

سطح بندی امکانات پزشکی و بهداشتی استان‌های کشور جهت گردشگری پزشکی

علی فریدی ماسوله^۱

چکیده

طبق برآورد مک‌کینزی، شرکت دیلیت و برخی افراد و شرکت‌های معتبر دیگر، ارزش صنعت گردشگری پزشکی در سال ۲۰۱۲ بیش از صد میلیارد دلار بوده است. این نوع از گردشگری که جز گردشگری با علائق خاص محسوب می‌شود، کمترین مضرات و بیشترین منافع را برای مقصد گردشگری دارا بوده است. این نوع از گردشگری با ویژگی‌های خاصه کنونی پدیده‌ای جدید در ایران قلمداد می‌شود. از آنجایی که شروع هر کاری بسیار مهم و منابع محدود است و این مطالعه بر آن است تا استان‌های مستعد در خدمات پزشکی-درمانی را ارزیابی کند. بر اساس داده‌های موثق و در دسترس و بی‌مقیاس‌سازی آن به وسیله شاخص ناموزون موریس و در نهایت میانگین‌گیری از آن‌ها، این مسئله ارزیابی شد. نتایج موجود نشان داد که ده استان برتر در حوزه گردشگری پزشکی از لحاظ امکانات و خدمات پزشکی و درمانی، استان‌های تهران، خراسان رضوی، گیلان، فارس، آذربایجان غربی، گلستان، خوزستان، آذربایجان شرقی و اصفهان است. به‌طور کلی باید گفت که کشور زیرساخت لازم برای توسعه گردشگری پزشکی را ندارد و در صورت توسعه آن به همین منوال موجود، زیرساخت‌ها و منابع کشور دچار تهدید می‌شود.

واژگان کلیدی: گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی، IPD، ACI، ایران

۱- کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی گردشگری، دانشگاه تهران، AliFaridi@ut.ac.ir

مقدمه

گان معتقد است که (۲۰۰۲، ۹) «حرکت انسان‌ها یک ویژگی ذاتی است که هزاران سال در طول تاریخ به‌وسیله انسان‌ها انجام شده است.» «جهانگردی [به تعبیر پاپلی و سقای (۱۳۹۳) گردشگری] بزرگ‌ترین و پر رونق‌ترین صنعت جهان است» (مایکل هال و جنکینز، ۱۹۹۵: ۱۱) و «تحقق گردشگری مستلزم فاصله گرفتن از محیط معمول زندگی است» (ضیایی و تراب احمدی، ۱۳۹۱: ۹۵). "بر اساس گزارش UNWTO در طی شش دهه اخیر، گردشگری، دارای رشدی پیوسته بوده و امروزه یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های اقتصادی است که دارای بیشترین نرخ رشد در بین سایر بخش‌ها است» (ایمانی خوشخو و علی‌زاده، ۱۳۹۲: ۲). عیسی‌زاده و قدسی (۱۳۹۱) عنوان می‌کنند که «این صنعت به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین صنایع اشتغال‌زا برای بیش از ۲۱۰ میلیون نفر در جهان شغل ایجاد کرده است (۷/۶ درصد اشتغال جهانی)». «شرکت دیلیت^۱ (۲۰۰۹) تخمین زده است که حدود شش میلیون نفر در گردشگری پزشکی مشغول به کار شدند که استنتاج می‌شود در سال، این صنعت صد میلیارد دلار درآمد دارد» (فتسچرین و استفانو، ۲۰۱۶: ۵۴۰). ارزش این صنعت در جهان رو به فزونی است. «اگر چه برآورد حجم مالی این صنعت در سراسر جهان در منابع مختلف متفاوت است؛ اما تمام این برآوردها حاکی از رشد سریع بازار گردشگری پزشکی است» (شالبافیان، ۱۳۹۴: ۱۲۴).

«اقتصاد تک‌محصولی ایران که تنها بر پایه فروش نفت استوار است، کشور را با مشکلات فراوانی روبرو کرده است و همواره با بالا و پایین شدن قیمت نفت ضربه‌های زیادی بر پیکره اقتصاد کشور وارد می‌شود؛ بنابراین ایران برای حل مشکلات ناشی از وابستگی به درآمدهای ارزی صادرات نفت لازم است سرمایه‌گذاری جهت تولید و صدور آن دسته از محصولات و خدماتی که می‌تواند موجب ایجاد درآمدهای ارزی شود، انجام شود.» (جباری و دیگران، ۱۳۹۱: ۲). در غالب برنامه‌های پنج‌ساله توسعه کشور از جمله هدف چهارم در زیربخش تجارت خارجی و صادرات بخش تصویر کلان برنامه اول توسعه، بند نهم (۹) خط‌مشی‌های اساسی برنامه دوم توسعه، تبصره «ط» ماده هفتادویکم (۷۱) برنامه سوم توسعه، ماده سی‌وسوم (۳۳) و ماده صدوهفده (۱۱۷) (درباره بحث تشکیل شورای عالی توسعه صادرات غیرنفتی) برنامه چهارم توسعه و بند بیست‌ونهم (۲۹) سیاست‌های کلی و بند «ز» ماده هشتم (۸) برنامه پنجم توسعه کشور بر عدم وابستگی به فروش نفت تأکید شده است؛ اما اقدام عملی جدی کمتر صورت گرفته شده است. از این‌رو اهمیت این مطالعات نیز برای هموار کردن این مسیر بدون شک از بدیهیات است.

امکانات و تجهیزات پزشکی، عامل مهم شکل‌گیری مقصد گردشگری پزشکی مؤثر است و حالا سؤال اصلی پژوهش اینجاست که کجا برای سرمایه‌گذاری در زمینه گردشگری پزشکی مناسب است؟ سطح‌بندی سکونتگاهی^۱ اصطلاحی است که «سطح‌بندی سکونتگاه‌ها به منظور تعیین جایگاه هر سکونتگاه از نظر دسترسی به انواع خدمات، میزان رفاه و توسعه نسبی و نیز شناخت دامنه نفوذ آن در ارائه خدمات به سایر سکونتگاه‌ها صورت می‌گیرد.» (سعیدی و سایرین، ۱۳۸۷: ۴۶۰) بنابراین مهم‌ترین اقدام این پژوهش سنجش کمیت و کیفیت امکانات پزشکی - درمانی است که به لحاظ جغرافیایی سطح‌بندی استانی نام دارد و در حال پاسخگویی به سؤال «کجا مطلوب است؟» است.

مبانی نظری

«یونانی‌ها از اولین جوامعی بودند که ماهیت گردشگری را همانندشناختی که ما امروزه از این صنعت داریم، درک کردند و به نوشتن درباره گردشگری پرداختند» (ضرغام بروجنی و بذرافشان، ۱۳۹۲: ۵۳)؛ اما گردشگری سلامت تاریخچه طولانی دارد و ممکن است عنوان کرد که به ظهور بشر بر می‌گردد. فارغ از تفاوت گردشگری سلامت و گردشگری پزشکی که در بخش تعاریف و مفاهیم بحث خواهد شد، گردشگری پزشکی پدیده‌ای جدیدتر است و تاریخچه نسبتاً طولانی ندارد.

جدول ۱: روند تاریخی رشد صنعت گردشگری سلامت

دوره تاریخی	گردشگری سلامت
دوره بعد از عصر سنگ و دوران عصر برنز	بازدید از چشمه‌های گرم معدنی
قرون وسطی	بازدید از چشمه‌های دمایی
قرن ۱۶ میلادی	رواج بازدید از چشمه‌های جوانی
قرن ۱۷-۱۸ میلادی	رواج بازدید از اسپاها
قرن ۱۹ میلادی	بازدید از آب‌وهوای کنار دریا و کوهستان‌ها مصادف با شیوع سل در جهان بود.
قرن ۲۰ میلادی	تشکیل مزارع سلامت و یا چاقی که در این مکان‌ها با استفاده از تمرینات بدنی و رژیم غذایی سعی می‌شود تناسب اندام افراد حفظ شود
سال ۱۹۹۱ میلادی	تشکیل انجمن‌های بین‌المللی اسپا/بیمارستان‌ها به سمت ایجاد اسپاها و در زمان حاضر
	اسپاها به سمت ایجاد بیمارستان‌ها سوق پیدا کردند.

