰	۱۴۰۰۰	۶۰۰۰	۷۷۰۰	۶۲۰۰	۱۶۰۰۰	۱۰۴۰۰
ستون فقرات	۳۳۶۰۰	۹۵۰۰	۶۱۵۰	۶۰۰۰	۶۲۰۰	۱۲۶۰۰	۱۵۶۰۰
ایمپلنت دندان	۱۲۰۰	۱۷۲۰	-	۱۵۰۰	۹۲۵	۲۷۰۰	۱۱۰۰
باریکتر کردن دهانه معده	۳۷۳۰۰	۱۱۵۰۰	-	۸۱۵۰	۶۷۰۰	۹۲۰۰	۸۶۰۰
کوچکتر کردن شکم	۲۰۰۰۰	۹۹۰۰	-	۶۴۰۰	۹۴۰۰	۱۱۵۰۰	۱۲۹۰۰
بای پس معده	۲۴۰۰۰	۱۶۸۰۰	-	۹۹۰۰	۹۷۵۰	۱۳۷۰۰	۱۳۶۰۰
براشتن رحم	۱۴۵۰۰	۳۶۵۰	-	۴۲۰۰	۲۲۰۰	۱۰۴۰۰	۷۰۰۰
افزایش سایز سینه	۳۸۰۰	۳۵۰۰	۴۰۰۰	۳۶۰۰	۳۹۰۰	۸۴۰۰	۴۵۰۰
جراحی بینی	۴۶۰۰	۳۳۰۰	۲۱۰۰	۲۲۰۰	۲۵۰۰	۲۲۰۰	۳۱۰۰
جراحی پوست صورت	۵۶۰۰	۳۹۵۰	۴۱۵۰	۳۵۵۰	۴۰۰۰	۴۴۰۰	۶۷۰۰
تخلیه چربی	۲۵۰۰	۲۵۰۰	۳۰۰۰	۲۵۰۰	۱۸۰۰	۲۹۰۰	۳۰۰۰
جراحی پوست شکم	۱۰۹۰۰	۵۳۰۰	۳۰۰۰	۳۹۰۰	۳۵۵۰	۴۶۵۰	۴۰۰۰
عمل لیزیک	۳۶۰۰	۲۳۱۰	۱۷۲۰	۳۴۵۰	۱۶۵۰	۳۶۰۰	۱۷۰۰
عمل قرنیه	-	۳۶۰۰۰	-	-	-	۹۰۰۰	۷۰۰۰
کاتاراکت	۳۷۰۰	۱۸۰۰	-	۳۰۰۰	۷۵۰	۳۲۵۰	۱۶۰۰
عمل باروری	۵۵۰۰	۴۱۰۰	-	۵۹۰۰	۴۹۰۰	۱۴۹۰۰	۵۲۰۰

ادامه جدول (۱۱-۶): ادامه هزینه خدمات درمانی در سایر کشورها در سال ۲۰۱۵
منبع: آژانس خدمات مسافرتی تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵

بررسی مقایسه‌ای کارآمدترین سیستم‌های بهداشتی جهان در

سال ۲۰۱۴

در مطالعه‌ای که توسط سایت اقتصادی بلومبرگ منتشر یافته است، ۴۸ کشور جهان که دارای جمعیتی با حداقل ۵ میلیون، امید به زندگی با حداقل ۷۰ سال و تولید

ناخالص داخلی با سرانهٔ بیش از ۵۰۰۰ دلار داشته‌اند. از نظر کارایی سیستم بهداشتی در سه معیار مورد مقایسه قرار گرفته و ایران با یک رتبه بالاتر از امریکا، در مکان ۴۵ قرار گرفته است. البته باید توجه داشت که این داده‌ها لزوماً بهترین سیستم بهداشتی و درمان جهان را نشان نمی‌دهند و تنها به‌عنوان وسیله‌ای برای اندازه‌گیری کیفیت کلی نسبت به هزینهٔ اختصاص داده شده باید در نظر گرفته شود.

طبق متد مورد استفاده ذکر شده کشورهایی که دارای جمعیتی حداقل ۵ میلیون، امید به زندگی حداقل ۷۰ سال و تولید ناخالص داخلی با سرانه حداقل ۵۰۰۰ دلار داشته‌اند تنها در سه معیار مورد مقایسه قرار گرفتند. این سه معیار شامل امید به زندگی (با وزن دهی ۶۰ درصد)، هزینهٔ سرانهٔ نسبی مراقبت بهداشتی (۳۰ درصد) و هزینهٔ سرانهٔ مطلق بهداشتی (۱۰ درصد) بود. سپس کشورها بر اساس هر معیار امتیاز گرفته، به امتیازها وزن داده شد و در پایان جمع حاصله برای تعیین کارایی آنها به کار گرفته شد. هزینهٔ سرانهٔ نسبی شامل هزینهٔ سرانه‌ای بود که درصدی از تولید ناخالص داخلی (GDP) برای هر فرد را تشکیل می‌دهد. هزینهٔ مطلق شامل کل مخارج بهداشتی بود که خدمات پیش گیرانه و درمانی، تنظیم خانواده و اقدامات تغذیه‌ای و اورژانس را در بر می‌گرفت. بنابر اطلاعات به‌دست آمده سه کشور هنگ کنگ، سنگاپور و ژاپن به ترتیب در مقام‌های اول تا سوم این جدول قرار گرفته‌اند و اسپانیا، ایتالیا، استرالیا، کرهٔ جنوبی، سوئیس و سوئد رتبه‌های پنجم تا دهم را کسب کرده‌اند. پنج کشور انتهایی جدول نیز به ترتیب شامل ترکیه (۴۴)، ایران، ایالات متحده، صربستان و برزیل بودند.

در حالیکه سوئیس (۹۱۲۱ دلار)، ایالات متحده (۸۶۰۸ دلار)، دانمارک (۶۶۴۸ دلار)، هلند (۵۹۹۵ دلار)، استرالیا (۵۹۳۹ دلار)، کانادا (۵۶۳۰ دلار)، سوئد (۵۳۳۱ دلار)، و اتریش (۵۲۸۰ دلار)، بیشترین هزینه را برای خدمات بهداشتی هر نفر هزینه می‌کنند (که کمترین مبلغ بیش از ۵۰۰۰ دلار بوده)، کشورهای تایلند (۲۰۲ دلار)، الجزایر (۲۲۵ دلار)، چین (۲۷۸ دلار)، پرو (۲۸۹ دلار)، جمهوری دمنیکن (۲۹۶ دلار)، اکوادور (۳۳۲ دلار)، مالزی (۳۴۶ دلار)، ایران (۳۴۶ دلار)، لیبی (۳۹۸ دلار) و کلمبیا (۴۳۲ دلار) هیچیک بیش از ۵۰۰ دلار به ازای هر فرد به هزینه‌های بهداشتی برای هر فرد اختصاص ندادند. از سویی دیگر در مقایسه با دیگر کشورها، ایالات متحده بیشترین (۱۷/۲) سهم را از تولید ناخالص داخلی خود را برای بهداشت هزینه می‌کند و یونان که به‌دلیل شرایط بد اقتصادی به همراه هلند با ۱۳٪ از GDP

در رتبه دوم هزینه نمودن برای بهداشت قرار می‌گیرد. کشورهای فرانسه (۱۲٪/۵)، صربستان (۱۲٪)، دانمارک (۱۱٫۸٪)، آلمان (۱۱٪/۷)، و سوئیس (۱۱٪/۵) به ترتیب سهم بهداشت از تولید ناخالص داخلی را معین کرده‌اند.

همچنین اگرچه هنگ کنگ به‌عنوان آزادترین نظام اقتصادی جهان به حساب می‌آید، سیستم بهداشتی آن از مشارکت عمده دولت سود می‌برد و خدمات پزشکی دولتی سنگ بنای نظام بهداشتی را تشکیل می‌دهد. بیمارستان‌های دولتی ۹۰ درصد از خدمات منجر به بستری را انجام می‌دهند در حالیکه تسهیلات خصوصی بسیاری نیز وجود دارند که عمدتاً توسط ثروتمندان مورد استفاده قرار می‌گیرند. این در حالیست که تمامی هزینه‌های که دولت هنگ کنگ برای سیستم بهداشتی و درمانی هزینه می‌کند تنها سهم کوچکی (سرانه‌ای برابر با ۳/۸ درصد از GDP) از اقتصاد پرتکاپوی آن کشور را به خود اختصاص داده است و سومین رتبه را از میان کمترین هزینه‌ها داراست اما دارای کاراترین سیستم بهداشتی درمانی در این بررسی بوده است. از طرفی دیگر هزینه کردن بیشتر به تنهایی حاکی از کارایی مطلوب‌تر برای کشورهایی مانند امریکا نبوده و آن را در رتبه ۴۶ جدول قرار داده است اما هزینه‌های پایینتر به همراه کارایی بالاتر سیستم بهداشتی بوده که برای برخی کشورها از جمله هنگ کنگ که سهم کوچکی از GDP را (۳/۸٪/یا مبلغی حدود ۱۴۰۰ دلار) را به خود اختصاص داده، نه تنها رتبه‌های بالاتری را برای آنها به ارمغان آورده بلکه رضایت گیرندگان خدمت را در پی داشته است.

