



تعیین کننده‌ها و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات نمونه مورد مطالعه: استان‌های مرزی منطقه سه سلامت

سیده سمیه حسینی^۱، مسعود تقوایی^۲

DOI:10.22034/jtd.2020.250391.2138

چکیده

با توجه به جایگاه مهم صنعت گردشگری پزشکی در اقتصاد جهانی و قابلیت‌های ایران در این صنعت، رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات سیاستی مؤثر برای افزایش جذابیت با هدف رقابت مقاصد است که علاوه بر ارائه خدمات بهتر و با کیفیت‌تر، به رفاه حال گردشگران و ارائه‌دهندگان خدمات نیز کمک می‌کند. این پژوهش با هدف تدوین تعیین کننده‌ها و ارائه راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی به منظور گسترش دهکده‌های سلامت در استان‌های مرزی منطقه سه سلامت (کردستان، کرمانشاه و ایلام) انجام شده است. داده‌ها ابتدا با روش تحلیلی - اسنادی و با رویکرد تحلیل محتوا، سپس مصاحبه با تعدادی از خبرگان کلیدی به دست آمده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در مرحله اول با نرم افزار مکس کیودی ای ۱۸ انجام شد. در مرحله دوم، شاخص‌های شناسایی شده، برای ارزیابی وضعیت موجود استان‌های مرزی منطقه سه سلامت با استفاده از تکنیک سوات بررسی شد. سپس با ترکیب دو تکنیک سوات و دیمتل فازی در راستای هدف تحقیق، انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک ای‌اچ‌پی اولویت بندی شدند. جامعه آماری مرحله ارزیابی و اولویت بندی شامل هجده نفر از خبرگان گردشگری پزشکی منطقه بوده است. یافته‌های حاصل از تلفیق تکنیک‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره با مدل سوات، نشان می‌دهد که در خصوص اولویت بندی راهبردها، به ترتیب راهبرد بازنگری (WO) در اولویت اول و راهبرد تدافعی (WT) در اولویت دوم و راهبردهای تنوع (ST) و تهاجمی (SO) در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۴

واژه‌های کلیدی:

گردشگری پزشکی، تحلیل محتوا، تکنیک سوات، تصمیم‌گیری چندشاخصه، رویکرد یکپارچه

مقدمه

گردشگری، بزرگ‌ترین صنعت خدماتی جهان از نظر درآمد، ابزاری قدرتمند برای تنوع اقتصادی و توسعه اجتماعی شناخته شده (Cohen, 1978; Keogh, 1990; Marcouiller, 1997; Murphy, 1981; Peters, 1969) و به منزله مسئله‌ای اقتصادی - هم در سطوح فردی و هم عمومی - به تصویر کشیده می‌شود (Hunter, 2007; Ye, et al., 2011). در این میان، تقاضا برای خدمات جهانی مراقبت سلامت و رقابت برای این که مشخص شود در این مسابقه چه کشوری و در چه حوزه تخصصی هدایت بازار را به دست خواهد آورد (Sandberg, 2017: 2) با شیب بالارونده‌ای در حال افزایش است. گردشگری سلامت نقش مهمی در شکل دهی به آینده مراقبت‌های پزشکی در سطح جهانی به منزله فعالیت اقتصادی مبتنی بر تجارت خدمات

(Tasci & Gorener, 2016: 15) ایفا می‌کند؛ زیرا در تقاطع فناوری، اقتصاد، روابط فرهنگی و سایر روابط بین الملل قرار دارد (Lunt & Carrera, 2010; Yu & KO, 2012) و به سبب جهانی سازی فناوری‌های ارتباطات و حمل و نقل افراد از کشورهای توسعه یافته برای درمان‌های پزشکی به کشورهای در حال توسعه سفر می‌کنند (Fetscherin & Stephano, 2016) که گفتنی است پدیده نسبتاً جدیدی است. گردشگری پزشکی زیرمجموعه‌ای از صنعت گردشگری سلامت (Smith & Puczko, 2009) و شکلی نهایی از گردشگری پایدار با مکانیزم بازاریابی جداگانه و خاص برای خدمات سلامتی و فعالیت‌های گردشگری است (Robinson, 2005) که نه فقط شامل درمان‌های ضروری و انتخابی پزشکی (جراحی و غیرجراحی) است، بلکه درمان‌های تندرستی همراه با خدمات اقامت، سرگرمی، غذا و نوشیدنی،

۱. پژوهشگر پسادکتری زیر نظر صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران با همکاری دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل): shhosseini1361@gmail.com

۲. استاد تمام جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا و برنامه‌ریزی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران



مروری بر ادبیات پژوهش

گردشگری سلامت سفری سازمان یافته از محیط زندگی فرد به مکانی دیگر به منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی اوست (Carrera & Bridges, 2008). می توان از دو دیدگاه مختلف به آن نگاه کرد: اولین دیدگاه شامل ارائه خدمات سلامت و تسهیلات تبلیغاتی برای جذب گردشگران پزشکی به جاذبه یا مقصد گردشگری خاص است و دومین دیدگاه سفر به مقاصد با هدف درمان، سلامتی و جذب گردشگر برای خدمات پزشکی متمرکز شده است (Lee et al., 2012). محققان و مؤسسات تحقیقاتی براساس دیدگاه گردشگران و متخصصان گردشگری سلامت را به چند دسته تقسیم بندی کرده اند. در تقسیم بندی کافمن و مولر، گردشگری سلامت براساس دیدگاه گردشگران، به دو بخش درمانی و بازدارنده طبقه بندی شده است. در این تقسیم بندی، گردشگری صحت (تندرستی) و گردشگری پیشگیرانه در هم ادغام شده اند (Mueller & Kaufmann, 2001). کوهن در گزارشی از مرکز هاستینگز (HCR) گردشگری پزشکی را به سه نوع تقسیم می کند: (۱) خدماتی که هم در کشور خود بیمار و هم در کشور مقصد غیرقانونی است؛ مانند خدمات مرتبط با فروش اعضای بدن؛ (۲) خدماتی که در کشور خود بیمار غیرقانونی است، اما در کشور مقصد قانونی است؛ مانند برخی از درمان های سلول های بنیادی؛ (۳) خدماتی که هم در کشور زادگاه بیمار و هم در کشور مقصد قانونی اند؛ از جمله تعویض مفصل (Cohen, 2010). مؤسسه تحقیقات گردشگری ژاپن (JITR) 2 گردشگران سلامت را از دیدگاه متخصصان به چهار نوع تقسیم کرده است که عبارت اند از: جراحی و درمان (پزشکی)، تندرستی، تشخیص و پیشگیری از درمان، ارتقای سلامتی و اوقات فراغت (Lee & Li, 2019). افزایش تلاش برای تعریف گردشگری پزشکی در دهه گذشته، تأییدی است بر افزایش چشمگیر آن در حکم فعالیت مهم گردشگری (Reddy et al., 2010). با بررسی لغاتی که معمولاً در صنعت گردشگری پزشکی استفاده می شود، سه تعریف مشخص از گردشگری پزشکی یافت می شود: گردشگری پزشکی بین المللی، گردشگری پزشکی داخلی، گردشگری پزشکی با حمایت کارفرمایان (سازمان ها و ارگان ها) (Sandberg, 2017: 2). به سفرهای داخلی بیمارانی که در پی متخصصان بهتر، خدمات ارزان تر و با کیفیت بیشترند گردشگری پزشکی محلی (داخلی) گفته می شود (Connell, 2011: 11). به سفر بیماران فراسوی مرزها (اغلب در فاصله های زیاد) برای کسب