(سلمانی ۱۳۹۲: ۱۶)

در گذشته افراد مختلفی برای درمان به مناطق دیگر سفر می‌کردند و باید عنوان کرد که در گذشته تعداد معدودی مراکز درمانی و بیمارستان به این حوزه مربوط بود اما «امروزه صدها بیمارستان و درمانگاه و بیش از سی کشور مختلف وجود دارد که آن را ترویج می‌کنند» (سعادت‌نیا و مهرگان، ۲۰۱۴: ۱۵۶). «از قرن هجدهم تا قرن بیستم، اغلب بیماران ثروتمند، از کشورهای درحال توسعه به مراکز پزشکی اروپا و ایالات متحده برای درمان پزشکی سفر می‌کردند. این روند، در اواخر قرن بیستم، شروع به معکوس کرد و به صورت قابل توجهی در قرن بیست و یکم با استفاده از جهانی شدن ارتباطات و فناوری حمل و نقل افزایش یافته که در آن مردم کمتر ثروتمند از کشورهای توسعه یافته سفر به کشورهای درحال توسعه برای درمان‌های پزشکی را شروع کردند.» (فتسچرین و استفانو، ۲۰۱۶: ۵۳۹) اما برخی همچنان بر این باور هستند که این نوع از گردشگری «به طور معمول جریان جابه‌جایی از پیرامون به مرکز است» (یعقوب‌زاده، ۱۳۹۳: ۱۷۲؛ زیاری و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۰) که این مسئله به قرن ۱۸ تا ۲۰ مربوط می‌شود. توصیه می‌شود که با وجود تغییر جدی در جریان گردشگری پزشکی، جریان گردشگری پزشکی از کشورهای توسعه یافته به کشورهای درحال توسعه را «جریان جنوب» و جریان گردشگری پزشکی از کشورهای درحال توسعه به کشورهای توسعه یافته را «جریان شمال» این نوع از گردشگری بنامیم و آن‌ها را به رسمیت بشناسیم و به مطالعه آن‌ها بپردازیم.

مطالعات درباره گردشگری پزشکی محدود است و از این پژوهش‌ها نمی‌توانیم راهبردی لازم بنیان بنهیم اما پژوهش‌ها در این زمینه در دنیا رو به افزایش است و برای استناد به این موضوع می‌توان به تعداد مقالات نمایه شده در sciencedirect اشاره کرد که به ترتیب در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ از ۵۴۱ به ۵۷۰، ۷۱۹ و ۸۶۱ رسیده است. اما در این میان، ما با مطالعه منابعی همچون فتسچرین و استفانو (۲۰۱۶) هو (۲۰۱۵)، جاپ (۲۰۱۲)، مقیمه‌فر و ناصراصفهان‌ی (۲۰۱۱)، آلمان و دیگران (۲۰۱۱)، باقری (۲۰۱۰)، کاررا و بریجز (۲۰۰۶)، چی (۲۰۱۰)، کانل (۲۰۰۶)، گیل و ساین (۲۰۱۱)، گوپتا (۲۰۰۸)، هلبل (۲۰۱۱)، هونگ و دیگران (۲۰۱۰)، هاپکینز و دیگران (۲۰۱۰)، سنگوپتا (۲۰۱۱)، اسمیت و فورجیون (۲۰۰۷)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)، تامپسون (۲۰۰۸)، تامپسون (۲۰۱۱)، گان (۲۰۰۲)، پاپلی و سقایی (۱۳۹۳)، تورانی و دیگران (۲۰۱۰)، دلگشایی و دیگران (۱۳۹۱)، یعقوب‌زاده (۱۳۹۳)، زیاری و دیگران (۱۳۹۳)، سعادت‌نیا و مهرگان (۲۰۱۴)، جباری و دیگران (۱۳۹۱) رضوانی (۱۳۹۰) و برخی منابع دیگر به پیش‌زمینه نظری زیر رسیدیم و در نهایت به آن تغییراتی را جهت کامل‌شدن اعمال کردیم.

«گردشگری پزشکی» مفهومی خاص در «گردشگری سلامت» است. «گردشگری سلامت» مفهومی مبهم است که با وجود تعاریفی که از این اصطلاح در جهان عنوان شده است، آن را

مبهم‌تر کرده است. ما نیز همچون فتسچرین و استفانو، (۲۰۱۶) با پیشنهاد اسمیت و پیچکو (۲۰۰۹) موافق هستیم که گردشگری سلامت متشکل از «گردشگری تندرستی» و «گردشگری پزشکی» است و گردشگری پزشکی اصطلاحی برای استفاده در مواردی است که در آن مداخلات پزشکی، جراحی یا دندان‌پزشکی مورد نیاز است و هر چیز دیگر، گردشگری تندرستی است. « با توجه به شاخص گردشگری پزشکی و عامل‌های استخراج شده از مقاله پژوهشی فتسچرین و استفانو، تعریفی که فتسچرین و استفانو از این شاخص می‌دهند بدین شرح است که «شاخص گردشگری پزشکی جذابیت یک کشور را به‌عنوان یک مقصد گردشگری پزشکی در شرایط فضای کلی کشور؛ هزینه‌های بهداشت و درمان و جذابیت گردشگری و کیفیت امکانات و خدمات پزشکی اندازه‌گیری می‌کند. « (فتسچرین و استفانو، ۲۰۱۶: ۵۴۰)

در میان مبانی نظری‌های گوناگون با رویکردهای متفاوت، پیش‌زمینه نظری عوامل جاذب و دافع^۱ با رویکردی اقتصادی برای این پژوهش رویکردی مناسب است. فتسچرین و استفانو عنوان می‌کنند که با توجه به ادبیات اقتصادی، دان (۱۹۷۷) مفهوم عوامل جاذب یا جلوبرنده و عوامل دافع یا فشار را برای گردشگری بین‌المللی به‌عنوان یک تجارت و خدمات بین‌المللی پیشنهاد می‌کند که می‌تواند مبنا و پایگاه نظری این مطالعه باشد. مطالعات جدی در این زمینه انجام نشده است؛ ولی مطالعاتی را که می‌توان به آن نزدیک دانست، مطالعات فعالجو و نصیریان (۱۳۹۴)، شعبان‌زاده، بنی‌اسدی، حیاتی و راحلی (۱۳۹۴)، بدری و طیبی (۱۳۹۱)، عزیزی و صادقی (۱۳۹۲)، هنگ تسویی (۲۰۱۷)، درس‌نر، لین و ویندل (۱۹۹۶)، یوجنیو-مارتین و اینچائوستی-سینتس (۲۰۱۶) و تعدادی دیگر است.

ما با توجه به ادبیات اقتصادی مفاهیم عوامل جاذب یا جلوبرنده و عوامل دافع یا فشار به‌عنوان مبنا و پایگاه نظری این پژوهش و در نظر گرفتن شاخص و معیارهای پژوهش فتسچرین و استفانو به‌عنوان پیکسل‌های مشخص‌کننده تصویر واقعی استان مطلوب جهت سرمایه‌گذاری و انباشت منابع جهت برداشت منافع این مطالعه را در ادامه انجام خواهیم داد. این پیش‌زمینه نظری نه‌تنها به‌عنوان دافع گردشگری بین‌المللی که به دلیل نظری از آنجایی که بی‌شکل است، می‌توان به‌عنوان پیش‌زمینه‌ای که در گردشگری داخلی نیز مطرح باشد و به جریان‌ات گردشگری در داخل کشور نیز پی برد.

1- Push & Pull Factor

روش پژوهش

روش انجام پژوهش از مهم‌ترین قسمت‌های هر پژوهش است. اهمیت روش در تکرارپذیربودن آن است و آن بدین معناست که هر چه یک پژوهش تکرار شود، حتی توسط هر فرد یا افراد دیگر، همان نتیجه به دست دهد. هدف مطالعه تبیین و پیمایش وضعیت استان‌ها به صورت اکتشافی و بر اساس داده‌های موجود با عدم دخالت پژوهشگر و یا می‌توان گفت که میزان دخالت پژوهشگر منفعلانه و به صورت «مطالعه آنچه هست» است. نوع پژوهش سطح‌بندی یا رتبه‌بندی مکانی و در افق زمانی مقطعی با واحد تحلیل سازمانی (استان‌ها) است. این پژوهش از نظر هدف، جز پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش توصیفی - تحلیلی است.