رتبه	کشور	کارایی	امید به زندگی	درصدی از تولید ناخالص داخلی (سرانه)	سرانه هزینه درمان و پیشگیری
۱	هنگ کنگ	۹۲/۶	۸۳/۴	۳/۸۰	۱۴۰۹\$
۲	سنگاپور	۸۱/۹	۸۱/۹	۴/۴	۲۲۸۶\$
۳	ژاپن	۷۴/۱	۸۲/۶	۸/۵	۳۹۵۸\$
۴۴	ترکیه	۳۳/۴	۷۳/۹	۶/۵	۶۹۶\$
۴۵	ایران	۳۱/۵	۷۳	۵/۱	۳۴۶\$
۴۶	ایالات متحده	۳۰/۸	۷۸/۶	۱۷/۲	۸۶۰۸\$
۴۷	سیبری	۲۷/۲	۷۴/۶	۱۲	۶۲۲\$
۴۸	برزیل	۱۷/۴	۷۳/۴	۹/۸۰	۱۱۲۱\$

Δ جدول (۱۲-۶): بررسی مقایسه‌ای کارآمدترین سیستم‌های بهداشتی جهان در سال ۲۰۱۴

فصل هفتم: قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه گردشگری سلامت

مقدمه

باتوجه به این امر که سازمان تأمین اجتماعی دارای قابلیت‌های فراوانی در زمینه خدمات بیمارستانی و درمانگاهی است، لذا در این بخش درصدد بررسی پیش‌نیازها، الزامات و راهکارهای مشارکت سازمان تأمین اجتماعی در بخش گردشگری سلامت هستیم که از این طریق هم برای کشور ارزآوری خواهد داشت و هم اینکه به توازن بودجه سازمان تأمین اجتماعی (که در طول سالیان اخیر مصارف سازمان از منابع آن پیشی گرفته است) خواهد انجامید.

تجزیه و تحلیل استراتژیک و روش SWOT

روش تجزیه و تحلیل SWOT، یکی از چندین ابزار مورد استفاده در برنامه‌ریزی استراتژیک است که توسط سازمان‌های بسیاری برای کسب اطمینان از اینکه آیا اهداف به روشنی تعریف شده‌اند و تمامی عوامل مرتبط با این اهداف، چه مثبت و چه منفی، شناسایی شده‌اند، به کار گرفته شده است (هریسون و کارون، ۱۳۸۲، ص ۱۹۲).

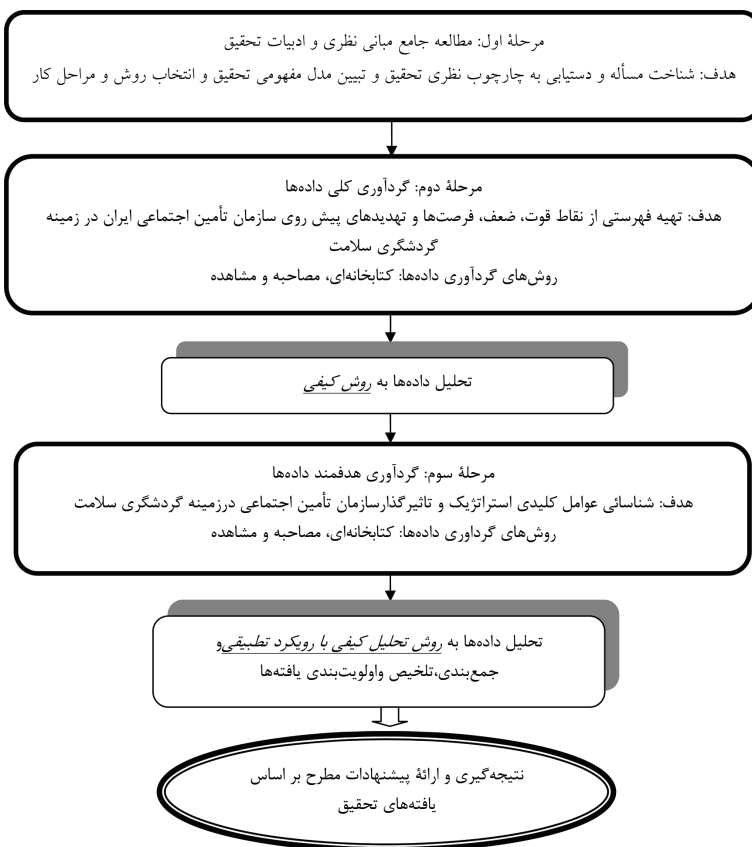
SWOT ابزار تحلیلی مفیدی است که به شکل نظام یافته، هر دو تحلیل فوق را در خود جای داده است و از این طریق فهرستی از عوامل کلیدی استراتژیک شامل قوت‌ها و ضعف‌های درونی و فرصت‌ها و تهدیدات بیرونی را در یک ماتریس اولیه، که به آن لیست پروفایل SWOT نیز گفته می‌شود، ارائه می‌کند که هدف آن کمک به ترسیم روشن جایگاه فعلی سازمان است. در مرحله بعد از طریق تطابق عوامل چهارگانه فوق، با ارائه ماتریس نهایی، استراتژی‌های متناسب با موقعیت کنونی سازمان را منعکس می‌سازد.

مقصود از فرصت‌ها و تهدیدهای خارجی، رویدادها و روندهای موجود در محیط خارجی سازمان است که می‌توانند در آینده به میزان زیادی به سازمان منفعت یا زیان برسانند. فرصت‌ها و تهدیدها، خارج از کنترل یک سازمان بوده و از این رو به عوامل خارجی یا برون سازمانی تعبیر می‌شوند. از سویی دیگر نقاط قوت و ضعف

داخلی در زمرهٔ فعالیت‌های درون سازمانی و قابل کنترل قرار گرفته و ممکن است سازمان آن‌ها را به نحوی مطلوب و ایده‌آل و یا به شکلی ضعیف انجام داده و مدیریت نماید (Vaidyanathan and Sabbaghi, ۲۰۱۱, pp. ۲۳۹-۲۴۰).

تشریح مراحل تحقیق

مراحل پژوهش حاضر در نمودار (۷-۱) نشان داده شده است.



△ نمودار (۷-۱): مراحل تحقیق
منبع: یافته‌های تحقیق

در راستای پاسخ به سوال اصلی تحقیق، پس از مطالعه مبانی نظری موضوع تحقیق و دستیابی به چهارچوب نظری و مدل مفهومی تحقیق، در مرحله بعدی با بررسی مطالعات نظری و تحقیقات انجام گرفته در حوزه گردشگری سلامت سازمان تأمین اجتماعی و با بهره‌گیری از نقطه نظرات صاحب‌نظران مسائل پیرامون این سازمان از منابع مختلف داده‌های مورد نیاز، گردآوری شد.

در مرحله بعد، به‌منظور شناسایی و معرفی عوامل کلیدی استراتژیک پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه گردشگری سلامت، تمامی تحقیقات و مطالعات و اظهار نظرهای کارشناسی در منابع مختلف که حاوی نقاط ضعف و قوت و فرصت‌ها و تهدیدات پیش روی سازمان که در ارتباط مستقیم با «گردشگری سلامت و عوامل کلیدی توسعه این صنعت» بودند شناسایی شدند. سپس داده‌های حاصل از پژوهش به روش کیفی و با رویکردی تطبیقی مورد تحلیل قرار گرفت و با جمع‌بندی، تلخیص و اولویت‌بندی یافته‌ها، فهرست نهایی عوامل کلیدی استراتژیک، در ماتریسی تحت عنوان ماتریس اولیه SWOT سازمان تأمین اجتماعی به شکل زیر خلاصه گردید که به‌عنوان نتیجه نهایی تحقیق حاضر، در جدول (۱-۷) و (۲-۷) ارائه می‌گردد.

بنابراین به‌منظور درک مناسب‌تر وضعیت گردشگری سلامت، تجزیه و تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی گردشگری سلامت صورت می‌پذیرد. نقاط قوت و ضعف به عوامل و نظام‌های موجود در درون سازمان تأمین اجتماعی ایران نظیر ویژگی‌های سیستم خدمات درمانی، بیمه‌ای، گردشگری و غیره است. فرصت و تهدیدها نیز به عوامل و روندهای موجود در بازار گردشگری سلامت در خارج از محیط درونی سازمان تأمین اجتماعی مرتبط هستند. به عبارتی عوامل قابل کنترل توسط سازمان برای اثرگذاری بر توسعه گردشگری سلامت در قلمرو نقاط قوت و ضعف و عوامل غیرقابل کنترل توسط سازمان تأمین اجتماعی در زمره فرصت و تهدیدها آورده شده است.

بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات پیش روی سازمان تأمین اجتماعی

در این بخش به بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات پیش روی سازمان تأمین اجتماعی پرداخته می‌شود.