تور یا جست و جوی جاذبه های یک مقصد را نیز دربر می گیرد (Hall, 2011). به همین سبب، کشورهای پیش رو در کنار تأسیس کلینیک ها و بیمارستان ها، هتل ها و بهبود سایر خدمات درمانی، به توسعه خدمات دیگر گردشگری همچون نحوه حمل و نقل، تفریح و سرگرمی و افزایش امنیت نیز می پردازند (Momeni et al., 2018: 307-308). این موضوع نشان دهنده اتحاد بین حداقل دو بخش درمان پزشکی و گردشگری است که پتانسیل اقتصادی عظیمی را برای اقتصاد جهانی به وجود می آورد (Bookman & Bookman, 2007). به عبارتی دیگر، گردشگری پزشکی از طریق هتل ها، شرکت های هواپیمایی، فعالیت های رفاهی - تفریحی و سایر زیرساخت های مرتبط با صنعت گردشگری در ارتباط است (Turner, 2011: 1) و با دیگر مؤسسات مثل بیمارستان ها، شرکت های بیمه و آژان های مسافرتی جدیدالتأسیس هماهنگی پیدا می کند (Yu & Ko, 2012: 81). موفقیت اهداف گردشگری در بازارهای جهانی تحت تأثیر رقابت نسبی آن ها قرار دارد. به همین دلیل، محققان قابلیت رقابت در گردشگری (TDC) و مدل های پیشنهادی با اجزای متعدد را بررسی کرده اند (Dwyer & Kim, 2003). در این چارچوب، ساخت دهکده های گردشگری سلامت و یکپارچه سازی خدمات برای رضایت مندی بیماران در سطح ملی و فراتر از آن، در سطح منطقه ای و بین المللی، در این پژوهش مطرح شده است. با وجود ظرفیت های متعدد و حجم بالای ورود گردشگران سلامت عراق و اقلیم کردستان به مناطق مرزی منطقه سه سلامت، متأسفانه این امر بیشتر نقش گذرگاه داشته و اکثر گردشگران سلامت جذب مناطق دیگر شده و عملاً به توسعه این مناطق کمکی نکرده اند. این موضوع توجه جدی مسئولان امر را می طلبد و برای آن که بتواند به یکی از قطب های توریسم درمانی در کشور و منطقه تبدیل شود، نیاز به خلق مزیت رقابتی دارد. این امر نخست مستلزم شناخت عوامل مؤثر توسعه گردشگری سلامت است. بدین منظور در این پژوهش نخست عوامل و شاخص های اصلی تأثیرگذار در حوزه های گوناگون در این راستا شناسایی و تدوین شده و در پی آن، پتانسیل ها، نیازها و مشکلات شناسایی و به منظور دستیابی به روند مطلوب برای رفاه حال گردشگران و مجموعه های فعال به منزله مزیت رقابتی بررسی و تحلیل شده است تا علاوه بر جمع و جذب سرمایه های داخلی و خارجی، به بازاریابی با دامنه ای از مشارکت کنندگان در هر دو بخش خصوصی و دولتی با هدف ارتقای گردشگری سلامت و همکاری بخش های دولتی و خصوصی با مدیریت ساختارمند در منطقه منجر شود.

1. Hastings Center Report

2. Japanese Institute of Tourism Research



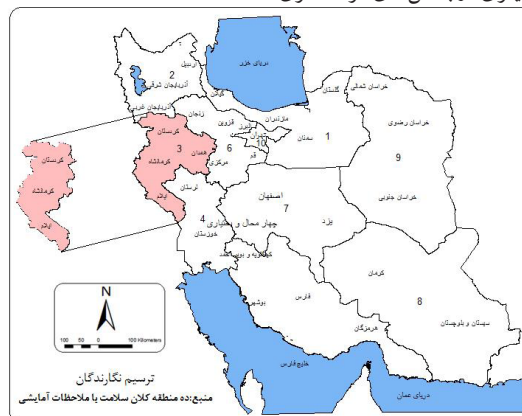
مراقبت‌های درمانی و سایر بخش‌های اقتصادی منجر شده است که می‌تواند به بینشی راهبردی برای پیشرفت‌های پایدار در بخش‌های دولتی و خصوصی کشورهای مشتاق گردشگری پزشکی از طریق مدیریت کارآمد و استفاده هوشمندانه از منابع در داخل و خارج منجر شود (Ganguli & Ebrahim, 2017). براساس الگوی ارائه‌شده بر مبنای دیدگاه مبتنی بر منابع و نظریه مزیت رقابتی پورتر، هنگامی که مراکز درمانی راهبردهای گردشگری پزشکی اتخاذ می‌کنند؛ این موضوع معطوف است به عوامل برتری هزینه با قیمت‌گذاری رقابتی، تمایز از طریق نوآوری، تمرکز بر مراقبت‌های ویژه پزشکی و قوانین و مقررات دولتی (Thilagavathi & Shankar, 2013).