مواد مورد ارزیابی پژوهش ما، کمیت مجوز ملی IPD و کمیت مجوز بین‌المللی ACI به‌عنوان جامع متغیرها و اما پس از دسترسی به داده‌های در دسترس، جهت بررسی و انجام پژوهش، جهت بی‌مقیاس‌سازی و یکسان‌سازی داده‌ها جهت شناخت وضعیت هر استان در متغیر خاص خود و در نتیجه ترکیب متغیرها و برآورد سطح استان مورد نظر، از روش شاخص ناموزون موریس استفاده شده است؛ این روش که ضریب محرومیت و روش فازی نیز نام دارد، به شرح زیر است:

$$1lod = \frac{X_{ij} - X_{j \max}}{X_{j \max} - X_{j \min}} * 100$$

$$2lod = \frac{X_{j \max} - X_{ij}}{X_{j \max} - X_{j \min}} * 100$$

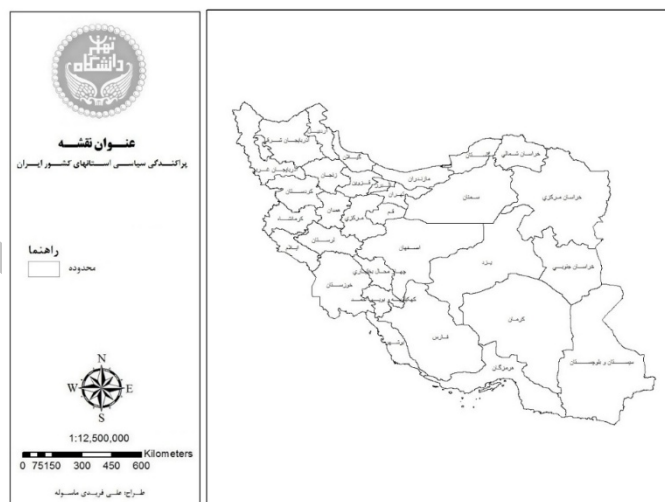
روش موریس یکی از کاربردی‌ترین روش‌ها برای رتبه‌بندی مکان‌ها از جنبه‌های مختلف است. بنا بر گفته شمس و رشیدی (۱۳۹۰) این روش نخستین بار در سال ۱۹۹۰ برای درجه‌بندی ۱۳۰ کشور جهان از نظر توسعه انسانی به نام شاخص توسعه انسانی توسط دفتر عمران سازمان ملل به کار گرفته شده است. این مدل از فرمول لود برای استانداردسازی داده‌ها استفاده می‌کند. هر دو شاخص ناموزون موریس و یا لود که در بالا آمده است، به یک منظور و آن هم بی‌مقیاس‌سازی داده‌ها و قراردعی آن‌ها در محدوده عدد ۰ تا ۱۰۰ است که رابطه مقدار اعداد و ارزش آن به شکل مستقیم است و آن به این معنی است که هرچه اعداد بیشتر می‌شود، ارزش اعداد نیز بیشتر و بالعکس است البته با این تفاوت که شاخص لود شماره یک برای داده‌های کمتر اهمیت قائل است؛ مانند مواردی که میزان کم آن اهمیت دارد و شاخص لود شماره دو برای داده‌های بیشتر اهمیت قائل است؛ مانند مواردی که میزان افزون آن اهمیت دارد. در نهایت با میانگین‌گیری از تمام متغیرها برای عوامل برای نتیجه‌گیری پژوهش به تحلیل و بررسی جامع پژوهش می‌پردازیم.

در نهایت باید عنوان کرد که مهم‌ترین و برجسته‌ترین علت انتخاب این روش، ساده‌بودن روند کار در عین حجیم‌بودن داده‌های پژوهش بوده است. این پژوهش را می‌توان با روش‌های مختلفی انجام داد اما

شایسته است که با ساده‌ترین روش موجود یعنی شاخص موریس یا روش برآورد میزان محرومیت یا روش فازی بی‌مقیاس‌سازی و میانگین‌گیری انجام شود. درضمن، تحلیل‌های این پژوهش به‌وسیلهٔ اکسل ۲۰۱۳ ارزیابی شد که به نتایج زیر منتج شد. درضمن محاسبات انجام شده با هشت رقم اعشار بوده که در این اثر، دو رقم از اعشار هر کدام از اعداد متغیرها و عوامل آمده است.

محدودهٔ جغرافیایی مورد مطالعه

جمهوری اسلامی ایران (ج.ا.ایران)، محدودهٔ مورد مطالعه این پژوهش است که در قاره آسیا و در محدودهٔ خاورمیانه در جنوب غربی آسیا واقع شده است. این کشور به لحاظ ساختار آب‌وهوایی دارای تنوع گسترده‌ای است که به گفته دکتر کردوانی، ایران از لحاظ تنوع آب‌وهوایی رتبه دوم را بعد از ایالات متحده داراست. این تنوع گسترده صرفاً به ویژگی‌های آب‌وهوایی بسنده نیست؛ چراکه این تنوع در ویژگی‌های مردم‌شناختی نیز مشاهده می‌شود. ساختار سیاسی و اداری جمهوری اسلامی ایران به ۳۱ استان تقسیم شده است؛ به ترتیب حروف الفبا، ۳۱ استان این کشور شامل آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، البرز، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، خراسان رضوی، خراسان شمالی، خوزستان، زنجان، سمنان، سیستان و بلوچستان، فارس، قزوین، قم، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گلستان، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، هرمزگان، همدان و یزد است که پراکندگی جغرافیایی آن را می‌توان در شکل شماره ۳-۲ مشاهده کرد.



نقشه ۱: پراکندگی جغرافیایی استان‌های ج.ا.ایران

برآیندهای پژوهش

جهت ارزیابی این موضوع، به دلیل جدیدبودن این پدیده در ایران و در نتیجه نبود داده‌های موردنظر، به تعداد و کمیت گواهی‌نامه‌ها و مجوزهای اعتباربخشی ملی و بین‌المللی بیمارستانی صادر شده از طرف سازمان‌های مختلف بسنده خواهد شد. گواهی‌نامه اعتباربخشی ملی IPD و گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI دو معیار برای ارزیابی استان‌های مختلف است.

گواهی‌نامه اعتباربخشی ملی IPD

در کتابچه راهنمای تأسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل (IPD) در بیمارستان درباره تعریف IPD آمده است که «واحدی است در بیمارستان که وظیفه آن ایجاد هماهنگی‌های لازم در ارائه کلیه خدمات به بیماران خارجی و بیماران با خدمات ویژه است» (ص ۷) و همچنین اهداف کلی و اختصاصی خود از تأسیس دپارتمان بیماران بین‌الملل (IPD) را چنین بیان می‌کند:

اهداف کلی

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؛

مختصر می‌توان گفت که با توجه به کتابچه راهنمای تأسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل (IPD) در بیمارستان (ص ۵) در واقع تأسیس IPD در بیمارستان نشان دهنده تعهد مدیریت نسبت به کیفیت ارائه خدمات به مشتریان بین‌المللی و توجه به نیازهای ایشان در محیط بیمارستان و خارج از آن است. به‌طور خلاصه برای ایجاد دپارتمان بیماران بین‌المللی فراهم‌آوردن شرایط و امکانات ذیل ضروری است:

جدول ۲: شرایط و امکانات ایجاد دپارتمان بیماران بین‌المللی (IPD)

فرایندها	ابزار و امکانات	نیروی انسانی	ساختار
تهیه فرم‌ها و قالب مکاتبات و گزارش‌ها، بسته‌های خدمات و قیمت‌گذاری آن، ارتباط با متقاضیان بین‌المللی را تسهیل و سرعت می‌بخشد.	بهتر است دفتر IPD در پایویں مراجعات بین‌الملل و ویژه مستقر شود. نصب علائم و تهیه کتابچه راهنمای مراجعین خارجی و در سطح بالاتر ایجاد امکانات پزشکی از راه دور شرایط بهتری را برای جلب رضایت بیماران خارجی و اخذ گواهی‌نامه‌های بین‌المللی فراهم می‌آورد.	آشنایی به حداقل یک زبان خارجی و فراگیری آموزش‌های مختلف در خصوص برخورد با بیماران خارجی و فرایند خدمات گردشگری اعم از مترجم، ترانسفر، صدور و تمدید ویزا لازم است. IPD برای کارکنان همچنین گروهی از پزشکان و کارکنان بخش‌های مختلف زنجیره‌ای پیوسته را برای تأمین خدمات موردنیاز بیماران خارجی تشکیل خواهند داد.	صرف نظر از اینکه IPD در کجای سازمان اداری بیمارستان قرار می‌گیرد، تعریف جایگاه مشخص در چارت بیمارستان به نحوی که ارتباط مستقیم آن با کلیه بخش‌ها ممکن باشد، ضروری است.