<p>فرصت‌ها (O)</p> <p>تعرفه پایین‌تر اعمال جراحی در ایران نسبت به اکثر کشورهای پیشرفته ارزآوری بیشتر در صنعت گردشگری سلامت نسبت به گردشگری انبوه نزدیکی به حوزه کشورهای خلیج فارس و همسایگی با کشورهای افغانستان، پاکستان و عراق و برخی از کشورهای عربی (که به لحاظ دریافت خدمات مطلوب پزشکی به سایر کشورها نیازمندند) کمبود عرضه سیستم در خدمات درمانی کشورهای منطقه افزایش توجه دولت به برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری سلامت افزایش تعداد ورود گردشگران کشورهای اروپایی به کشور در اثر بهبود روابط خارجی ایران وجود اماکن و شهرهای مذهبی در ایران به‌عنوان عوامل جذب‌کننده مذهبی الزام قانونی وزارت بهداشت به توسعه گردشگری سلامت در ایران</p>	<p>عوامل خارجی External (factors)</p>
<p>تهدیدات (T)</p> <p>ورود دلان‌ان غیر قانونی و مافیای قدرت در بحث گردشگری سلامت عدم وجود متولی مشخص به‌منظور برنامه‌ریزی و ایجاد هماهنگی‌های لازم میان سازمان‌ها و نهادهای مسئول فقدان قوانین مشخص و مؤثر در زمینه سهولت در تردد و پذیرش گردشگران سلامت نبود استراتژی‌های مدون و اثر بخش در زمینه توسعه گردشگری سلامت نبود تبلیغات و بازاریابی هدفمند در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی برنامه‌ریزی‌های دقیق و سرمایه‌گذاری کلان رقبای فعلی (تایلند، سنگاپور، هند، مالزی و فیلیپین) جهت افزایش و حفظ سهم بازاری خود تنش‌های ایجاد شده سیاسی در منطقه با کشورهای عربی مطرح شدن برخی مقاصد گردشگری سلامت نظیر لبنان، عربستان، بحرین و امارات متحده عربی فقدان استراتژی و تولید مشخص گردشگری سلامت در سطوح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای عدم دستیابی به جدیدترین تجهیزات پزشکی روز دنیا در نتیجه تحریم‌های اقتصادی</p>	

Δ جدول (۷-۱): ماتریس SWOT (عوامل کلیدی استراتژیک) سازمان تأمین اجتماعی ایران در زمینه گردشگری سلامت (فرصت‌ها و تهدیدات)
 منبع: یافته‌های تحقیق

<p>قوت‌ها (S)</p> <p>قابل رقابت بودن هزینه دریافت خدمات درمانی مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی نسبت به مراکز درمانی خصوصی با تعرفه دولتی</p> <p>توجه سازمان به سرمایه‌گذاری در صنعت گردشگری (ایجاد هلدینگ گردشگری هگتا)</p> <p>وجود تعداد زیادی از پزشکان متخصص سازمان در تخصص‌های متنوع در سراسر کشور</p> <p>دارا بودن تعداد زیادی از مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور</p> <p>وجود مراکز اقامتی ملکی سازمان (هتل های سازمان) در بعضی از استان های کشور</p>	<p>عوامل داخلی (Internal factors)</p>
<p>ضعف‌ها (W)</p> <p>فقدان برنامه‌هایی منسجم و هدفمند به منظور بهره‌مندی از حضور گردشگران درمانی در سازمان تأمین اجتماعی</p> <p>تسلط کم ارائه‌دهندگان خدمت (پزشکان، پرستاران و ...) به زبان‌های بین‌المللی در کادر درمانی سازمان</p> <p>نبود سایت‌های چند زبانه در خصوص معرفی قابلیت‌ها و امکانات مراکز درمانی و بیمارستان‌ها سازمان</p> <p>نبود استانداردهای بین‌المللی معتبر نظیر JCI در بیمارستان‌های سازمان</p> <p>عدم وجود بازاریابی در سازمان برای جذب گردشگران سلامت از سایر کشورها</p> <p>نبود شاخص خطای درمانی در ایران</p> <p>کمبود و ضعف نهادهای بازاریاب</p> <p>فقدان تحقیقات بازاریابی خارجی</p> <p>شناخت ناکافی از بازارهای هدف</p> <p>فقدان سیستم‌های یکپارچه مدیریت اطلاعات</p> <p>فقدان بیمه گردشگری پزشکی</p> <p>عدم پذیرش پوشش بیمه‌ای گردشگران پزشکی</p> <p>کمبود زیرساخت‌ها شامل زیرساخت‌های ارتباطی، زیرساخت‌های آموزش کادر حرفه‌ای گردشگری سلامت، زیرساخت‌های تأسیسات و تجهیزات درمانی و پزشکی و ...</p> <p>ضعف در مدیریت فرایند و طراحی بسته‌های خدمتی استاندارد قابل ارائه به گردشگران سلامت</p>	

Δ جدول (۲-۷): ماتریس SWOT (عوامل کلیدی استراتژیک) سازمان تأمین اجتماعی ایران در زمینه گردشگری سلامت (ضعف و قوت‌ها)
منبع: یافته‌های تحقیق

فصل هشتم: شناسایی بازارهای هدف پیش روی سازمان در زمینه گردشگری سلامت

مقدمه

در این بخش ضمن شناسایی بازارهای هدف پیش روی سازمان در زمینه گردشگری سلامت و چالش‌های جذب گردشگر، با بررسی عوامل محیطی سازمان گردشگری، استراتژی‌های ورود و راهکارهای مؤثر جهت اجرا و پیاده‌سازی صنعت گردشگری سلامت در سازمان تأمین اجتماعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در پایان، پیشنهادات ارائه شده در حوزه گردشگری سلامت در راستای تقویت نقاط ضعف موجود سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌گردد.

شناسایی بازارهای هدف پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در زمینه گردشگری سلامت

بازارهای هدف پیش روی سازمان در زمینه گردشگری سلامت به شرح زیر است:

- بازارهای کشورهای تازه استقلال یافته آسیای مرکزی؛
- عراق؛
- افغانستان؛
- پاکستان؛
- عمان؛
- بحرین.

افرادی که به‌عنوان گردشگر سلامت در جهان شناخته می‌شوند را می‌توان به سه گروه تقسیم‌بندی کرد. گروه اول کسانی هستند که در منطقه زندگی خود هیچ‌گونه خدمات درمانی ندارند یا اینکه در دسترس همگان نیست. گروه دوم هم ساکنان کشورهایی هستند که خدمات پزشکی در سطح استانداردهای جهانی برای آنها انجام

نمی‌شود و آنها نیازمند دریافت خدمات بهتر به ناچار بار سفر می‌بندند و در نهایت آخرین گروه، ساکنان کشورهای بسیار پیشرفته هستند که خدمات در بالاترین سطوح در زادگاهشان وجود دارد اما هزینه آن بسیار بالاست که آنها را راهی بیمارستان‌های دیگر کشورها می‌کند. با کمی دقت در منطقه خاورمیانه و کشورهای اطراف ایران در می‌یابیم که کشورهای اطراف مثل عراق، افغانستان، جمهوری آذربایجان و حاشیه جنوبی خلیج فارس نیازمند دریافت خدمات درمانی هستند و چون در این کشورها زیرساخت‌های خدمات درمانی مناسب نیست یا اصلاً وجود ندارد، بازار هدفی بسیار مناسب و پرمقتضی برای ایران بوده که باید از این فرصت و ظرفیت استفاده شود.

مهمترین چالش‌های موجود در زمینه جذب گردشگر سلامت



گردشگری سلامت با چالش‌هایی که به تبعیت از شرایط کلی کشور به وجود آمده، مواجه است. چالش‌های پیش روی گردشگری سلامت به شرح زیر است.

- فقدان استراتژی و تولید مشخص گردشگری سلامت در سطوح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای؛ علی‌رغم مطرح شدن مقوله گردشگری در قوانین جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان یکی از ارکان نیل به توسعه اقتصادی، سهم و جایگاه این بخش در اقتصاد کشور به‌طور کامل مشخص نیست و فاقد استراتژی بلندمدت مشخص در مواجهه با متقاضیان داخلی و خارجی گردشگری است. گردشگری سلامت در ایران دارای بیش از ۶۰ نهاد و سازمان ذی‌نفع است که تمامی آن‌ها بر اساس وظایف و اختیارات سازمانی خود در حیطه گردشگری و گردشگری سلامت، مدعی مشارکت در مدیریت بوده و در مقابل پاسخگویی مناسبی ندارند؛

- فقدان شاخص خطای درمانی در ایران: در ابتدا باید این توضیح داده شود که خطای درمانی با خطای پزشکی فرق می‌کند و متأسفانه خطای درمانی (مثلاً اگر کسی در بیمارستان دچار عفونت شود یا کسی در بیمارستان دچار لخته خون شود و ...) در تمام کشورهای جهان بسیار وسیع رخ می‌دهد و آمار خطای درمانی بسیار گسترده است و فقط منوط به ایران نمی‌شود. در کشور ما نیز مطالعات وسیعی در این حوزه انجام نشده است. بنابراین باید راه‌های پیش‌گیرانه را لحاظ کرد تا حتی یک مورد خطای درمانی یا خطای پزشکی صورت نگیرد. عمده خطاها در بیمارستان‌ها، خطای درمانی

است که با ارتقای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها می‌توان به کاهش این خطا منجر شد. اعتباربخشی بیمارستانی به معنای امتیاز دادن به بیمارستان‌ها است و در گذشته ایمنی بیمار در اعتباربخشی‌ها بسیار کم دیده می‌شد؛

- تحریم‌های اقتصادی و عدم دستیابی به تجهیزات روز پزشکی؛ صنعت داروسازی کشور طی چند سال گذشته که تحریم‌ها افزایش یافت با هزینه‌های سرسام‌آوری مواجه شد. دسترسی خود را به اعتبارات بین‌المللی از دست داد و مجبور شد به صورت نقدی هزینه‌های دارو، مواد اولیه و تجهیزات پزشکی را پرداخت کند. با رفع تحریم‌ها به شبکه بین‌المللی بانکی متصل شده و به این ترتیب صنعت تولید دارو و تجهیزات و شرکت‌های واردکننده می‌توانند بدون هزینه اضافه و گاهی حتی با یوزانس (خرید اعتبار و نسیه) یکساله کالای مورد نیاز خود را خریداری کنند. بطور قطع رفع تحریم‌ها و باز شدن مسیر بانک‌های بین‌المللی برای شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ایران راهگشا خواهد بود و نه تنها داروها و تجهیزات وارداتی ارزان می‌شود بلکه حتی داروهای ایرانی که برای تهیه آنها از مواد اولیه خارجی استفاده می‌شود نیز کاهش قیمت خواهند داشت؛