منطقه مطالعه شده

منطقه کابردی زاگرس یکی از ده منطقه از تقسیمات طرح کابردی ملی است که شامل پنج استان همدان، لرستان، کردستان، کرمانشاه و ایلام است (طرح کابردی ایران). همچنین این منطقه یکی از ده کلان منطقه سلامت (با ملاحظات آمایش سرزمین است و عبارت است از: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، کردستان، کرمانشاه و همدان (ملکزاده و همکاران، ۱۳۹۶). محدوده مطالعه شده در این پژوهش، استان‌های مرزی این کلان منطقه شامل استان‌های ایلام، کرمانشاه و کردستان است. در سند آمایش سرزمین کردستان، شهر سنندج در گردشگری سلامت در سطح نخست و شهرهای سقز، مریوان، بانه، بیجار و قروه در سطح دوم قرار دارند (سند آمایش سرزمین کردستان، ۱۳۹۸) به همین ترتیب، در این سند قطب‌های گردشگری ایلام براساس شهرستان و نوع گردشگری (سلامت، تاریخی-فرهنگی و طبیعی) پهنه‌بندی شده است و دهلران، مهران و ایلام به‌منزله گردشگری سلامت در نظر گرفته شده است (سند آمایش سرزمین ایلام، ۱۳۹۸). در تخصص‌های نواحی استان کرمانشاه در تقسیم کار درون استانی، یکی از مأموریت‌های شهرستان‌های پاوه و کرمانشاه گردشگری سلامت ذکر شده است (سند آمایش سرزمین کرمانشاه، ۱۳۹۸)

خدمات درمانی (که این خدمات در کشور خودشان از لحاظ هزینه و زمان یا موجود نیست یا به‌آسانی در دسترس نیست) گردشگری پزشکی (بین‌المللی) گفته می‌شود (Deloitte, 2008: 2) که ابتدا از طریق آژانس‌های مسافرتی و رسانه‌های جمعی برای توصیف پدیده به‌سرعت در حال رشد، یعنی مسافرت به آن‌سوی مرزها به‌منظور دستیابی به مراقبت‌های درمانی بهداشتی، ارائه شد (Shaywitz, 2002: 355).

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که عملکرد رقابتی گردشگری پزشکی تحت تأثیر درمان‌های پزشکی، ویژگی‌های مقصد و عوامل ویژه گردشگری قرار دارد (Junio et al, 2016). در مطالعه‌ای، ضمن دسته‌بندی گردشگری سلامت در دو زیرمجموعه گردشگری پزشکی و گردشگری تندرستی، عوامل تعیین‌کننده شناخته‌شده تصمیم‌گیری برای مقصد گردشگری درمانی در آسیا، مسافت، هزینه، زبان، اقتصاد، صلاحیت فناوری پزشکی و فرهنگ گزارش شده است (Lee & Kim, 2015). در مطالعه دیگری، عوامل کلیدی موفقیت در حوزه بازاریابی گردشگری پزشکی موقعیت‌یابی برند، امکانات و کیفیت مراقبت سلامت، نقاط (اماکن) گردشگری و ائتلاف افقی گزارش شده است (Yang, 2013). همچنین مطالعه عوامل مؤثر در تصمیم‌بیماران برای انتخاب کشور مقصد و مرکز مراقبت سلامت نشان می‌دهد که ویژگی‌های خاص کشور مقصد (شرایط اقتصادی، جو سیاسی و سیاست‌های تنظیمی)، و رتبه اعتباربخشی بیمارستان، کیفیت مراقبت و آموزش پزشک، و هزینه تأثیر بسزایی در تصمیم‌گیری و انتخاب آنان دارد (Smith & Forgiione, 2007). در پژوهشی دیگر، وضعیت (کیفیت) انتقال گردشگران پزشکی، دسترسی به پیگیری درمان و مراقبت پس از ترخیص، قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، قوانین مربوط به خطاهای پزشکی، سیاست‌های تبلیغاتی، قوانین لازم و جدید، سیاست‌های حمایتی مهم‌ترین شاخص‌های توسعه گردشگری پزشکی شناسایی شده است (Hosseini et al., 2020). براساس رویکردی جامع، تلفیق راهبردهای متنوع برای توسعه گردشگری پزشکی با سیاست‌های صحیح دولت و شیوه‌های مدیریت پیشرو به نتایج موفقیت‌آمیزی در بخش‌های گردشگری،

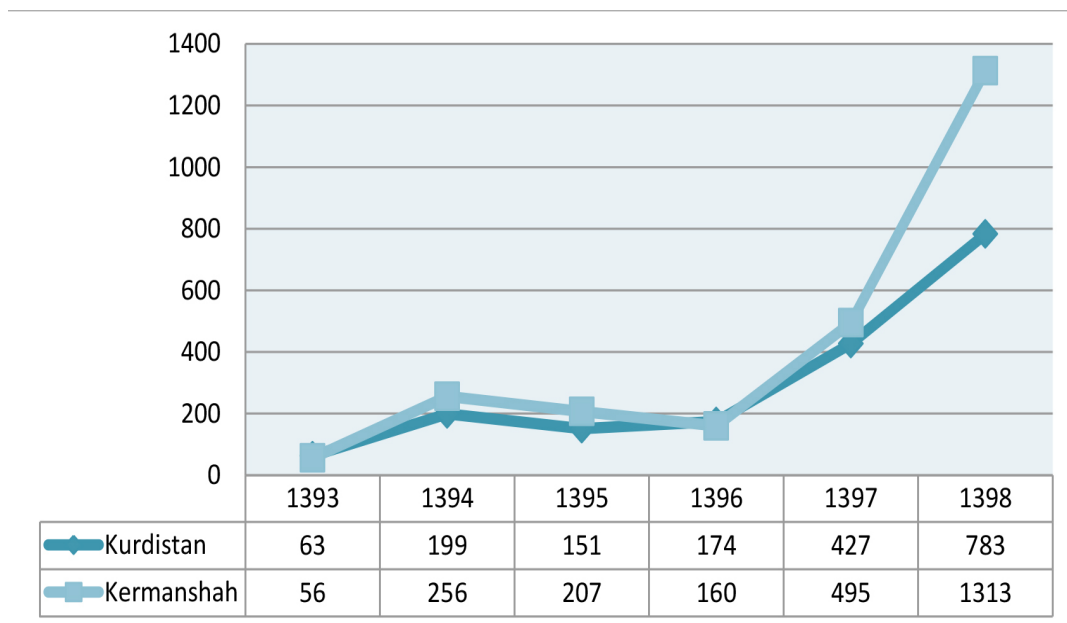


شکل ۱: محدوده مطالعه شده در طرح کابردی و ده منطقه کلان سلامت با ملاحظات آمایشی



به نسبت سال‌های گذشته رشد صعودی یافته، اما در ایلام طبق آمار اداره گردشگری سلامت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۸) روند کاهشی چشمگیری داشته است؛ به گونه‌ای که از تعداد ۵۵ نفر در سال ۱۳۹۳، به ۲۲ نفر در سال ۱۳۹۴ و ۲ نفر در سال ۱۳۹۵ کاهش یافته است.