(منبع: کتابچه راهنمای تأسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین‌الملل (IPD))

- برای موفقیت بیمارستان در جذب بیماران بین‌الملل آموزش مدیران ارشد بیمارستان و مدیران و سرپرستان بخش‌ها و مسئولان پذیرش و ترخیص بسیار ضروری است و اما سرفصل‌هایی که برای تیم بین‌الملل بیمارستان توصیه می‌شود، طبق همین دفترچه چنین است:
۱. هدف‌گذاری و تدوین استراتژی برای حضور در بازارهای بین‌المللی؛
 ۲. شناخت انتظارات بیماران بین‌الملل؛
 ۳. مدیریت درخواست‌ها و انتظارات بیماران بین‌الملل؛
 ۴. آشنایی با فرایند تماس و پیگیری؛
 ۵. روش‌های کاهش مخاطرات و آسیب‌های احتمالی؛
 ۶. استقرار سیاست‌ها و رویه‌های متناسب با بیماران بین‌الملل در بیمارستان؛
 ۷. تداوم مراقبت‌ها و پیگیری‌های پس از درمان؛
 ۸. نحوه تعامل با تسهیلگران گردشگری درمانی در داخل و خارج از کشور؛
 ۹. روش قیمت‌گذاری و بازاریابی؛
 ۱۰. ابزاری تبلیغاتی و اطلاع‌رسانی جهت حضور در بازارهای جهانی.

علاوه بر موارد فوق، موارد و استانداردهایی به صورت پراکنده درباره مسائل تیم مراقبان بیمار بین‌الملل، سایت اینترنتی بیمارستان بین‌الملل، کمیته بیمارستان بین‌الملل، اهداف بیمارستان بین‌الملل، ساختار فیزیکی لازم، حداقل استانداردهای موردنیاز هتلینگ برای مراکز دارای بیمارستان پذیرش بیمار بین‌الملل، همراه بیمار، ساختار نیروی انسانی، وظایف پزشک IPD، تیم مراقبان بیمار، نحوه پذیرش بیمار بین‌الملل، خدمات ویژه به بیمار بین‌الملل، گردش کار مالی، گردش کار تریکس، مدیریت خطر و ایمنی بیمار در مراکز درمانی دارای بیمارستان پذیرش بیمار بین‌الملل و... در این کتابچه اشاراتی شده است.

آمار بیمارستان‌هایی که عنوان می‌شود که می‌توان آن را تا حدود سیصد بیمارستان رساند، ۱۰۱ بیمارستان تا پایان سال ۱۳۹۵ است که به دو نوع مجوز یک‌ساله و شش‌ماهه یا مشروط تقسیم می‌شوند که به شرح زیر است:

جدول ۳: لیست بیمارستان‌های دارای مجوز یک‌ساله IPD

ردیف	دانشگاه	نام بیمارستان	نوع فعالیت
۱	ایران	مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی، پژوهشی شهید رجایی	دانشگاهی
۲	ایران	ابن سینا تهران	خصوصی
۳	ایران	آپادانا تهران	خصوصی
۴	ایران	بهمن تهران	خصوصی
۵	ایران	پارسیان	خصوصی
۶	ایران	پارس تهران	خصوصی
۷	ایران	جم تهران	خصوصی
۸	ایران	عرفان تهران	خصوصی
۹	ایران	گاندی	خصوصی
۱۰	ایران	محب کوثر	خصوصی
۱۱	ایران	محب مهر	خصوصی
۱۲	شهیدبهبشتی	آیت‌الله طالقانی تهران	دانشگاهی
۱۳	شهیدبهبشتی	خاتم الانبیاء تهران	نهاد دولتی
۱۴	شهیدبهبشتی	نور تهران	خصوصی
۱۵	شهیدبهبشتی	نیکان تهران	خصوصی
۱۶	شهیدبهبشتی	نگاه تهران	خصوصی
۱۷	شهیدبهبشتی	مهراد	خصوصی

ردیف	دانشگاه	نام بیمارستان	نوع فعالیت
۱۸	شهیدبهبشتی	بقیه اله	نهاد دولتی
۱۹	تهران	مرکز درمانی آموزشی سینا	دانشگاهی
۲۰	تهران	مدائن تهران	خصوصی
۲۱	تهران	صدیقه زهرا	خصوصی
۲۲	مشهد	فوق تخصصی رضوی مشهد	خصوصی
۲۳	مشهد	مهر حضرت عباس مشهد	خصوصی
۲۴	مشهد	بنت الهدی	خصوصی
۲۵	شیراز	مادروکودک غدیر	خصوصی
۲۶	شیراز	کوثر	خصوصی
۲۷	شیراز	دکتر خدادوست	خصوصی
۲۸	شیراز	دنا	خصوصی
۲۹	شیراز	دکتر میر حسینی	خصوصی
۳۰	تبریز	امیر المومنین تبریز	خصوصی
۳۱	تبریز	شمس تبریز	خصوصی
۳۲	اصفهان	سعیدی اصفهان	خصوصی
۳۳	اصفهان	تخصصی خانواده اصفهان	خصوصی
۳۴	اصفهان	شهید مطهری	نهاد دولتی
۳۵	ارومیه	شفا ارومیه	خصوصی
۳۶	اردبیل	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی قائم	خصوصی
۳۷	اهواز	مرکز آموزشی درمانی شفا اهواز	دانشگاهی
۳۸	البرز	تخت جمشید	خصوصی
۳۹	کردستان	دکتر سید بقاء سیدالشهدایی	خصوصی
۴۰	گلستان	بیمارستان شفا گرگان	خصوصی
۴۱	گلستان	بیمارستان بسکی گنبد	خصوصی
۴۲	گیلان	آریا رشت	خصوصی
۴۳	گیلان	بیمارستان قائم	خصوصی
۴۴	یزد	بیمارستان امام جعفر صادق میبد	دانشگاهی
۴۵	یزد	بیمارستان افشار یزد	دانشگاهی

(منبع: اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

جدول ۴: لیست بیمارستان‌های دارای مجوز شش‌ماهه IPD

ردیف	دانشگاه	نام بیمارستان	نوع فعالیت
۱	ایران	البرز تهران	خصوصی
۲	ایران	آتیه تهران	خصوصی
۳	ایران	پیامبران تهران	خصوصی
۴	ایران	تهران تهران	خصوصی
۵	ایران	توس تهران	خصوصی
۶	ایران	کسری تهران	خصوصی
۷	ایران	لاله تهران	خصوصی
۸	ایران	مهر تهران	خصوصی
۹	شهیدبهشتی	بینا تهران	خصوصی
۱۰	شهیدبهشتی	کودکان مفید تهران	دانشگاهی
۱۱	شهیدبهشتی	آراد	خصوصی
۱۲	شهیدبهشتی	اختر	دانشگاهی
۱۳	تهران	پارسا تهران	خصوصی
۱۴	تهران	امیراعلم تهران	دانشگاهی
۱۵	تهران	محب یاس	خصوصی
۱۶	تهران	شهریار تهران	خصوصی
۱۷	تهران	نور افشار	خصوصی
۱۸	مشهد	بیمارستان و زایشگاه پاستور نو مشهد	خصوصی
۱۹	مشهد	جوادالائمه قلب و عروق مشهد	خصوصی
۲۰	مشهد	سینا مشهد	خصوصی
۲۱	مشهد	مرکز آموزشی و پژوهشی و درمانی طالقانی	دانشگاهی
۲۲	شیراز	اردیبهشت	خصوصی
۲۳	شیراز	پارس	خصوصی
۲۴	شیراز	علوی	خصوصی
۲۵	تبریز	الزهرا تبریز	دانشگاهی
۲۶	تبریز	بهبود تبریز	خصوصی
۲۷	تبریز	شهدای تبریز	دانشگاهی
۲۸	تبریز	طالقانی تبریز	دانشگاهی
۲۹	تبریز	قلب و عروق شهید مدنی تبریز	دانشگاهی