- فقدان نظام جامع گردشگری سلامت، تعریف و تدوین قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها؛

- کمبود زیرساخت‌ها شامل زیرساخت‌های ارتباطی، زیرساخت‌های آموزش کادر حرفه‌ای گردشگری سلامت، زیرساخت‌های تأسیسات و تجهیزات درمانی و پزشکی، زیرساخت‌های خدمات رفاهی و اقامتی گردشگران سلامت و همراهان آنها، زیرساخت‌های حقوقی و قانونی؛

- نبود سیستم نظارتی مدون و قدرتمند؛ کیفیت متفاوت مراکز دولتی و خصوصی به ویژه در بخش کیفیت خدمتی و ضعف و نقص در سیستم اعتباربخشی؛

- ضعف در مدیریت فرایند و طراحی بسته‌های خدمتی استاندارد قابل ارائه به گردشگران سلامت از قبیل قیمت نامشخص خدمات به ویژه در بخش خصوصی، عدم وجود برنامه و سیستم مدون برای پزشکی جایگزین، سنتی و گیاهی و فقدان بیمه گردشگری پزشکی، عدم پذیرش پوشش بیمه‌ای گردشگران پزشکی؛

- فقدان حمایت لازم بخش خصوصی از سوی دولت؛ عدم تعریف و تبیین جایگاه بخش خصوصی و به کارگیری پتانسیل‌های فراوان آن، تمایل به دولتی کردن موضوع

علی‌رغم تجارب ناموفق قبلی و ایفای نقش ضعیف بیمارستان‌های خصوصی و انجمن‌های صنفی؛

- فقدان سیستم‌های یکپارچه مدیریت اطلاعات، فقدان و تأخیر در ایجاد نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران سلامت و فقدان اطلاعات زیرساختی و اولیه بیمارستان‌ها؛

- فقدان نظام بازاریابی مشخص، وجود دلال‌ها و واسطه‌ها همراه با ارائه خدمات نامناسب با قیمت‌های متفاوت، کمبود و ضعف نهادهای بازاریاب، فقدان تحقیقات بازاریابی خارجی، فقدان سیستم تبلیغات برون مرزی، شناخت ناکافی از بازارهای هدف و تلاش‌های بازاریابی ضعیف و سلیقه‌ای.

مهمترین عوامل توسعه صنعت گردشگری سلامت

باتوجه به موارد اشاره شده در موضوعات قبلی مشاهده کردیم که نقش گردشگری برای ارتقاء تولید ملی و اشتغال کشور به‌عنوان یک چشم‌انداز و افق آینده بسیار اثرگذار بوده و به‌عنوان یک ابزار بسیار قوی می‌تواند بر اقتصاد کشور اثرات مثبتی را به‌دنبال داشته باشد. از این رو برای توسعه گردشگری باید شرایط لازم برای جذب گردشگران خارجی و داخلی را فراهم کرد. بدین منظور ابتدا به بررسی عوامل محیطی و داخلی گردشگری سلامت پرداخته می‌شود.

عوامل محیطی گردشگری سلامت

بررسی عوامل محیطی شامل بررسی و ارزیابی شرایط تهدید و فرصت‌های موجود در محیط‌های پنج‌گانه بیرونی سازمان است. این نیروها را در حوزه گردشگری می‌توان شامل پنج عامل محیطی دانست که عبارت از عوامل اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی، سیاسی و قانونی، تکنولوژی و رقابتی بوده و معمولاً این عوامل در کنترل سازمان تأمین اجتماعی نیست.

محیط تکنولوژی: در حال حاضر تکنولوژی، تغییرات و نقل و انتقالاتی را در تمامی جنبه‌های زندگی روزانه جوامع فراهم آورده است و گردشگری نیز به‌عنوان یکی از جنبه‌های فعالیت زندگی بشر از این قاعده مستثنی نیست. بررسی محیط تکنولوژیکی،

با هدف ارزیابی اثر آتی این عامل بر توسعه گردشگری اهمیت زیادی داشته و فن آوری اطلاعات در صنعت گردشگری نیز برای دستیابی به فرصت‌های جدید بیشتر به کار گرفته می‌شود.

محیط سیاسی و قانونی: سیاست‌های منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی هر کشوری عمیقاً بر عرضه و تقاضای گردشگری آن کشور تأثیر می‌گذارد. دولت‌ها و اتحادیه‌های مشترک کشورها ممکن است قوانین اثرگذار بر تهیه و تدارک صنعت گردشگری وضع کنند. دولت‌ها ممکن است به طرق مشخصی ورود نوع خاصی از گردشگر را به کشور با اعطای کمک یا اولویت‌بندی از طریق سهمیه‌بندی تشویق نمایند. ناآرامی‌های سیاسی، شورش‌ها، اعتصابات و جنگ‌ها به صورت جدی افت‌هایی را در پیشرفت و توسعه گردشگری کشورها به دنبال داشته است. تغییر قوانین و مقررات و سیاست‌ها معمولاً در محیط سیاسی شکل می‌گیرند. بنابراین، ثبات و میزان التزام به قانون یکی از عوامل بسیار مهم است.

محیط اقتصادی: تقاضای گردشگری سلامت به شدت از شرایط اقتصادی حاکم بر کشور تأثیر می‌پذیرد. تغییرات محیط اقتصادی نیز فرصت‌ها و تهدیداتی را برای سازمان‌های ملی و بین‌المللی گردشگری فراهم می‌سازد. محیط اقتصادی داخلی کشورها بر الگوهای مصرف مشتریان و گردشگران تأثیر می‌گذارد به طوری که سطح قیمت‌ها و نرخ تورم نیز در جذابیت مقاصد و مکان‌های گردشگری بین‌المللی و داخلی بسیار مؤثر هستند.

محیط اجتماعی و فرهنگی: محیط اجتماعی و فرهنگی شامل یک مجموعه عناصر دموگرافیک (میزان جمعیت، ساختار سنی و عمر، مکان جغرافیایی) و فرهنگی (ارزش‌ها و نگرش‌های اجتماعی، هنجارها و سنن، عادات، بعد آموزشی) می‌شود. تغییر نگرش جامعه نسبت به محیط باعث می‌شود حساسیت گردشگران نسبت به سلامت محیط بیشتر شود. علاوه بر آن، سازمان گردشگری باید از فرصت‌ها و تهدیدات ناشی از تغییر ارزش‌ها، نگرش‌ها و آرمان‌های گردشگران همراه است.

محیط رقابتی: امروزه گردشگران سلامت با تعدد خدمات عرضه شده از سوی مقاصد یا سازمان‌های دولتی فعال در زمینه گردشگری با سرعت تغییر بالایی مواجه هستند. لذا حسابرسی بازاریابی گردشگری باید از جنبه‌های سازمانی، محیط رقابتی را در آینده‌ای که به وقوع می‌پیوندد شناسایی و بررسی نماید. محیط رقابتی در صنعت

گردشگری عبارت است از گستره تأثیر سازمان‌ها و یا مراکز گردشگری بر یکدیگر و آثار متقابل خریداران و عرضه‌کنندگانی که در این صنعت اشتغال دارند.

▲ عوامل داخلی گردشگری سلامت

عوامل داخلی، عواملی هستند که مربوط به درون سازمان بوده و بر خلاف عوامل خارجی در کنترل سازمان هستند. برای بررسی نقاط ضعف و قوت عوامل درونی سازمان باید درباره مدیریت، بازاریابی، امور مالی، حسابداری، تولید یا عملیات، سیستم اطلاعات رایانه و تحقیق و توسعه، اطلاعاتی را گردآوری و دسته‌بندی نمود.

بازاریابی: فرایندی برای شناسایی، پیش‌بینی، ایجاد و تأمین نیازها و خواسته‌هایی است که مشتریان برای محصولات و خدمات دارند اعم از شناسایی نیازهای مشتری، خریدن ملزومات یا تجهیزات، فروختن محصولات یا خدمات، برنامه‌ریزی محصول و خدمت، قیمت‌گذاری، توزیع محصولات و خدمات. عدم آگاهی از نیازها و تمایلات مشتریان، عدم توانایی جمع‌آوری اطلاعات درباره بازارها، ضعف در شناسایی بازارهای هدف و انجام تبلیغات، عدم وجود روش‌های دریافت بازخورد از بازار و توسعه خدمات ارائه شده در بازار و ... می‌تواند از جمله مشکلات مطرح پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در این حوزه باشد.

مالی یا حسابداری: معمولاً از نظر سرمایه‌گذاران، وضع مالی به‌عنوان معیار تعیین‌کننده وضع رقابتی سازمان به حساب می‌آید. عدم وجود تناسب قیمت ارائه خدمات با کیفیت آن در مقایسه با رقبای صنعت، کمبود تجربه و ضعف مدیران سازمان، ضعف ساختار سرمایه و سرمایه در گردش و انعطاف‌پذیری آن و میزان هزینه سرمایه در مقایسه با صنعت و رقبای و ... می‌تواند از جمله مشکلات مطرح در این حوزه باشد.

تحقیق و پژوهش: در فضای رقابتی، امروزه بقای سازمان به فعالیت‌های موفقیت‌آمیز دایره تحقیق و پژوهش بستگی دارد به‌ویژه سازمان‌هایی که استراتژی توسعه محصول را به اجرا در می‌آورند. سازمان تأمین اجتماعی نیز از این امر مستثنی نیست. سرمایه‌گذاری کم در زمینه تحقیق و توسعه، عدم ارتباط بین تحقیقات صورت گرفته در سازمان و خدمات ارائه شده، تلقی نشدن هزینه‌های تحقیق و توسعه به‌عنوان هزینه راهبردی، عدم حمایت تحقیق و توسعه از جانب مدیران سازمان‌ها و ... می‌تواند از جمله مشکلات پیش روی سازمان تأمین اجتماعی در این حوزه باشد.