خدمات پزشکی به گردشگران باید از طریق هر دو بخش دولتی و خصوصی، شامل بیمارستان‌ها و برخی از کلینیک‌های تشخیصی ارائه شود. براساس نمودار ۱، تعداد گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های استان‌های کردستان، به‌ویژه کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸



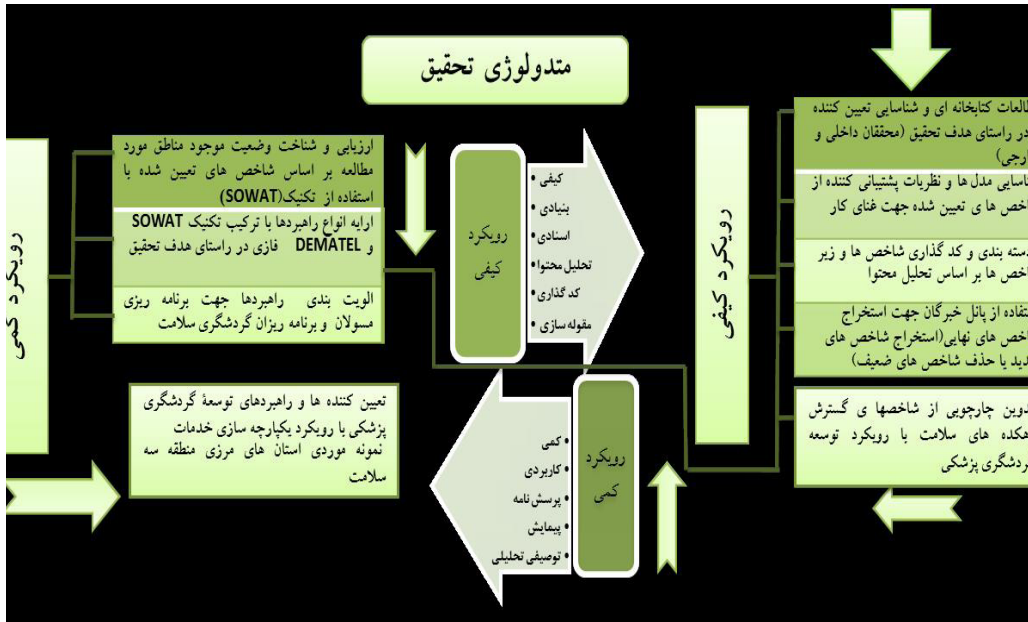
نمودار ۱: تعداد گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های استان‌های کردستان و کرمانشاه (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره گردشگری سلامت، ۱۳۹۸)

دسته‌بندی شده و در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار اساتید و مسئولان حوزه گردشگری سلامت مشکل از گروهی ۸ نفره (مدیر بخش گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان بخش گردشگری سلامت وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی و اساتید با سابقه در حوزه گردشگری سلامت) قرار گرفت و به نهایی شدن شاخص‌ها از طریق پانل خبرگان منجر شد. در مرحله دوم، با ترکیب دو تکنیک سوات و دیمتل فازی در راستای هدف تحقیق، انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک ای‌اچ‌پی اولویت‌بندی شدند. جامعه آماری مرحله ارزیابی و اولویت‌بندی شامل هجده نفر خبرگان گردشگری سلامت استان‌های کردستان، کرمانشاه و ایلام بوده است. روش جمع‌آوری داده‌ها در چند مرحله و به طرق مختلف صورت گرفته که در شکل ۲ شرح داده شده است.

روش تحقیق

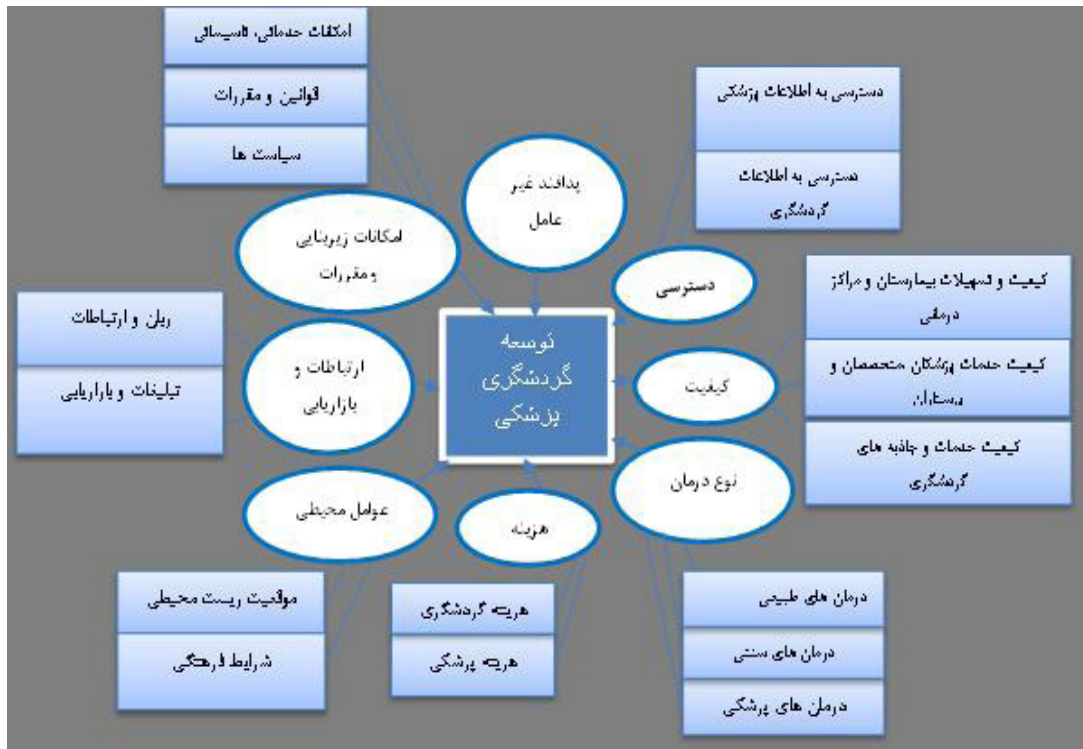
روش تحقیق پژوهش حاضر، روش ترکیبی با رویکرد کیفی - کمی است. نظریه بنیادین یکی از روش‌های کیفی است که شالوده اصلی آن استخراج کدها، مفاهیم و طبقه‌بندی‌هاست. وقتی محقق از روش‌های کیفی استفاده می‌کند، به شناسایی متغیرهایی نیاز دارد که بعداً ممکن است به صورت کمی آزمایش شوند. فرایند استفاده شده در مرحله اول این مطالعه، مبتنی بر این نظریه بوده است. در مرحله اول، با استفاده از روش تحلیل محتوا عوامل، شاخص‌ها و زیرشاخص‌های توسعه گردشگری پزشکی در راستای گسترش دهکده‌های سلامت شناسایی و تدوین شده است. بدین منظور، ابتدا پژوهش‌های مرتبط با حوزه گردشگری سلامت با تأکید بر پزشکی شناسایی و شاخص‌های محققان بررسی شد. داده‌های گردآوری شده به روش‌های اسنادی از طریق کدگذاری باز و کدگذاری محوری

تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه‌گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات
 نمونه مورد مطالعه: استان‌های مرزی منطقه سه سلامت