ردیف	دانشگاه	نام بیمارستان	نوع فعالیت
۳۰	تبریز	شهید محلاتی	خصوصی
۳۱	ارومیه	امام رضا ارومیه	نهاد دولتی
۳۲	ارومیه	آذربایجان ارومیه	خصوصی
۳۳	ارومیه	دکتر صولتی ارومیه	خصوصی
۳۴	ارومیه	شهید عارفیان	نهاد دولتی
۳۵	ارومیه	مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه	دانشگاهی
۳۶	اردبیل	امام خمینی اردبیل	دانشگاهی
۳۷	اهواز	آپادانا اهواز	خصوصی
۳۸	اهواز	آیت‌الله طالقانی اهواز	دانشگاهی
۳۹	اهواز	بزرگ نفت اهواز	نهاد دولتی
۴۰	اهواز	مهر اهواز	خصوصی
۴۱	اهواز	سینا	دانشگاهی
۴۲	اهواز	رازی	دانشگاهی
۴۳	قزوین	مهرگان	خصوصی
۴۴	کرمانشاه	امام حسین (ع)	نهاد دولتی
۴۵	کرمانشاه	بیستون	خصوصی
۴۶	کرمانشاه	امام رضا (ع)	دانشگاهی
۴۷	کرمانشاه	امام علی (ع)	دانشگاهی
۴۸	کرمانشاه	فارابی	دانشگاهی
۴۹	گلستان	مرکز آموزشی درمانی پنجم آذرگران	دانشگاهی
۵۰	گلستان	بیمارستان دکتر موسوی گرگان	خصوصی
۵۱	گلستان	بیمارستان فلسفی گرگان	خصوصی
۵۲	گلستان	بیمارستان خاتم الانبیا گنبد	نهاد دولتی
۵۳	گلستان	بیمارستان آل جلیل	دانشگاهی
۵۴	گیلان	گلسار رشت	خصوصی
۵۵	نیشابور	حکیم	دانشگاهی
۵۶	یزد	بیمارستان حضرت سیدالشهداء یزد	خصوصی

(منبع: اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

اگر ما بخواهیم کمیت و تراکم بیمارستان‌های دارای مجوز IPD استان‌های مختلف را به‌عنوان منبعی جامع در نظر قرار دهیم، می‌توان گفت که تراکم و کمیت بیمارستان دارای مجوز یک‌ساله و شش‌ماهه یا مشروط در استان‌های مختلف، به شرح زیر است:

برای رسیدن به امتیازی بر مبنای تراکم و کمیت بیمارستان دارای مجوز یک‌ساله و شش‌ماهه یا مشروط در استان‌های مختلف ضریب ۲ برای مجوز یک‌ساله و ضریب ۱ برای مجوز شش‌ماهه یا مشروط برای استان‌های مختلف در نظر می‌گیریم و پس از محاسبه امتیاز، ضریب ناموزن مورس آن را حساب کرده سپس به شکل زیر رتبه‌بندی می‌کنیم.

جدول ۵: تراکم و کمیت بیمارستان دارای مجوز یک‌ساله و شش‌ماهه یا مشروط IPD در استان‌ها و محاسبه

امتیاز، مورس و رتبه‌بندی استان‌ها از لحاظ تراکم وجود انواع مجوزهای IPD

رتبه	مورس	امتیاز استان ^۲	تعداد بیمارستان دارای مجوز IPD ^۱		نام استان
			شش‌ماهه	یک‌ساله	
۷	۱۱/۸۶	۷	۵	۱	آذربایجان شرقی
۴	۱۶/۹۴	۱۰	۶	۲	آذربایجان غربی
۱۰	۵/۰۸	۳	۱	۱	اردبیل
۸	۱۰/۱۶	۶	۰	۳	اصفهان
۱۱	۳/۳۸	۲	۰	۱	البرز
۱۳	۰	۰	۰	۰	ایلام
۱۳	۰	۰	۰	۰	بوشهر
۱	۱۰۰	۵۹	۱۷	۲۱	تهران
۱۳	۰	۰	۰	۰	چهارمحال و بختیاری
۱۳	۰	۰	۰	۰	خراسان جنوبی
۳	۱۸/۶۴	۱۱	۵	۳	خراسان رضوی
۱۳	۰	۰	۰	۰	خراسان شمالی
۶	۱۳/۵۵	۸	۶	۱	خوزستان

۱- طبق اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (به تفصیل اسامی بیمارستان‌ها در پایان نامه موجود است).

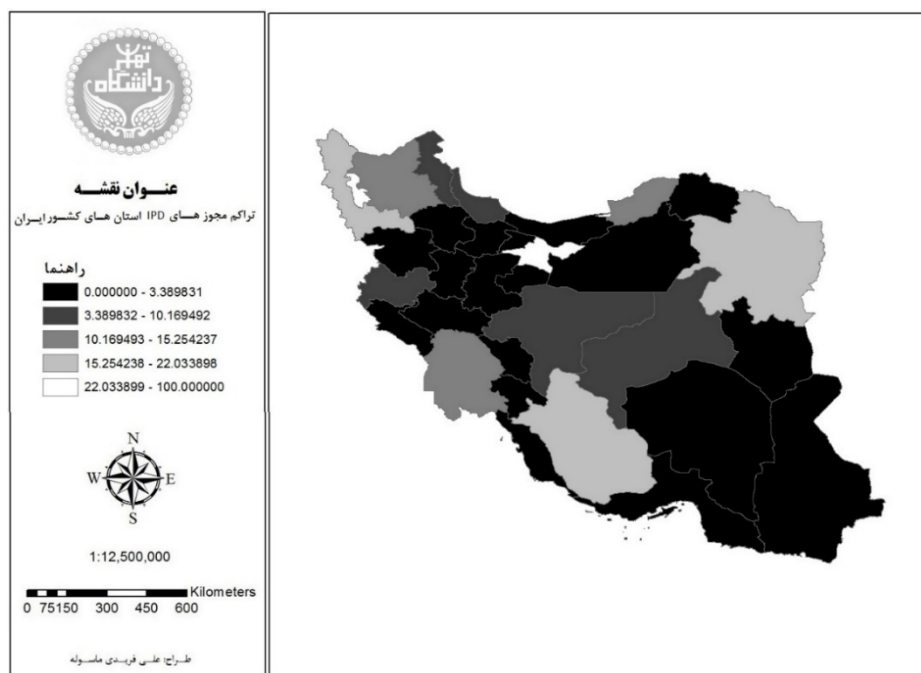
۲- طبق یافته‌های پژوهش

۳- طبق یافته‌های پژوهش

رتبه	D. I IPD ³		تعداد بیمارستان دارای مجوز ¹ IPD		نام استان
	موریس	امتیاز استان ²	شش‌ماهه	یک‌ساله	
۱۳	۰	۰	۰	۰	زنجان
۱۳	۰	۰	۰	۰	سمنان
۱۳	۰	۰	۰	۰	سیستان و بلوچستان
۲	۲۲/۰۳	۱۳	۳	۵	فارس
۱۲	۱/۶۹	۱	۱	۰	قزوین
۱۳	۰	۰	۰	۰	قم
۱۱	۳/۳۸	۲	۰	۱	کردستان
۱۳	۰	۰	۰	۰	کرمان
۹	۸/۴۷	۵	۵	۰	کرمانشاه
۱۳	۰	۰	۰	۰	کهگیلویه و بویراحمد
۵	۱۵/۲۵	۹	۵	۲	گلستان
۹	۸/۴۷	۵	۱	۲	گیلان
۱۳	۰	۰	۰	۰	لرستان
۱۳	۰	۰	۰	۰	مازندران
۱۳	۰	۰	۰	۰	مرکزی
۱۳	۰	۰	۰	۰	هرمزگان
۱۳	۰	۰	۰	۰	همدان
۹	۸/۴۷	۵	۱	۲	یزد

(منبع: اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یافته‌های پژوهش)

طبق تراکم وجود انواع مجوزهای IPD در کشور، پراکندگی استان‌های مستعد در زمینه گردشگری پزشکی از لحاظ ضریب ناموزون موریس انواع مجوزهای IPD، به شکل نقشه‌ای که در ادامه می‌آید، است:



شکل ۲: تراکم و پراکندگی انواع مجوزهای IPD (منبع: یافته‌های پژوهش)

همان طور که مشاهده می‌کنید، سطح‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد که استان‌های تهران، خراسان رضوی، آذربایجان غربی و فارس وضعیت مطلوبی دارند که می‌توان به‌طورنسبی استان‌های آذربایجان شرقی، خوزستان و گلستان را نیز از استان‌های مستعد دانست اما سایر استان‌ها از این لحاظ وضعیت مطلوبی ندارند. نکته قابل توجه پراکندگی نسبتاً مناسب استان‌ها است که در همه نقاط پراکنده است و اگر استان سیستان و بلوچستان نیز احیا شود، وضعیت پراکندگی بهتر می‌شود.

گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی کانادا (ACI)

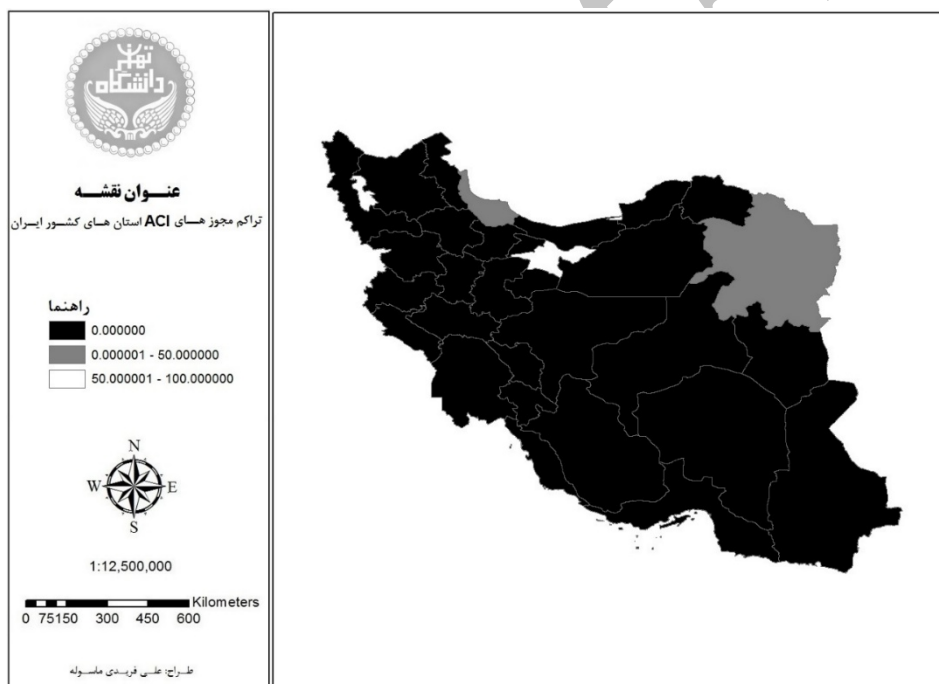
از لحاظ گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI که بر کیفیت و ایمنی بیمارستان‌ها متمرکز است و از لحاظ اعتبار علمی در سطح بالایی در جهان قرار دارد. کالج آمریکایی جراحان (ACS) که کانادا یک عضو فعال آن است و درحال توسعه یک برنامه استاندارد برای بیمارستان بوده است، در سال ۱۹۱۷ آغاز می‌شود. اولین حداقل استاندارد برای بیمارستان توسعه‌یافته در این سال فقط یک صفحه بود. در سال ۲۰۱۷ و با یک قرن تجربه در این عرصه، چهار بیمارستان از این مرکز اعتباربخشی توانستند که استاندارد لازم را کسب کنند که آن‌ها به شرح جدولی که در ادامه می‌آید، است:

جدول ۶: بیمارستان‌های دارای گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI (منبع: سایت رسمی ACI)

سازمان/بیمارستان	شهر	شروع اعتبار	سطح
عرفان	تهران	۲۰۱۶	الماس
جم	تهران	۲۰۱۶	طلا
رضوی	مشهد	۲۰۱۲	الماس
قائم	رشت	۲۰۱۷	طلا

(منبع: سایت رسمی ACI (<https://www.accreditation.ca>))

به لحاظ مقدار موريس به دليل کم بودن استان‌های دارای گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI، استان تهران ۱۰۰، خراسان رضوی و گیلان ۵۰ و سایر استان‌ها صفر است که پراکندگی آن در نقشه کشور چنین خواهد بود.



شکل ۳: پراکندگی استان‌های دارای گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI (منبع: سایت رسمی ACI)

همان طور که مشاهده می‌شود، سطح‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد که فقط سه استان تهران با دو بیمارستان و خراسان رضوی و گیلان با یک بیمارستان جزو استان‌های مستعد در زمینه درمانی محسوب می‌شوند.

برآیند نهایی

در این بخش به جمع‌بندی هر دو عامل خواهیم پرداخت. جمع‌بندی عوامل به ما کمک خواهد کرد تا به استان‌های مستعد در زمینه امکانات پزشکی و درمانی پی ببریم. در این بخش، دو عامل گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI و گواهی‌نامه اعتباربخشی ملی IPD می‌پردازیم که جدول ذیل به جمع‌بندی آن‌ها و در نتیجه یافته نهایی پژوهش اختصاص دارد.

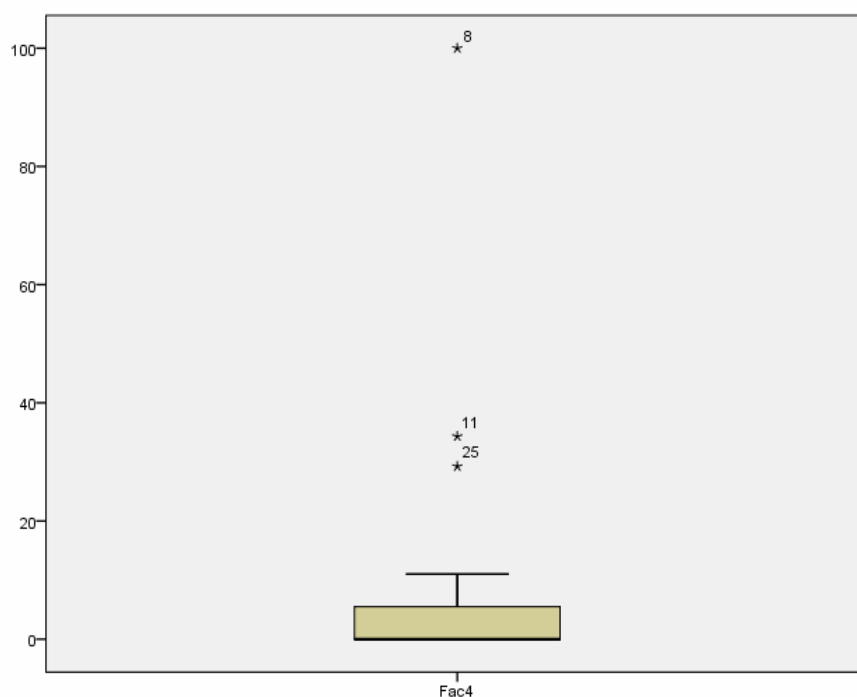
جدول ۷: یافته نهایی پژوهش (منبع: یافته‌های پژوهش)

میانگین D. I عامل چهارم		نام استان
رتبه	موریس	
۸	۵/۹۳	آذربایجان شرقی
۵	۸/۴۷	آذربایجان غربی
۱۲	۲/۵۴	اردبیل
۹	۵/۰۸۴	اصفهان
۱۳	۱/۶۹	البرز
۱۶	۰	ایلام
۱۶	۰	بوشهر
۱	۱۰۰	تهران
۱۶	۰	چهارمحال و بختیاری
۱۶	۰	خراسان جنوبی
۲	۳۴/۳۲	خراسان رضوی
۱۶	۰	خراسان شمالی
۷	۶/۷۷	خوزستان
۱۶	۰	زنجان
۱۶	۰	سمنان
۱۶	۰	سیستان و بلوچستان
۴	۱۱/۰۱	فارس