فناوری اطلاعات و ارتباطات: اطلاعات همه واحدهای وظیفه‌ای شرکت را به یکدیگر مرتبط می‌سازد و پایه و اساس همه تصمیمات مدیریتی را به وجود می‌آورد. اطلاعات یکی از منابع عمده مزیت رقابتی است. به هنگام تجزیه و تحلیل درونی سازمان و ارزیابی یا تعیین نقاط قوت و ضعف سازمان، سیستم اطلاعاتی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

منابع انسانی: منابع انسانی به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در زمینه جذب گردشگر سلامت همواره مورد توجه بوده است. عدم برخورداری از کادر و پرسنل مجرب، عدم تسلط به زبان‌های چندگانه و ... می‌تواند یکی از مشکل‌سازترین مسایل در این حوزه باشد.

تجربیات کشورهای موفق در حوزه گردشگری سلامت

در آسیای جنوب شرقی، بخش بهداشت و درمان به‌سرعت در حال گسترش است. همچنین گردشگری سلامت به‌عنوان یک فرصت کسب و کار سودآور در حال پیشرفت است و کشورهای این منطقه درصد گسترش خدمات بهداشت و درمان با کیفیت بالا و قیمت رقابتی هستند. مالزی، سنگاپور و تایلند به‌دنبال ایجاد مزیت نسبی در ارائه خدمات پزشکی بر اساس ساختار سازمانی نظام سلامت خود هستند و به‌عنوان مراکز اصلی گردشگری سلامت در جنوب شرق آسیا به شمار می‌روند. برای مثال تایلند تسهیلاتی برای عمل جراحی زیبایی و تغییر جنسیت ارائه می‌کند و بزرگ‌ترین بیمارستان خصوصی آسیا، بیمارستان بین‌المللی بومرانگارد را داراست. از آنجایی که اینگونه عمل‌های جراحی معمولاً تحت پوشش بیمه نیستند و از طرفی هزینه بالایی دارند، علاقه‌مندان چنین جراحی‌هایی با در نظر داشتن هزینه کمتر و سرعت بیشتر دریافت خدمات ترجیح می‌دهند تا خصوصاً چنین جراحی‌هایی را در مقاصد گردشگری پزشکی دریافت نمایند. عمده بیماران تایلند از ژاپن، برونتی، تایوان، پاکستان، چین و بنگلادش هستند. در این میان، تایلند با عنایت به تقاضای گسترده بازار ژاپن (به خاطر جمعیت مسن و جوابگو نبودن سیستم مراقبت‌های پزشکی آن کشور) برای تمام خدمات گردشگری سلامت از جمله گردشگری پزشکی و توقف به این مطلب که بسیاری از پزشکانش در ژاپن تحصیل و آموزش دیده‌اند، به بازار ژاپن توجه ویژه‌ای دارد. از این رو اقدام به آموزش زبان ژاپنی به پرستاران و دیگر کارکنان

بیمارستان‌ها نموده است. سنگاپور به دنبال جذب بیشتر گردشگران سلامت از طریق ارائه خدمات پیشرفته در عمل‌های قلب و عروق، جراحی مغز و اعصاب، کاردرمانی و سلول درمانی است. مالزی از بسیاری جهات در زمینه پزشکی شبیه به کشور سنگاپور است؛ اما آنچه مالزی را متمایز می‌کند، آزمایش‌های پزشکی ارزان‌قیمت این کشور است. در مالزی در قالب دو بسته سلامت مرد خوب و زن خوب، آزمایش‌های پزشکی جداگانه‌ای با هزینه پایین و مقرون‌به‌صرفه برای بررسی سلامت فیزیکی زنان و مردان طراحی شده است. اسکن تراکم استخوان، آزمایش‌های خون و تصاویر اشعه ایکس از مقرون‌به‌صرفه‌ترین خدمات درمانی هستند که در کشور مالزی ارائه می‌شوند. برای یک پیوند مفصل ران در انگلستان و کانادا بیمار باید یک سال و یا بیشتر در نوبت منتظر باشد. لیکن در سنگاپور، تایلند و مالزی یک بیمار می‌تواند یک روز پس از ورود تحت مراقبت و درمان قرار گیرد.

کشور	تایلند	مالزی	سنگاپور
ساختار سازمانی	گسترش بیمارستان‌های خصوصی	رشد بخش خصوصی در حوزه بهداشت و درمان به همراه نیروی کار واجد شرایط	توسعه بخش دولتی و خصوصی به شکل متوازن
استراتژی ملی	- قطب و مرکز بهداشت و درمان منطقه - گسترش زیرساخت‌های گردشگری	استراتژی صنعتی برای توسعه گردشگری	توسعه صنایع پزشکی
تأثیر سیاست‌گذاری	افزایش نابرابری در ارائه خدمات بهداشت و درمان در حوزه شهری و روستایی	- تقسیم بخش دولتی و خصوصی - نابرابری نژادی بین بخش خصوصی و دولتی	شکاف درآمدی محدود بین بخش دولتی و خصوصی

△ جدول (۸-۱): مقایسه سیستم بهداشت و درمان در سه کشور مالزی، تایلند و سنگاپور

در حال حاضر در تایلند وزارت بازرگانی، وزارت توسعه صادرات و وزارت بهداشت با همکاری بیمارستان‌های خصوصی از مجریان اصلی سیاست‌گذاری سلامت و گردشگری سلامت هستند. در مالزی نیز وزارت بهداشت کمیته‌ای برای گسترش گردشگری سلامت در سال ۲۰۰۳ تشکیل داد (Chee, ۲۰۱۰). از بین این سه کشور سنگاپور سیاست‌گذاری‌های یکپارچه‌ای را در حمایت از گردشگری سلامت داراست

(UNESCAP, ۲۰۱۰) که بازتاب اولویت این کشور برای رشد و توسعه اقتصادی است. در سنگاپور وزارت تجارت و هیئت توسعه اقتصادی صنعت و وزارت بهداشت از مجریان سیاست گزاری سلامت و جذب بیماران خارجی با هدف تبدیل شدن به قطب منطقه در حوزه گردشگری سلامت هستند.

▲ بخش خصوصی و دولتی در حوزه بهداشت و درمان

به طور کلی خدمات بهداشت و درمان در این سه کشور تحت سلطه بخش دولتی است، اما بیمارستان‌های خصوصی نیز پیوسته در حال رشد هستند. در مالزی و تایلند بخش بهداشت و درمان در بخش دولتی و خصوصی به شکل نابرابر در مناطق شهری و روستایی توزیع شده است. ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در بخش خصوصی در مناطق شهری متمرکز شده‌اند. بیمارستان‌های خصوصی اغلب کوچک هستند و خدماتشان برای افراد با درآمد بالا یا بیماران خارجی است. در طول دوره رشد اقتصادی، به دلیل کیفیت پایین خدمات در بخش دولتی جمعیت مرفه‌تر به متقاضیان خدمات بهداشت و درمان در بخش خصوصی تبدیل شدند. در نتیجه بخش دولتی ارائه‌دهنده خدمات برای جمعیتی با درآمد پایین است که نمی‌تواند هزینه‌های بخش خصوصی را پرداخت کند. این فرایند در تایلند و مالزی منجر به توسعه سیستم بهداشت و درمان در دو سطح شده است. علاوه بر این یارانه‌های دولتی برای رشد بخش خصوصی، از طریق معافیت‌های مالیاتی و دسترسی به زمین، منجر به رشد بخش خصوصی در نظام سلامت شده است. برای مثال در مالزی شاهد مشوق‌های مالیاتی برای ساختن بیمارستان، استفاده از تجهیزات پزشکی، آموزش کارکنان در ارتقا خدمات دیده می‌شود (Chee, ۲۰۱۱). در نتیجه بخش خصوصی تشویق به سرمایه‌گذاری می‌شود، در حالی که بسیاری از ساخت‌وسازهای بیمارستان‌های دولتی به دلیل بودجه ناکافی متوقف شده است (Ramesh and Xun, ۲۰۰۸). در حالی که در سنگاپور بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۸ رشد بیمارستان‌های خصوصی در توازن با رشد بیمارستان‌های دولتی بوده است (SingStat). سنگاپور از زمان استقلال در سال ۱۹۸۵ به بیمارستان‌ها خودمختاری بیشتری اعطا کرده است و رقابت در بازار تحت حاکمیت دولت با هدف کاهش هزینه‌ها و ارتقا کیفیت بوده است. همچنین درآمد حاصل از گردشگری سلامت مشمول مالیات می‌شود و سود حاصل از آن در نظام سلامت سرمایه‌گذاری می‌شود.

در آسیای جنوب شرقی کمبود نیروی متخصص در حوزه بهداشت و درمان وجود دارد. از سوی دیگر تقاضا برای خدمات بهداشت و درمان در این کشورها از سوی بیماران خارجی روبه افزایش است و این کشورها به منظور تأمین نیازهای بهداشت و درمان مردم با مشکل عرضه نیروی متخصص آموزش دیده در حوزه بهداشت و درمان مواجه هستند. در تایلند و مالزی نسبت پایین دکتر به بیمار وجود دارد. همچنین مهاجرت پزشکان از سنگاپور و مالزی به دیگر کشورها از دیگر مشکلات است. در میان کشورهای آسه آن، این دو کشور بالاترین سطح مهاجرت نیروی متخصص را دارند. در حالی که در تایلند مهاجرت به خارج از کشوری در سطح پایینی است اما مهاجرت درون کشوری و از نواحی روستایی به نواحی شهری در میان کارکنان بخش بهداشت و درمان در سطح بالایی قرار دارد. در پاسخ به کمبود نیروی متخصص در حوزه بهداشت و درمان، سنگاپور قادر به جذب کارکنان خدمات بهداشت و درمان از فیلیپین و مالزی بوده است (Bhargava et al, 2011).