شکل ۲: روند و مراحل جمع‌آوری داده‌ها در راستای هدف تحقیق

در نهایت چارچوبی از شاخص‌ها به‌منزله شاخص‌های توسعه‌گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات توسعه‌گردشگری پزشکی (کمی - تدرستی، درمانی، پزشکی) با استفاده از روش ترکیبی (کمی - کمی) تدوین و ارزیابی شد. مشتمل بر هشت عامل هفده شاخص در ابعاد گوناگون



شکل ۳: مدل مفهومی پژوهش با اقتباس از تقوایی و حسینی (۱۳۹۹)



تجزیه و تحلیل داده‌ها

شناسایی و دسته‌بندی تعیین‌کننده‌های گردشگری پزشکی و درمانی می‌تواند به ارزیابی عملکرد رقابتی به‌منظور توسعه صنعت گردشگری سلامت و در راستای یکپارچه‌سازی خدمات کمک شایانی کند. بدین منظور، ابتدا تحلیل محتوا (مبتنی بر نظریه بنیادین) به‌مثابه راهبرد تحقیق انتخاب شد. مهم‌ترین عوامل توسعه در حوزه گردشگری پزشکی که اکثر محققان ذکر کرده‌اند مربوط به سه شاخص کیفیت (خدمات درمانی و نیروی انسانی)، تجهیزات و هزینه است. داده‌های گردآوری‌شده به روش‌های اسنادی پس از بررسی‌های متعدد و با استفاده از نرم‌افزار مکس کودا ۱۸ دسته‌بندی شدند. کدگذاری محوری باعث می‌شود موضوعات فرعی (زیرشاخص‌ها) تصفیه‌شده در کنار هم جمع و روابط آن‌ها با شاخص‌ها مشخص شود. طی این فرایند، شناسایی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها با مقایسه اطلاعات اعتبارسنجی و با استفاده از پانل خبرگان

در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه اطلاعات اعتبارسنجی شده دوباره ارزیابی و درنهایت به نهایی شدن شاخص‌ها منجر شد و چارچوبی از شاخص‌ها به‌منزله شاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی ساخته شد. سپس موقعیت استان‌های مرزی منطقه سه سلامت (الگوی راهبردی سوات) از نظر شاخص‌های ذکرشده بررسی و تجزیه و تحلیل شد و عوامل عمده داخلی و خارجی تأثیرگذار در توسعه گردشگری پزشکی در کردستان، کرمانشاه و ایلام شناسایی شد و در ماتریس ارزیابی قرار گرفت. تعداد عوامل داخلی، ۴۹ عامل تعیین شد که از این تعداد، ۱۴ عامل نقاط قوت و ۳۵ عامل نقاط ضعف گردشگری پزشکی شناخته شدند. تعداد عوامل خارجی ۳۷ عامل تعیین شده‌اند که از این تعداد، ۱۱ عامل فرصت‌های بخش گردشگری پزشکی و ۲۶ عامل تهدید شناخته شدند. جدول ۱ ماتریس عوامل داخلی و خارجی توسعه گردشگری پزشکی در استان‌های مرزی منطقه سه را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ماتریس (ابعاد سوات) عوامل داخلی و خارجی توسعه گردشگری پزشکی

عوامل داخلی: IFE: نقاط قوت S و نقاط ضعف W	
زیر شاخص (کدگذاری باز)	شاخص (کدگذاری محوری)
S1: شهرت و کیفیت خدمات و تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کرمانشاه (فعال در گردشگری پزشکی) در مقایسه با استان‌های مجاور	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی
S2: حداقل زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی در ایران	
S3: داشتن استانداردهای ملی پذیرش بیمار بین‌المللی (IPD) در برخی بیمارستان‌های منطقه	
S4: وجود متخصصان پزشکی در اکثر حوزه‌ها در منطقه	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران
S5: پتانسیل اقلیمی و تنوع آب‌وهوایی	کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری
S6: داشتن اماکن دیدنی متنوع از جمله چشم‌اندازهای زیبا و طبیعی با عملکرد ملی و بین‌المللی و جاذبه‌های ژئوتوریسمی کم‌نظیر	
S7: جذابیت استان‌های غربی در گردشگری و مهمان‌نوازی	
S8: وجود شرکت‌های تسهیلگر گردشگری سلامت دارای مجوز در سنندج و کرمانشاه	
S9: وجود امکانات رفاهی - اقامتی و خدمات پذیرایی در منطقه	امکانات خدماتی، تأسیساتی
S10: پیوند با شبکه ریلی کشور در کرمانشاه	هزینه‌های درمانی و گردشگری
S11: سطح پایین هزینه‌های درمانی و گردشگری به نسبت کشورهای مجاور	
S12: پتانسیل و ظرفیت بالای منطقه در زمینه گیاهان دارویی	
S13: وجود چشمه‌های معدنی و آب‌درمانی به‌ویژه چشمه‌های دهلران، باباگرگر، چشمه بل	
S14: وجود پتانسیل بالای طب سوزنی	درمان‌های طبیعی و سنتی

تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه‌گردشگری پزشکی با رویکرد
یکپارچه‌سازی خدمات
نمونه مورد مطالعه: استان‌های مرزی منطقه سه سلامت