میانگین D. I. عامل چهارم		نام استان
رتبه	موريس	
۱۵	۰/۸۴	قزوین
۱۶	۰	قم
۱۴	۱/۶۹	کردستان
۱۶	۰	کرمان
۱۰	۴/۲۳	کرمانشاه
۱۶	۰	کهگیلویه و بویراحمد
۶	۷/۶۲	گلستان
۳	۲۹/۲۳	گیلان
۱۶	۰	لرستان
۱۶	۰	مازندران
۱۶	۰	مرکزی
۱۶	۰	هرمزگان
۱۶	۰	همدان
۱۱	۴/۲۳	یزد

جدول فوق نشان دهنده نتایج موجود در هر دو عامل داخلی و خارجی است. ده استان برتر در حوزه گردشگری پزشکی از لحاظ امکانات و خدمات پزشکی و درمانی، استان‌های تهران، خراسان رضوی، گیلان، فارس، آذربایجان غربی، گلستان، خوزستان، آذربایجان شرقی و اصفهان است. به‌طور کلی می‌بایست گفت که این موارد به‌خوبی عنوان می‌کند که کشور زیرساخت لازم برای توسعه گردشگری پزشکی را به هیچ عنوان ندارد و در صورت توسعه آن به همین منوال موجود، زیرساخت‌ها و منابع کشور دچار تهدید می‌شود. باید این مسئله را به مسئولان کشور ج.ا.ایران عنوان کنم که اگر قصد توسعه محدوده تحت اقدام سیاسی خود را دارید، باید پژوهشگران و محققین عرصه‌های مختلف در ایران را به‌عنوان یک فرصت بی‌بدیل تلقی کرد و تمام تلاش خود را در این راه هموار کرد. نگاه تنگ‌نظرانه، ویژه‌خواری، نگاه نفتی، نگاه بیش از حد امنیتی به مسائل و همچنین حرص و طمع برای رقابت با عرصه‌های خصوصی و فردی از جمله دلایل این نگاه بسته به این مقوله است که باعث می‌شود داده‌ها و اطلاعات محرمانه قلمداد شود و در عرصه‌های گوناگون، همکاری دوستانه جهت پیش‌برد منافع کشور به رقابت خصمانه جهت تخریب یکدیگر بدل شود.

این پژوهش نیز از این مقوله ضربه جدی خورد چراکه برخی از همین مسائل و مسائل دیگر باعث شد که از میان متغیرهای مختلف، فقط ۲ متغیر مورد بررسی قرار گیرد و این یکی از ضربه‌های جدی مسئولان امر، نه فقط به این پژوهش، که به دلیل سد شدن آن‌ها در مقابل توسعه پژوهش‌های کشور، ضربه‌ای جدی نیز به توسعه کشور بوده است. در ادامه پیشنهاد می‌کنم که جهت سرمایه‌گذاری دولتی در عرصه گردشگری پزشکی، به استان‌های مستعد در این زمینه توجه شود و مسئولان استانی نیز تمام سعی و تلاش خود را در رفع محدودیت‌ها و ضعف‌های استانی خود براه بیندند. اگر مسئولان استانی قصد توسعه گردشگری پزشکی در استان خود را دارند، لازم است جهت توسعه گردشگری پزشکی به ضعف‌ها و قوت‌های استان خود توجه کنند. طبق برآوردهای پژوهش، همان طور که در تصویر نمودار جعبه‌ای زیر نیز مشاهده می‌کنید، امکانات پزشکی - درمانی مطلوب در استان‌هایی خاص محدود شده است که از لحاظ جغرافیایی نیاز به برآورد، بازآفرینی و تمرکززدایی جدی دارد.



شکل ۴: نمودار جعبه‌ای پراکندگی امکانات پزشکی - درمانی (منبع: یافته‌های پژوهش)

سیاست‌گذاری‌های گردشگری پزشکی با اختلال جدی مواجه است؛ به‌طوری‌که آماری مطلوب وجود ندارد و چهار بخش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، وزارت امور خارجه و سازمان امور میراث و گردشگری شورایی تحت عنوان شورای گردشگری سلامت جهت هماهنگی امور تشکیل دادند و شیوه‌نامه‌ای را برای آژانس‌های بند «ب» تصویب کردند که از نظر کارشناسان امر بسیار ضعیف بوده است و مراتب اصلاح آن توسط مؤلف پایان‌نامه به مسئول امر ارسال شد.

با توجه به توصیه‌های کانل در مقاله‌های اخیر خود، توجه به استان‌های مرزی مستعد در این امر که بر اساس شاخص MTI استان‌های مرزی خوزستان، گیلان، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی، کرمانشاه، اردبیل و ایلام نیز جز ده استان برتر کشور در این زمینه شناخته می‌شوند، حائز اهمیت است.

توجه ویژه به بیمه درمانی ملی نیز از موارد مهمی است که می‌توان از خروج بیمار با داروها و خدمات درمانی با کیفیت جلوگیری کرد و همچنین یارانه‌های دارویی را کانالیزه کرد تا از این طریق بیماران سایر کشورها نتوانند به محدودیت منابع کشور ضرری وارد کنند و تأثیر اقتصادی گردشگری پزشکی را وارونه کنند.

با توجه به اهمیت و تخصصی و ویژه‌بودن این نوع از گردشگری، آموزش، پرورش، پژوهش، هدایت‌شدن مثبت دست‌اندرکاران، آسیب‌شناسی، نظارت و مباحث مهم دیگر از بحث‌های توسعه این صنعت محسوب می‌شوند که لازم است مسئولان امر به این مسائل توجه زیادی داشته باشند.

به محققین و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که به استان‌های مستعد در عرصه گردشگری پزشکی توجه شود و روش‌های ارزیابی مختلفی را در عرصه‌های تخصصی (مانند تخصص دندان پزشکی، جراحی زیبایی، درمان نازایی، پیوند و...) در نظر بگیرند. در صورت پیشرفت این صنعت و تجربه‌مندشدن افرادی در این زمینه، می‌توان مطالعات بیشتری در این زمینه انجام داد. پیشنهاد می‌شود که حتماً مطالعات بعدی بر اساس بازار هدف مطالعه شود.

به فعالین خصوصی پیشنهاد می‌شود که به استان‌های مستعد در عرصه گردشگری پزشکی جهت سرمایه‌گذاری خصوصی توجه شود و از پژوهش‌های صورت گرفته و در حال صورت‌گرفتن حمایت کنند تا بتوانند از نتایج و آثار آن را در منابع و سرمایه‌های خود مشاهده کنند.

محدودیت‌های بسیار زیادی در این عرصه وجود داشت که کنترل آن از عهده محقق خارج است و این مسئله باعث شد که بخش اعظم زمان این پژوهش را درگیر خود سازد و انرژی کار را از بین ببرد که بخشی از آن در زیر آمده است. بخش اعظم حذف متغیر به نبود آمار مطلوب ارتباط دارد. عدم همکاری لازم مسئولان نیز قسمت اعظم زمان این پژوهش را درگیر خود ساخت و انرژی کار را تحلیل‌برد و از

اسناد آن می‌توان به تعداد نامه‌هایی که از سیستم دانشکده به‌عنوان معرفی‌نامه به ارگان‌ها و نهادهای دولتی فرستاده شده، علاوه بر نامه‌هایی که به صورت شخصی و دستی نوشته شده و تماس‌ها و ارتباطاتی که برقرار شده است، اشاره کرد که البته تعداد آن‌ها بسیار زیاد بوده است.

برخی از سایر محدودیت‌ها شامل موارد زیر است:

- دریغ کردن از واگذاری اطلاعات و داده‌ها؛
- نبود سند چشم‌انداز برای تدوین فرایند برنامه‌ریزی راهبردی گردشگری؛
- بی‌ثباتی و عملکرد جزیره‌ای ادارات و نهادهای دولتی؛

و بسیاری مسائل دیگر که مانعی جدی در برابر پژوهش‌های گوناگون در کشور ج.ا.ایران است.