همچنین افزایش تقاضا برای خدمات بهداشت و درمان منجر به افزایش تعداد دانشکده‌های پرستاری و پزشکی در سراسر آسیای جنوب شرقی شده است. برای مثال دانشکده پرستاری (Mahidol university) در تایلند به منظور ارائه تسهیلات و خدمات به دانشجویان دارای ارتباط با دانشکده‌های پرستاری در سوئد، کانادا، کره، استرالیا، انگلیس و آمریکا به منظور مبادلات دانشجویی و آموزش است. دانشکده پزشکی دانشگاه ملی سنگاپور نیز دارای همکاری با دانشگاه دوک در آمریکا، دانشگاه سان وی در مالزی و دانشگاه موناخ استرالیا است. چنین مشارکتی منجر به افزایش ظرفیت در منابع انسانی در حوزه بهداشت و درمان می‌شود. نکته حائز اهمیت این است که این مشارکت‌ها در حوزه آموزش پزشکی به بالا بردن کیفیت منابع انسانی کمک می‌کند که منجر به ترویج و گسترش گردشگری سلامت می‌شود (Turner, 2007).

با توجه به حقوق بالاتر و حجم کار کمتر در بخش خصوصی، حفظ متخصصان در حوزه درمان در بخش دولتی تبدیل به یک چالش در مالزی و تایلند شده است. در حالی که کشور سنگاپور توانسته است شکاف درآمدی بین بخش دولتی و خصوصی را به خوبی مدیریت نماید؛ تایلند و مالزی با شکاف درآمدی گسترده بین بخش دولتی

و خصوصی روبرو هستند و گردشگری سلامت این پتانسیل را دارد که متخصصان متقاضی کار در بخش خصوصی را از بخش دولتی به سمت بخش خصوصی جذب و این شکاف را تشدید کند (Kanchanachitra et al, ۲۰۱۱). به همین دلیل در تایلند و مالزی پزشکان در بخش خصوصی متمرکز شده‌اند. برای مثال در مالزی، فقط ۳۰ درصد از متخصصان در بخش دولتی کار می‌کنند (Quek, ۲۰۱۰). در حالی که در سنگاپور ۶۵ درصد از متخصصان در بخش دولتی مشغول به کار هستند. در تایلند آموزش پزشکی و هزینه‌های آموزش بر عهده بخش دولتی است و بیمارستان‌های خصوصی در هزینه‌های آموزش مشارکت نمی‌کنند. در تایلند به‌منظور کاهش فرار مغزها در حوزه پزشکی، مشخص کردن هزینه‌های استاندارد برای بخش درمان بدون در نظر گرفتن اینکه بیمار داخلی است یا خارجی، ایجاد توازن در دستمزدهای پزشکان شاغل در بخش دولتی و خصوصی سیاست‌هایی تنظیم شده است.

▲ مقررات کنترل کیفیت

سه کشور مالزی، سنگاپور و تایلند توانسته‌اند به اعتبارنامه کمیسیون مشترک بین‌المللی امریکا (JCI) دست یابند. ایمنی، مورد اعتماد بودن، انجام تحقیقات پیشرفته و اعتبار بین‌المللی کشور در زمینه پزشکی، آن را به یک مرکز رهبری در آسیا بدل کرده است. در سال ۲۰۰۶ بیمارستان‌های سنگاپور موفق به اخذ گواهینامه اعتبار از سوی کمیسیون مشترک بین‌المللی آمریکا (JCI) شدند و این مراکز درمانی در تلاش برای اخذ گواهی‌های مشابهی در سیستم‌های اروپایی و آسیایی نیز هستند. اخذ گواهی‌نامه اعتبار از سوی کمیسیون مشترک بین‌المللی یک نشانه مهم کیفیت برای جذب گردشگران سلامت است. همچنین انجمن بیمارستان‌های خصوصی مالزی و انجمن پزشکی مالزی مجوز رسمی بین‌المللی توسط (ISQua) که هم‌تراز با اعتبارنامه کمیسیون مشترک بین‌المللی امریکا است دریافت کردند. دریافت مجوز و استانداردهای بین‌المللی برای هر دو بخش دولتی و خصوصی یک الگوی نظارتی را برای کشورهایی که به دنبال گردشگری سلامت هستند ارائه می‌دهد. هدف از آن ایجاد اطمینان از اینکه بیماران داخلی و گردشگران سلامت از خدمات بهداشت و درمان با سطح استاندارد و کیفیت مشابه بهره‌مند می‌شوند و بخش دولتی و خصوصی از استانداردهای مشابه برخوردار هستند است (Hazarika, ۲۰۰۹).

استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت در ایران

مهمترین عوامل مؤثر در ارتقای صنعت گردشگری استراتژی توسعه زیرساخت عمومی، استراتژی توسعه منابع انسانی، استراتژی توسعه سیستم اطلاعاتی و بازاریابی، استراتژی توسعه محصول است. در جدول (۲-۸) برخی از استراتژی‌های توسعه گردشگری به ویژه گردشگری سلامت نشان داده شده است.

استراتژی توسعه گردشگری سلامت در ایران
<p>استراتژی توسعه زیرساخت عمومی</p> <ul style="list-style-type: none">- توجه به مسائل فراسازمانی درمان بیمار از جمله مسئله انتقال وی از فرودگاه به بیمارستان، سکونت وی و همراهان، تدارکات تفریحی و ...- اخذ تأییدیه کمیسیون بین‌المللی مشترک توسط بیمارستان‌ها- داشتن وب سایت مرکزی برای دسترسی بیماران به اطلاعات مراکز درمانی و تسهیلات مربوط- رفع مشکل ویزا و تسهیل بیشتر آن- انتخاب درست بازار هدف- وجود یک ویژگی درمانی خاص- تعیین تعرفه درمانی به تفکیک نوع بیماری باتوجه به کشور هدف- وجود هتل‌های دارای استانداردهای مورد تأیید در نزدیک‌ترین فاصله با بیمارستان با داشتن امکانات بعد از درمان برای بیمار و همراه او- تدارک آژانس‌های توربسم پزشکی که تنها حمل و نقل بیماران را عهده‌دار باشد.- وجود تسهیلات برای پرداخت الکترونیکی- عقد قرارداد با بیمه بین‌المللی در خصوص خدمات درمانی با بیماران خارجی- تغییرات زیربنایی و سریع مراکز درمانی (مهندسی مجدد و ...)- عملیاتی شدن موضوع توسط بخش خصوصی و احتراز از هرگونه دخالت مستقیم دولت- تدوین برنامه عملیاتی سالیانه، پیشبرد، هماهنگ و یکپارچه سازی برنامه های بهبود کیفیت، ارتقای ایمنی بیمار در راستای الگوی اعتباربخشی- هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت‌های بهبود کیفیت در بیمارستان‌ها- پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت، داده‌ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی از طریق تحلیل شاخص‌ها- تدوین شاخص‌های مهم عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و زمان‌دار جهت فرایندهای مختلف بیمارستان‌های کشور- ایجاد نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی و غیرپزشکی در بیمارستان- تلاش در جهت سازماندهی و ارائه قوانین مشخص و مؤثر در زمینه سهولت در تردد و پذیرش گردشگران سلامت

△ جدول (۲-۸): استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت در ایران

استراتژی توسعه منابع انسانی

- گزینش نیروی انسانی کارآمد
- آموزش و توسعه نیروی انسانی (کادر درمانی آموزش دیده آشنا به زبان‌های خارجی)
- متولی شدن یک سازمان فرابخشی برای ایجاد هماهنگی بین بخشی در بخش‌های اجرایی
- گماردن یک متولی مشخص به منظور برنامه‌ریزی و ایجاد هماهنگی‌های لازم میان سازمان‌ها و نهادهای مسئول
- نظرسنجی از بیماران خارجی توسط بیمارستان
- ارزیابی نتیجه‌ها و پیگیری برنامه‌ها
- تدوین برنامه‌هایی جهت جلوگیری از ورود دلالتان غیر قانونی و مافیای قدرت در بحث گردشگری سلامت

استراتژی توسعه سیستم اطلاعاتی و بازاریابی

- امکان انجام پیگیری بعد از ترخیص
- استراتژی تبلیغات و بازاریابی همه جانبه در رابطه با توریسم پزشکی در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی
- وجود نام کشور ایران در نقشه گردشگری پزشکی جهان
- تبلیغات تسهیلات درمانی ایران در کنار سایر خدمات و کالاهای گردشگری از جمله پارک ملی، آثار تاریخی، موزه‌های حیات وحش و ...
- واگذاری فعالیت‌هایی همچون توزیع، تبلیغ و اطلاع‌رسانی توریسم پزشکی کشور به شرکت‌های خارجی
- وجود امکاناتی برای مشاوره پزشکی با بیمار خارجی قبل از سفر بیمار به ایران
- ارائه آمار بیماران به وزارت بهداشت
- بررسی و تحلیل شرایط موجود و پیشنهاد راهکارهای علمی و عملی به منظور رفع کاستی‌ها و نارسایی‌های سیستم
- تدوین برنامه‌ریزی‌های دقیق و سرمایه‌گذاری کلان جهت افزایش و حفظ سهم بازاری خود جهت پیشی گرفتن از رقبا
- تدوین برنامه‌هایی جهت شناخت بازارهای هدف