عوامل داخلی: IFE نقاط قوت S و نقاط ضعف W	
شاخص (کدگذاری محوری)	زیر شاخص (کدگذاری باز)
کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	W1: کمبود تجهیزات پزشکی پیشرفته و به‌روز همچنین فرسودگی تجهیزات (تشخیصی و درمانی) در برخی مراکز
	W2: کمبود فضای فیزیکی و قدیمی بودن فضای برخی بیمارستان‌ها و فقدان مراکز درمانی مدرن بین‌المللی
	W3: نبود مراکز پاراکلینیکی مجهز و مدرن در نزدیکی مرز برای انجام معاینات اولیه و هدایت گردشگران
	W4: فقدان تطابق تسهیلات درمانی با استانداردهای بین‌المللی در اکثر مراکز درمانی
	W5: فقدان پوشش بیمه مسئولیت بین‌المللی
کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	W6: کمبود نیروی متخصص (پزشکان، پرستاران و نیروی انسانی ماهر و متخصص در حوزه توریسم سلامت) به‌ویژه در ایلام و کردستان و توزیع نامناسب آن
	W7: کیفیت نسبتاً پایین مراقبت کادر پرستاری
	W8: وجود ناآرامی‌های هرازگاه در منطقه
کیفیت منابع انسانی، خدمات و جاذبه‌های گردشگری	W9: بی‌توجهی به توسعه منابع انسانی و ضعف نیروی انسانی ماهر در صنعت گردشگری و گردشگری سلامت (غیر مرتبط بودن نیروها از نظر علمی و به‌کارگرفتن یا تربیت نیروهای متخصص و کارآمد در این حوزه)
	W10: کیفیت پایین، نامناسب و کمبود امکانات رفاهی و تجهیزات فیزیکی در مکان‌های بازدید و تأمین نشدن خدمات و زیرساخت‌های مورد نیاز گردشگران
	W11: نبود طراحی مناسب فضا و مکان‌های گردشگری برای جذب و کمبود علائم راهنمایی برای هدایت گردشگران
	W12: نبود دسترسی به اطلاعات مربوط به هزینه‌های خدمات پزشکی
دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری	W13: نبود دسترسی کافی به اطلاعات مربوط به پزشکان، متخصصان و پرستاران در وبسایت برخی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی
	W14: نبود دسترسی به اطلاعات مربوط به تجهیزات و استانداردهای مربوط به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی
	W15: نبود دسترسی به اطلاعات مربوط به گردشگری در وبسایت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی
	W16: نبود دسترسی به پیگیری درمان و مراقبت پس از ترخیص در وبسایت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی
	W17: نبود دسترسی به اطلاعات مربوط به آمار گردشگران سلامت برای برنامه‌ریزی به دلیل ضعف نظام ثبت، کنترل و آمارگیری
	W18: فقدان هتل بیمارستان‌ها و مراکز اقامتی مخصوص گردشگران پزشکی در منطقه و کیفیت پایین ارائه خدمات در هتل‌های منطقه به‌ویژه در ایلام و کردستان
	W19: نبود فرودگاه بین‌المللی مطابق با استانداردهای جهانی، پروازهای داخلی و بین‌المللی محدود و انتقال ضعیف گردشگران پزشکی همچنین نبود خطوط هوایی بین مراکز استان‌ها
امکانات خدماتی، زیربنایی، تأسیساتی	W20: کمبود شرکت‌های تسهیلگر و آژانس‌های گردشگری دارای مجوز از وزارت بهداشت و گردشگری
	W21: نبود نمایشگاه دائمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت
	W22: جاده‌های نامناسب مواصلاتی و منتهی به کشورهای همجوار
	W23: فقدان پیوند ریلی با شبکه ریلی کشور در ایلام و سنندج
	W24: ضعف قوانین مربوط به خطاهای پزشکی و فقدان نظام پاسخگویی به گردشگران پزشکی ناراضی، همچنین وجود برخی محدودیت‌ها در زمینه حقوق بیمار
قوانین	W25: نبود قوانین مورد نیاز و جدید به علت نبودن گردشگری سلامت
	W26: قوانین ناکارآمد بیمه‌ای نظیر عدم پوشش بیمه برای مراقبت‌های پس از درمان و انجام ندادن تعهدات مالی برخی سازمان‌های بیمه‌گر و وجود بیمه‌های ناکارآمد داخلی
سیاست‌گذاری	W27: ضعف سیاست‌های حمایتی از قبیل: سرمایه‌گذاری نکردن کافی دولت در راستای رقابت با برخی کشورهای منطقه در حوزه گردشگری پزشکی، حمایت نکردن دولت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه‌گذاری، نبود تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی
	W28: ضعف سیاست‌های مدیریتی از قبیل مدیریت کوتاه‌مدت و سطحی‌نگر و فقدان مدیریت کلان، فقدان برنامه و نظام جامع و سیستماتیک توسعه گردشگری سلامت، اجرائی‌نگردن سیاست‌های اقتصاد مقاومتی برای مقابله با تحریم‌های بین‌المللی، فقدان متولیان مشخص و نبود نهاد بین‌بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی
زبان و ارتباطات	W29: ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های داخلی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی، هماهنگ‌نبودن نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی



عوامل داخلی: IFE نقاط قوت S و نقاط ضعف W	
شاخص (کدگذاری محوری)	زیر شاخص (کدگذاری باز)
ضعف ها	W30: فقدان برند درمانی
	W31: نبود بسته گردشگری
	W32: تشویق نکردن قشر گردشگر سلامت داخلی برای استفاده از امکانات اینترنت و فناوری های نو
	W33: شناخت نیازهای بازار هدف
	W34: نبود برنامه مدون و دقیق طب سنتی به ویژه گیاهی در منطقه با توجه به ظرفیت بالای این حوزه
	W35: پایین بودن پوشش روانی بیماران
عوامل خارجی: (EFE) فرصت ها (O) و تهدیدها (T)	
فرصت ها	O1: بالابودن قیمت خدمات درمانی و گردشگری و دوره های درمان در کشورهای دیگر نسبت به ایران
	O2: وجود بازارهای هدف عراق و اقلیم کردستان
	O3: موقعیت ممتاز جغرافیایی و مزیت مکانی منطقه و نزدیکی به کشورهای مبدأ گردشگری به ویژه مرزهای رسمی به عنوان کانون های مهم پیوند با کشور عراق و اقلیم کردستان
	O4: قرابت فرهنگی - قومی با گردشگران پزشکی کشورهای همسایه
	O5: شناخت فرهنگی و شباهت زبانی با گردشگران کردستان عراق
	O6: ارزآوری و خروج از اقتصاد تک محصولی و شکننده
	O7: افزایش فرصت های شغلی و ایجاد شغل های جدید در بخش های مختلف و کاهش نرخ بی کاری، رشد و توسعه بخش خصوصی
	O8: روند افزایش جذب توریسم پزشکی به کردستان و کرمانشاه به ویژه در دو سال اخیر
	O9: فرصت توسعه و جلب سرمایه گذاری در شهرهای مرزی در نتیجه رونق اقتصادی و توزیع عادلانه درآمد
	O10: وجود بازارچه های مرزی برای ترغیب و آگاه سازی
	O11: تبدیل شدن مسئله ریزگردها به مسئله ملی و اهتمام دولت ها برای مدیریت آن
تهدیدها	T1: دریافت نکردن مجوزهای رسمی بین المللی مانند کمیسیون مشترک بین المللی (ICD) و استانداردهای کیفیت (NCQA, ESQA, ISO)
	T2: فقدان پوشش بیمه بین المللی برای بیماران خارجی به دلیل وجود موانع بر سر راه انتقال بیمه از کشورهای مبدأ
	T3: نداشتن گواهینامه بین المللی پزشکان، متخصصان و پرستاران
	T4: نبود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی
	T5: کمبود مراکز رسمی دارای مجوز برای تبدیل ارزهای خارجی به ارز داخلی (صرافی)
	T6: محرومیت مناطق مرزی از خدمات به نسبت سایر نقاط کشور و احیاناً تبعیض در برنامه ریزی ها در ارائه خدمات
	T7: نبود تعرفه استاندارد برای خدمات درمانی همچنین نظارت نداشتن بر اجرای صحیح تعرفه های پزشکی موجود و وجود قوانین ناکارآمد در زمینه شفافیت قیمت خدمات درمانی و گردشگری
	T8: نبود تعریف قوانین حمایتی و حفاظت از امنیت گردشگران پزشکی و وجود پیش زمینه های ذهنی فقدان امنیت در منطقه
	T9: ضعف سیاست های نظارتی، از قبیل وجود مافیای گمرک مرزی، جولان دلالان و رشوه گیری و تبانی در بخش بهداشت و درمان به دلیل نبود نظارت کافی دولت
	T10: پایین بودن تسلط به زبان های کشورهای مبدأ گردشگری سلامت (عربی) و بین المللی در بین تیم پزشکی و درمانی و فقدان مترجم در بیمارستان ها و مراکز درمانی
	T11: فقدان همکاری بین سفارتخانه ها و مراکز درمانی، ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه های برون مرزی برای نشان دادن قابلیت های گردشگری پزشکی و فعال نبودن آژانس های گردشگری پزشکی به منظور بازاریابی در کشورهای همسایه