Archive of SID

منابع

- ایمانی خوشخو، محمدحسین؛ علی‌زاده، ولی‌اله. (۱۳۹۲). «اقتصاد گردشگری (مروری بر پیشینه تحقیق در خارج و داخل)». گردشگری، دوره ۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲، صص ۱-۲۰.
- بدری، سیدعلی؛ طیبی، صدراله. (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های گردشگری مذهبی- مطالعه موردی: شهر مشهد مقدس». مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال اول، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۱، صص ۱۵۳-۱۷۷.
- برنامه‌های اول تا پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ج.ا. ایران
- پاپلی یزدی، محمدحسین؛ و سقایی، مهدی (۱۳۹۳)، گردشگری (ماهیت و مفاهیم). نشر سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)
- جباری، علیرضا و دیگران. (۱۳۹۱). «تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای مؤثر در شهر اصفهان». نشریه مدیریت اطلاعات سلامت، ۹ (۶).
- دلگشایی، بهرام و دیگران. (۱۳۹۱). «وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران». فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره دوم، فروردین-اردیبهشت.
- رضوانی، علی‌اصغر. (۱۳۹۰). جغرافیا و صنعت توریسم. نشر دانشگاه پیام نور.
- زیاری، کرامت‌اله. سرخ‌کمال، کبری. زیاری، رضا. (۱۳۹۳). تکنیک‌های برنامه‌ریزی گردشگری. نشر دانشگاه تهران.
- سلمانی، لیلا. (۱۳۹۲). گردشگری پزشکی- تجارت در خدمات سلامت. نشر رویان پژوه.
- سعیدی، عباس و سایرین. (۱۳۸۷). دانشنامه مدیریت شهری و روستایی. سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور و بنیاد دانشنامه بزرگ فارسی.
- شالبافیان، علی‌اصغر. (۱۳۹۴). گردشگری سلامت در رویکردی جامع. نشر مهکامه.
- شعبان‌زاده، پروین؛ بنی‌اسدی، مصطفی؛ حیاتی، باب‌اله؛ راحلی، حسین. (۱۳۹۴). «ارزش‌گذاری اقتصادی خدمات تفریحی و تعیین میزان تمایل بازدیدکنندگان به پرداخت هزینه برای بازدید از اماکن گردشگری شهری (مطالعه موردی: باغ‌گل‌های شهر اصفهان)». نشریه اقتصاد و مدیریت شهری، سال چهارم، شماره سیزدهم، زمستان ۹۴، صص ۱-۱۷.
- شمس، مجید؛ رشیدی، غلامرضا. (۱۳۹۰). «ارزیابی شاخص‌های پایداری در محلات فرسوده شهر اسدآباد با بهره‌گیری از ضریب ناموزون موریس. نشریه چشم‌انداز جغرافیایی (مطالعات انسانی)»، سال ششم، شماره ۱۴، بهار ۱۳۹۰، صص ۸۸-۱۰۶.
- ضریغام بروجنی، حمید و بذرافشان، مرتضی. (۱۳۹۲). «خط‌مشی‌گذاری در صنعت گردشگری دیروز، امروز، فردا. دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- ضیایی، محمود؛ و تراب‌احمدی، مزگان. (۱۳۹۱). شناخت صنعت گردشگری با رویکرد سیستمی. نشر علوم اجتماعی.

- عزیزی، وحید؛ صادقی، معین. (۱۳۹۲). «ارزش گذاری گردشگری غار علیصدر همدان به روش هزینه سفر منطقه ای». فصلنامه جغرافیایی فضای گردشگری، دوره ۳، شماره ۹، زمستان ۱۳۹۲، صص ۱۱۵-۱۳۲.
- عیسی‌زاده، سعید؛ قدسی، سوده. (۱۳۹۱). «محاسبه ضرایب اشتغال زایی بخش گردشگری در اقتصاد (ایران: با استفاده از مدل داده ستانده)». فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، سال هفتم، شماره ۱۷، بهار ۹۱، صص ۱۵۱-۱۷۲.
- فعالجو، حمیدرضا؛ نصیریان، ابراهیم. (۱۳۹۴). «تأثیر بحران مالی جهانی بر تقاضای گردشگری در کشورهای منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا». فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، سال دهم، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۴، صص ۲۵-۵۲.
- مایکل هال، کالین؛ و جنکینز، جان ام. (۱۹۹۵). *سیاستگذاری جهانگردی*. (ترجمه سیدمحمد اعرابی و داود ایزدی). دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- مهرگان، نادر؛ سلمانی، یونس. (۱۳۹۳). «نوسانات قیمتی نفت و رشد پایدار اقتصادی: مطالعه موردی ایران و ژاپن». فصلنامه مطالعات اقتصادی کاربردی ایران، سال سوم، شماره ۱۰، تابستان ۱۳۹۳، صص ۱۰۷-۱۲۵.
- معبودی، محمد تقی. حکیمی، دانیال. (۱۳۹۴). «عوامل تعیین کننده گردشگری پزشکی؛ نمونه موردی ایران». مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال چهارم، شماره ۱۵، ۸۰-۱۰۶.
- یعقوب‌زاده، رحیم. (۱۳۹۳). *گونه‌شناسی گردشگری*. نشر جامعه‌شناسان.
- سایت رسمی)) ACI
- Alleman, B. and others. (2011). Medical tourism services available to residents of the United States. *Journal of General Internal Medicine*. 26.
- Bagheri, A. (2010). Global health regulations should distinguish between medical tourism and transplant tourism. *Global Social Policy*, 10.
- Carrera, P. , & Bridges, J. Globalization and healthcare. (2006). understanding health and medical tourism. *Outcomes Research (Publications in Review of Pharmacoeconomics)*, 6.
- Chee, H. (2010) Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy*, 10.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*, 27 (6), 1093-1100.
- Dann, G. (1977). Anomie, ego-enhancement and tourism. *Annals of Tourism Research*, 4 (4), 184-194.
- Dresner, M. , Lin, J. -S. C. , Windle, R. (1996) The impact of low-cost carriers on airport and route competition. *Journal of Transport Economics and Policy*. Volume 30, Issue 3, September 1996, 309-328.
- Eugenio-Martin, J. L. , Inchausti-Sintes, F. (2016). Low-cost travel and tourism expenditures. *Annals of Tourism Research*, Volume 57, March 01, 2016, 140-159.

- Fetscherin, M. & Stephano, R. M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *International Journal of Tourism Management*, 52.
- Gunn, Clare A. (2002). *Tourism planning (Fourth Edition)*. New York: Routledge.
- Gill, H. , & Singh, N. (2011). exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4.
- Gupta, A. (2008) Medical tourism in India: winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics*, 1.
- Hong Tsui, Kan Wai. (2017). Does a low-cost carrier lead the domestic tourism demand and growth of New Zealand?. *Tourism Management*, Volume 60, 1 June 2017, 390-403.
- Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organisation*, 89.
- Heung, V. and others. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27.
- Hopkins, and others. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31.
- Ho, Kuo-Ting. (2015). Medical tourism: New strategies for the health care industry in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114.
- Joppe ,Marion. (2012). MEDICAL TOURISM. *Annals of Tourism Research (Publications in review)*, 39 (2).
- Moghimehfar, Farhad; Nasr-Esfahani, Mohammad Hossein. (2011). Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments, *Tourism Management* 32.
- Saadatnia, F. , & Mehregan, M. R. (2014). Determining and prioritizing factors affecting to increase customers attraction of medical tourism from the perspective of Arabic countries. *International Journal of Marketing Studies*, 6 (3).
- Sengupta, A. (2011). Medical tourism: reverse subsidy for the elite. *Signs*, 36.
- Smith, P. , & Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9 (3).
- Smith, M. & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Elsevier.
- Thompson, C. (2008). Medical tourism, stem cells, genomics: EASTS, transnational STS, and the contemporary life sciences, *East Asian Science. Technology and Society*, 2.
- Thompson, C. (2011). Medical migrations afterword: science as a vacation? *Body and Society*, 17.
- Tourani, s. and others. (2010). Medical Tourism in Iran: Analyses of opportunities and challenges with MADM approach. *Research journal of Biological sciences*, 5 (3).