استراتژی توسعه محصول

- داشتن پروتکل‌های قانونی با کشورهای هدف
- وجود بسته‌های خدمتی متنوع برای بیماران
- هماهنگ‌سازی صنایع مختلف مانند مراکز درمانی و بیمارستان‌ها با سایر صنایع گردشگری
- تخصیص تسهیلات مالی توسط دولت برای بیمارستان‌ها
- هماهنگی بین مراکز درمانی و بانک‌ها
- سوق دادن فعالیت‌های درمانی به سمت کارهای پکر و منحصر به فرد با رویکرد تخصصی و فوق تخصصی
- تلاش‌های مدون جهت دستیابی به استانداردهای بین‌المللی معتبر نظیر JCI در بیمارستان‌های سازمان
- تلاش‌های مدون جهت بهبود سایت‌های چند زبانه در خصوص معرفی قابلیت‌ها و امکانات مراکز درمانی و بیمارستان‌ها
- تلاش‌های مدون جهت پذیرش پوشش بیمه‌ای گردشگران پزشکی

ادامه جدول (۲-۸): استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت در ایران
منبع: یافته‌های تحقیق

▲ ارائه راهکارهای مؤثر جهت اجرا و پیاده‌سازی گردشگری سلامت در سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی یک زنجیره کامل ارائه خدمات به گردشگران سلامت را در اختیار دارد و می‌تواند مورد انکای بنگاه‌های دولتی و خصوصی در حوزه گردشگری سلامت باشد. این سازمان یک کمپانی بزرگ اجتماعی و اقتصادی است که نیمی از جمعیت کشور را تحت پوشش دارد و در ۳ حوزه بیمه‌ای، درمانی و اقتصادی به فعالیت می‌پردازد. این سازمان به دلیل ماهیت فعالیت‌ها و مکانیسم بیمه‌ای حاکم بر آن و همچنین برای افزایش ارزش سرمایه‌های بیمه‌شدگان به سرمایه‌گذاری و انجام فعالیت‌های اقتصادی می‌پردازد و بخش اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی از بزرگترین نهادهای اقتصادی کشور محسوب می‌شود. سازمان تأمین اجتماعی مزایا و قابلیت‌های فراوانی در حوزه توریسم سلامت دارد.

۴۰ درصد صنعت دارو، ۷۰ درصد تهیه مواد اولیه دارویی و ۴۰ درصد بخش دارو در کشور در اختیار سازمان تأمین اجتماعی است و همچنین ۱۵ درصد صنایع نفت و گاز، ۴۰ درصد سیمان و بخش زیادی از صنایع دیگر متعلق به این سازمان است. این سازمان با در اختیار داشتن ۱۴ بیمارستان مجهز در مناطق مرزی و بیمارستان میلاد تهران به‌عنوان بزرگترین و مجهزترین بیمارستان کشور، پزشکان و کادر درمانی متخصص، شبکه حمل و نقل ریلی رجا، شرکت هواپیمایی و بهترین هتل‌ها آماده خدمت به گردشگران سلامت از تمام کشورها بویژه کشورهای اسلامی است. فلذا برای کمک به بهتر شدن شرایط سازمان تأمین اجتماعی در زمینه جذب گردشگر سلامت، راهکارهای زیر در راستای تقویت نقاط ضعف موجود در سازمان تأمین اجتماعی و جهت اجرا و پیاده‌سازی صنعت گردشگری سلامت در آن سازمان پیشنهاد می‌شود:

- گردشگری سلامت در سازمان تأمین اجتماعی با وجود قیمت ارزان نسبت به سایر کشورها، به علت نبود تبلیغات مناسب، هنوز جایگاه خود را بازار نیافته است و گام‌های نخست را طی می‌کند. بنابراین تبلیغات مناسب در این زمینه، می‌تواند نقش مؤثری در جذب گردشگری سلامت ایفا نماید؛

- ایجاد زیرساخت‌های لازم از قبیل استانداردهای بین‌المللی JCI در بخش بیمارستانی

و همچنین ارتقای مهارت‌های ارتباطی و زبانی در کادر درمانی سازمان از ضروریات ورود به این صنعت محسوب می‌شود؛

- برگزاری نمایشگاه‌های بین‌المللی در زمینه معرفی قابلیت‌های سازمان تأمین اجتماعی در زمینه صنعت گردشگری سلامت نقش مهمی در جذب گردشگران خارجی ایفا خواهد کرد.

- ایجاد سایت جامع اطلاع‌رسانی به چند زبان زنده دنیا درباره بیمارستان‌ها و امکانات و اعمال جراحی موجود به همراه هزینه‌های آنها در سازمان از ضروریات این طرح است؛

- به نظر می‌رسد که سازمان درصدد کسب درآمد از محل صنعت گردشگری سلامت با توجه به امکانات درمانی و گردشگری فعلی است که این امر بدون وجود اراده جدی در مدیران سازمان، انجام سرمایه‌گذاری‌های لازم جهت ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی، آموزش کادر درمانی، برندسازی، تبلیغات مناسب و ... امکان پذیر نیست؛

- تعامل هرچه بیشتر و بهتر با نهادهای متولی گردشگری سلامت (وزارت امور خارجه، سازمان میراث فرهنگی و گردشگری، وزارت بهداشت، وزارت اطلاعات، نیروی انتظامی و ...) از پیش شرط‌های ورود به این صنعت محسوب می‌شود؛

- توسعه بازارهای هدف از طریق نفوذ کردن در بازار و تصاحب سهم بزرگتری از بازار محصولات و خدمات فعلی باید همواره مورد توجه باشد.

- استفاده از فناوری اطلاعات برای افزایش سطح اطلاع‌رسانی و ارتباط بهتر و صمیمانه با گردشگران سلامت (مطالعات مداوم بر روی بازارهای هدف و اجرای طرح‌های تبلیغاتی و بازاریابی) می‌تواند نقش مهمی در زمینه جذب گردشگر سلامت ایفا نماید؛

- توسعه و افزایش خدمات داخلی به قیمت تمام شده کمتر از رقبای خارجی؛

- انجام مطالعه و شناسایی نیاز و تقاضای گردشگران و فراهم آوردن تسهیلات مسافرتی مناسب برای آنها.

- ۱- امید بیگی، رضا (۱۳۸۷)، رهیافت‌های تولید و فرآوری گیاهان دارویی، جلد اول، انتشارات آستان قدس رضوی.
- ۲- پرخیده، احمد و تاجیک، مهدی (۱۳۸۹)، نگاهی به صنعت گردشگری در کشور، مرکز تحقیقات و بررسی‌های اقتصادی، واحد نظرسنجی‌ها، صص ۱-۱۷.
- ۳- جباری، علیرضا، فردوسی، مسعود، کیوان‌آرا، محمود و آقارحیمی، زهرا (۱۳۹۱)، تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای مؤثر در شهر اصفهان، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۹، شماره ۶، صص ۱-۹.
- ۴- حسن‌پور، محمود (۱۳۹۳)، مطالعه تطبیقی وضعیت گردشگری درمانی ایران و جهان در راستای تدوین راهبردهای توسعه محصول، کمیسیون گردشگری و خدمات، صص ۱-۱۸.
- ۵- رشیدی، معصومه، رامشت، محمد حسین، سیف، عبدالله و خوشحال دستجردی، جواد (۱۳۹۱)، گردشگری سلامت در ایران (با تأکید بر رتبه بندی خواص درمانی چشمه های منتخب استان اردبیل)، مجله سلامت و بهداشت اردبیل، دوره سوم، شماره اول، صص ۴۹-۵۷.
- ۶- صدرممتاز، ناصر و آقارحیمی، زهرا (۱۳۸۹)، صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه، مدیریت اطلاعات سلامت، شماره ۷، صص ۵۱۶-۵۲۴.
- ۷- طیبی، کمیل، روح اله بابکی، و امیر جباری (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین گردشگری و رشد اقتصادی (مطالعه موردی ایران، کشورهای OECD به علاوه کشورهای منتخب)، مجله دانش و توسعه، شماره ۱۵، صص ۶۳-۸۴.
- ۸- لی، جان (۱۳۷۸)، گردشگری و توسعه در جهان سوم، مترجم عبدالرضا رکن الدین افتخاری و دیگران، مؤسسه نشر بازرگانی، تهران.
- ۹- نمایه آماری گردشگری جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۳)، معاونت پژوهش‌های فرهنگی و اجتماعی، صص ۱-۴۷.



1. Asadi, B. (2011), Strategies for Development of Iran Health Tourism, *European Journal of Social Sciences*, Vol. 23, No. 3, PP. 329-334.
2. Chee, H.L. (2011), Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare. *Asia Research Institute, National University of Singapore*, submitted 2007, Accessed 03-04.
3. Hazarika, I. (2010), Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India. *Health Policy and Planning*, 25:248-251.
4. Izadi, M., Ayoobian, A., Nasiri T., Joneidi, N., Fazel, M. and Hosseinpourfard, M. J. (2012), Situation of health tourism in Iran; opportunity or threat, *Iranian Journal of Military Medicine*, Volume 14, Issue 2, pp. 69-75.
5. Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F.M., Huong, N.L., Wilopo, S.A., De la Rosa, J.F. (2011), Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet*, 377(9767):769-781.
6. Kaufmann, E. L. and Mueller, H. (2000), Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry, *Research Institute for Leisure and Tourism*, University of Berne, Engehaldenstrasse 4, pp. 1-13.
7. India brand equity foundation (2016), healthcare, www.ibef.org, pp. 1-49.
8. www.medicaltourismassociation.com
9. Munhurrun, P.R. and Naidoo, P. (2011), "Residents' attitudes toward perceived tourism benefits", *international journal of management and marketing research*, vol. 4, no. 3, pp. 45-57.
10. Malaysia Healthcare Tourism Council (2012), Overview of the development of Malaysia Healthcare towards Medical Tourism.
11. Ministry of Health, (2012) Evaluation Report On Medical Tourism In Turkey.
12. MTA (2015), *Medical Tourism Survey Report*.
13. World Economic Forum (2015), The Travel & Tourism Competitiveness Report 2015, Committed To Improving The State of The World, pp. 1-519.