عوامل داخلی: IFE نقاط قوت S و نقاط ضعف W			
شاخص (کدگذاری محوری)	زیر شاخص (کدگذاری باز)		
موقعیت زیست‌محیطی	T12: واقع شدن بخشی از منطقه در کمربند زلزله‌خیزی زاگرس	تولیدها	
	T13: فرسایش خاک و وجود کانون‌های گسترده ریزگردها به‌ویژه در ایلام		
	T14: وضعیت نامناسب از نظر نظافت و آراستگی شهرهای مرزی		
	T15: نبود سیستم دفع زباله در اکثر مناطق		
	T16: صادر نکردن ویزای پزشکی و بی‌توجهی به این امر در ایران		
تبلیغات و بازاریابی	T17: نبود برنامه‌های مدون برای اطلاع‌رسانی، تبلیغات و بازاریابی، نبود سیستم تبلیغاتی برون‌مرزی، ترویج ناکافی و ضعیف گردشگری پزشکی از طریق اینترنت و با استفاده از فناوری اطلاعات، فقدان ساختار مناسب این نوع تبلیغات برای اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی در منطقه	تولیدها	
	T18: قبیله‌گرایی و برخی اختلافات در نظام مدیریتی منطقه		
شرایط فرهنگی	T19: امکان انتقال بیماری‌های واگیر		پدافند غیرعامل
	T20: بی‌توجهی به ارائه خدمات بالینی و مشاوره‌ای به بیماران و پشتیبانی همراهان آنان		
	T21: نیازهای درمانی مردم بومی و شلوغی مراکز درمانی به‌سبب حضور گردشگران پزشکی		
	T22: مهاجرت نیروی متخصص از منطقه		
	T23: روند روبه‌افزایش ریزگردها و شیوع بیماری‌های ناشی از آن		
بین‌المللی	T24: تقویت زیرساخت‌ها و رقابت شدید در حوزه گردشگری پزشکی و پیدایش رقابت نسبتاً قوی بین کشورهای منطقه		
	T25: تبلیغات منفی رسانه‌های خارجی و ارائه تصویری تحریف‌شده از ایران به جامعه جهانی و کمبود منابع برای مقابله با این گفتمان منفی		
	T26: تحریم‌های بین‌المللی		

یافته‌های پژوهش

بدین منظور نقاط قوت داخلی و فرصت‌های خارجی، نقاط ضعف داخلی و فرصت‌های خارجی، نقاط قوت داخلی و تهدیدهای خارجی و نقاط ضعف داخلی و تهدیدهای خارجی با یکدیگر مقایسه شدند و از نتیجه آن‌ها با توجه به فاکتورهای شناسایی شده چندین نوع راهبرد حاصل شد. در جدول ۲ انواع راهبردها و عوامل مرتبط با آن ذکر شده است. برای تعیین روابط میان انواع راهبردها در پژوهش حاضر، از تکنیک دیمتل فازی استفاده شده است. این امر باعث کاهش تعداد جدول‌های مقایسات زوجی خواهد شد.

استان‌های مرزی کردستان، کرمانشاه و ایلام به‌منزله کلان‌منطقه آمایشی (منطقه سه سلامت) به‌سبب موقعیت ممتاز منطقه‌ای و مزیت مکانی به‌علت نزدیکی به کشورهای مبدأ گردشگری عراق و اقلیم کردستان، وجود مرزهای رسمی در حکم کانون‌های مهم پیوند و برخورداری از مواهب طبیعی با اتخاذ سیاست‌های متنوع در صورت برنامه‌ریزی و اعمال مدیریت توانمند، مزیت رقابتی بالایی دارد تا به‌منزله یکی از قطب‌های مهم گردشگری سلامت مطرح شود.

جدول ۲: مهم‌ترین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی استان‌های غربی (ایلام، کرمانشاه و کردستان) با مرکزیت کرمانشاه