14. Ministry of Health (2016), RNCOS, KPMG, Deloitte, Medical Tourism Association, LSI Financial Services, *Apollo Investor Presentation*, TechSci Research.
15. Quek, D. (2009), The Malaysian healthcare system: a review. *Intensive workshop on health systems in transition*: 29 - 30 April; Kuala Lumpur University of Malaya.
16. Turner, L. (2007), First world health care at third world prices: globalization, bioethics and medical tourism. *Biosocieties*, 2:303-325.
17. UNESCAP: Medical travel in Asia and the Pacific: challenges and opportunities. Thailand, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2007 [<http://www.unescap.org/ESID/hds/lastestadd/MedicalTourismReport09.pdf>], Accessed 29-09-2010
18. <http://nuviun.com>
19. <http://www.mihanpezeshk.com/medicaltourism/health-tourism>
20. UNWTO, Annual Report 2015, pp. 1-98.



خلاصه طرح گزارشی

گردشگری سلامت در جهان

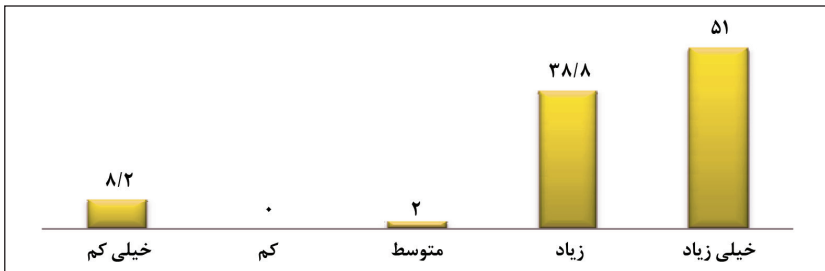
<p>تجربه تایلند</p> <ul style="list-style-type: none"> - تشویق سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش گردشگری پزشکی - تبلیغ گردشگری پزشکی از طریق کمپین‌های بازاریابی الکترونیک - توجه ویژه دولت به صنعت هتلداری و تجهیز زیرساخت‌ها و بازاریابی اثربخش - کارکنان و متخصصان مسلط بر زبان انگلیسی و حتی چندزبانه و ... 	<p>تجربه هند</p> <ul style="list-style-type: none"> - رشد مراقبت‌های بهداشتی با یک نرخ رشد ترکیبی ۱۶/۵ درصد طی سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۰ - پیاده‌سازی طرح سلامت الکترونیک (سیستم ردیابی مادر و کودک (MCTS) و ...) - وجود ۵۰ تکنولوژی برای درمان بیماری‌هایی همچون سل و سرطان - کارکنان و متخصصان مسلط بر زبان انگلیسی و حتی چندزبانه و ... 	<p>تجربه امارات متحده عربی</p> <ul style="list-style-type: none"> - دارا بودن ۱۱۶ بیمارستان، کلینیک و مرکز درمانی - کسب اعتبار و گواهی از JCI - هزینه‌های رقابتی خدمات درمانی نسبت به کشورهای غربی --- کارکنان و متخصصان مسلط بر زبان انگلیسی و حتی چندزبانه - قابلیت دسترسی سریع به خدمات درمانی بدون لیست‌های انتظار در کشور و ...
---	--	--

گردشگری سلامت در ایران



پتانسیل‌های ایران در گردشگری سلامت

- نزدیکی به حوزه کشورهای خلیج فارس و همسایگی با کشورهای افغانستان، پاکستان و عراق و برخی از کشورهای عربی
- افزایش تعداد ورود گردشگران کشورهای اروپایی به کشور در اثر بهبود روابط خارجی ایران
- دستیابی ایران به توفیقات جدید در عرصه پزشکی (سلول‌های بنیادی)
- آزمایشگاه و ابزار زنتیکی مجهز
- زیرساخت‌های فیزیکی (بیمارستان‌ها و مراکز تحقیقاتی و مکان‌های گردشگری)
- بهره‌گیری از تکنولوژی‌های نوین پزشکی
- برخوردار بودن ایران از تکنولوژی تصویربرداری پزشکی و پزشکی هسته‌ای
- نزدیکی جغرافیایی به آسیای مرکزی و خاورمیانه و بازار غرب
- تجانس و مشابهت فرهنگی و زبانی با همسایه‌های خارجی





همکار محترم پرسش‌نامه زیر به منظور انجام تحقیقی با عنوان "امکان‌سنجی اولیه اجرا و پیاده‌سازی توریسم سلامت در سازمان تأمین اجتماعی" است. خواهشمند است شاخص‌ها را با دقت مطالعه و نظر خود را ارائه فرمایید.

- گردشگری سلامت: شاخه‌ای از علم گردشگری که به منظور درمان بیماری جسمی و انجام جراحی تحت نظر پزشکان در مراکز درمانی است که ممکن است علاوه بر معالجه و درمان به استفاده از منابع درمانی طبیعی نیز بینجامد.

- تکنیک یا ماتریس SWOT: ابزاری برای شناخت تهدیدها و فرصت‌های موجود در محیط خارجی یک سیستم و بازشناسی ضعف‌ها و قوت‌های داخلی آن به منظور سنجش وضعیت و تدوین راهبرد برای هدایت و کنترل آن سیستم است.

▲ قوت‌ها: (Strengths)

- گستردگی مراکز درمانی ملکی (بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها) سازمان در سطح کشور تا چه اندازه بر رونق توریسم پزشکی در سازمان مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- وجود مراکز اقامتی متعدد سازمان (هتل‌های سازمان) تا چه اندازه بر توسعه این صنعت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- حضور پزشکان با تخصص‌های پزشکی مختلف در سازمان تا چه اندازه بر توسعه این صنعت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- قیمت پایین اعمال جراحی در بیمارستان‌های ملکی سازمان تا چه اندازه در جذب توریست سلامت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- سرمایه‌گذاری سازمان در زمینه گردشگری (ایجاد هلدینگ گردشگری هگتا) تا چه اندازه می‌تواند بر رونق توریسم سلامت مؤثر باشد؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

▲ **ضعف‌ها:** (Weaknesses)

- آموزش ضعیف و عدم تسلط به زبان های خارجی در کادر درمانی و اجرایی سازمان تا چه اندازه می‌تواند این توسعه را به تعویق بیندازد؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- نبود سایت‌های چند زبانه در خصوص معرفی قابلیت‌ها و امکانات مراکز درمانی و بیمارستان‌ها سازمان تا چه اندازه این صنعت را متأثر می‌کند؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- عدم وجود بازاریابی در سازمان برای جذب گردشگران سلامت از سایر کشورها تا چه اندازه بر وضعیت این صنعت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- نبود استانداردهای بین‌المللی لازم در بیمارستان های ملکی سازمان تا چه اندازه بر وضعیت این صنعت در سازمان اثر گذار است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- عدم اطلاع رسانی (از طریق وب سایت) در خصوص هزینه‌های اعمال جراحی در بیمارستان‌های ملکی سازمان تا چه اندازه بر وضعیت صنعت گردشگری سلامت تأثیر گذار است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

▲ **فرصت‌ها:** (Opportunities)

- وجود پتانسیل‌های بالقوه در ایران در زمینه گردشگری تا چه اندازه اثرات جانبی مثبت در رونق گردشگری سلامت در سازمان تأمین اجتماعی ایفا می‌کند؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- افزایش توجه دولت به برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری پزشکی تا چه اندازه می‌تواند موجب توسعه روند این صنعت گردد؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- قیمت مناسب خدمات درمانی و جراحی در ایران (به علت قدرت خرید بالای گردشگران خارجی) تا چه اندازه بر رونق این صنعت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- افزایش تعداد ورود گردشگران کشورهای اروپایی به کشور در اثر بهبود روابط خارجی ایران تا چه اندازه در رونق این صنعت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- وجود اماکن و شهرهای مذهبی نظیر مشهد و قم تا چه اندازه بر رونق این صنعت مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

▲ تهدیدها: (Threats)

- توجه روزافزون وزارت بهداشت به این صنعت و در نتیجه ظهور رقیب جدید برای سازمان تا چه اندازه در رونق گردشگری سلامت در سازمان مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- وجود رقبای قوی در منطقه (کشورهای همسایه) در زمینه صنعت گردشگری سلامت تا چه اندازه می‌تواند این صنعت را تحت تأثیر قرار دهد؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- تنش‌های ایجاد شده در منطقه با کشورهای عربی تا چه اندازه بر ورود گردشگران سلامت از کشورهای مذکور مؤثر است؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

- وجود دلالتان حرفه‌ای در زمینه جذب و ساماندهی گردشگران سلامت تا چه اندازه می‌تواند تأثیرات منفی بر رونق توریسم سلامت در سازمان داشته باشد؟

خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم

در صورتی که پیشنهاد و یا نظری در خصوص سوالات پرسش‌نامه دارید بفرمایید.

با تشکر

میرحجت نجفی نسب

(دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت دانشگاه تربیت مدرس)