عوامل مرتبط با راهبرد	راهبردهای بازنگری (WO)	عوامل مرتبط با راهبرد	راهبردهای تهاجمی (SO)
W8, W24, W25, W26, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O6, O7, O8, O9	WO1: توجه و حمایت ویژه دولت از طریق قانون‌گذاری (اصلاح قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، اتخاذ قوانین تسهیل ورود و خروج، تعیین تعرفه‌های ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی و گردشگری، تدوین قوانین مربوط به نظام پاسخ‌گویی به خطاهای پزشکی و نظارت مستمر بر عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات، اتخاذ قوانین خاص حفاظت از امنیت گردشگران پزشکی)	S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S14, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8	SO1: تمرکز و تلاش برای ارتقای کیفیت و رقابت برای جلب رضایت مشتری و اعتمادسازی به منظور جذب بیشتر گردشگران پزشکی
W17, W27, W28, W29, W33, W34, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10	WO2: تدوین سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی، حمایتی و نظارتی در عرصه گردشگری سلامت نظیر تشکیل نهاد بین بخشی مشولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی برای تدوین سیاست‌های شفاف، جلوگیری از موازی‌کاری، تقویت تعامل و همکاری، انسجام و هماهنگی در نظام مدیریت به‌ویژه مدیریت و نظارت بر عرضه، لزوم برنامه جامع و ساختارمند توسعه گردشگری سلامت و جمع‌توانمندی‌های منطقه در خصوص توسعه گردشگری پزشکی با نگرش و تفکر سیستمی و دنبال کردن برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت در این حوزه، سرمایه‌گذاری کافی دولت و حمایت لازم از بخش خصوصی برای ورود و تسهیل سرمایه‌گذاری (ایجاد تسهیلات کافی برای سرمایه‌گذاران و مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی)	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S12, S13, S14, O1, O2, O6, O7, O8, O9, O10	SO2: احداث دهکده مدرن سلامت با رویکردی یکپارچه (در حوزه تندرستی، درمانی و پزشکی) با توجه به پتانسیل‌های منطقه در فاصله نزدیک به کرمانشاه در محیطی طبیعی با طراحی مناسب و دور از مخاطرات زیست‌محیطی و فراهم کردن شرایط رقابتی از دوره درمان و قیمت خدمات در مقایسه با سایر کشورها.
W20, W21, W29, W30, W31, W32, W33, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7	WO3: طراحی و تدوین راهبرد بازاریابی منسجم و مؤثر (با استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زیبایی این استان‌ها با گردشگران) در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان (برگزاری نمایشگاه دانشی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت و تولید بروشورهای تبلیغاتی به همراه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت متناسب با پتانسیل و قابلیت‌های منطقه در راستای ارائه برندها).	S5, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S14, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O9, O10	SO4: افزایش بهره‌برداری از پتانسیل‌های درمان‌های طبیعی و سنتی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه به‌ویژه مراکز مدرن گیاه‌درمانی طبق استانداردهای جهانی
عوامل مرتبط با راهبرد	راهبردهای تدافعی (WT)	عوامل مرتبط با راهبرد	راهبردهای تنوع (ST)
W4, W5, W6, W7, W9, W12, W13, W14, W16, W20, W33, W35, T1, T3, T7, T9, T11	WT1: تهیه تعرفه‌های درمانی برای بیماران خارجی با توجه به نوع بیماری و کیفیت خدمات مراکز ارائه‌دهنده به آن‌ها (لزوم دسته‌بندی مراکز درمانی براساس کیفیت) و توسعه آژانس‌های گردشگری پزشکی، جهت حذف مافیای گمرک مرزی، واسطه‌گری، دلالی دلالان و رشوه‌گیری و تبانی در بخش بهداشت و درمان.	S2, S4, S7, S8, S11, S12, T2, T7, T8, T10, T17, T20, T24	ST1: مدیریت ساختارمند و توسعه روابط با همسایگان به‌ویژه در زمینه انتقال بیماران و تدوین راهبردهای توسعه بیمه تکمیلی و رفع موانع انتقال آن، انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بازارهای هدف) و ارتقای سطح امنیت و فرهنگ گردشگری‌پذیری و مهمان‌نوازی و آموزش بهبود ارتباط با بیمار خارجی برای جلب اعتماد و وفادارسازی و مقابله با برخی تبلیغات منفی.
W1, W2, W3, W10, W11, W18, W19, W20, W21, W22, W23, W27, W33, T4, T5, T6, T24	WT2: ارتقای فناوری و تجهیزات پزشکی و فیزیکی مکان‌های گردشگری و تقویت امکانات خدماتی، تأسیساتی و توسعه زیرساخت‌های لازم با استانداردهای بین‌المللی در منطقه و سرمایه‌گذاری دولت در این بخش‌ها، توسعه وسایل حمل‌ونقل جاده‌ای، ریلی و هوایی، بهبود خدمات مالی و بانکی (تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی و مراکز رسمی تبدیل ارز) تأسیس و توسعه شرکت‌های تسهیل‌گر گردشگری پزشکی و آژانس‌های گردشگری برای فعالیت بازاریابی و جذب گردشگران در کشورهای مبدأ گردشگری به‌ویژه اقلیم کردستان و عراق و سایر کشورها و ارائه تسهیلات لازم به آن‌ها در این خصوص)	S1, S3, S4, S12, S13, S14, T1, T2, T3, T16, T23	ST2: تلاش برای اخذ تأییدیه‌ها و استانداردهای بین‌المللی از طریق مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، تندرستی و پزشکان، متخصصان و پرستاران و آماده‌سازی زیرساخت‌ها و امکانات براساس آن‌ها.





عوامل مرتبط با راهبرد	راهبردهای بازنگری (WO)	عوامل مرتبط با راهبرد	راهبردهای تهاجمی (SO)
W12, W13, W14, W15, W16, W17, W32, W26, T7, T9, T17, T18, T20, T21, 24	WT3: تشکیل بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری و راه‌اندازی وب‌سایت گردشگری درمانی استان‌های مرزی منطقه سه سلامت به صورت مشترک در راستای مدیریت یکپارچه تبلیغات و بازاریابی، اعتمادسازی و جذب گردشگران بازارهای هدف، ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان، تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی برای استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو.	S2, S4, S8, S11, T19, T21, T24	ST3: تأسیس مراکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری (پاراکلینیک) (مجهز و مدرن و دارای خدمات برتر در شهرهای مرزی که برای جذب گردشگران سلامت شهرهای مرزی همسایگان و جلوگیری از انتقال بیماری‌های واگیردار به مراکز استان‌ها و کشور و جلوگیری از ایجاد مشکلات مربوط به امنیت روانی - اجتماعی مردم پتانسیل دارند.
W2, W3, W8, W25, W35, T8, T12, T13, T14, T15, T18, T19, T20, T21, T22, T25, T26	WT4: تدوین برنامه‌های کلان ملی و فراملی گردشگری سلامت بر پایه ملاحظات زیست‌محیطی و پایداری و رعایت الزامات مخاطرات طبیعی (در مناطق مستعد) و معضلات زیست‌محیطی (ریزگردها) و پدافند در استقرار دهکده‌های سلامت در منطقه	W5, W6, W7, W9, T13, T21, W24, W35, T3, T9, T10, T20, T22, T24	ST4: برگزاری دوره‌های مهارتی گردشگری سلامت و آموزش نیروی انسانی متخصص در این بخش، جلوگیری از خروج نیروهای متخصص از منطقه، به‌کارگیری و تربیت پزشکان، متخصصان و پرستاران حرفه‌ای و نظارت بر آن‌ها برای ارتقای مهارت‌های علمی در سطح جهانی و توانمندسازی، به‌کارگیری مترجم به زبان‌های بین‌المللی و کشور مولد گردشگر (عربی) در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در بخش گردشگری پزشکی و شرکت در کنگره‌های بین‌المللی و بازدید از مراکز توریسم درمانی کشورهای موفق در این زمینه.

از انتقال بیماری‌های واگیردار به مراکز استان‌ها و کشور و مشکلات مربوط به امنیت روانی - اجتماعی مردم پتانسیل لازم را دارند.

همچنین تدوین برنامه‌های کلان ملی و فراملی گردشگری سلامت بر پایه ملاحظات پدافند غیرعامل، زیست‌محیطی و پایداری و رعایت الزامات مخاطرات و معضلات طبیعی (نظیر ریزگردها، زلزله و...) در استقرار مراکز پاراکلینیک و دهکده‌های سلامت در منطقه.

راهبرد ملی - منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه بازاریابی: تأسیس و توسعه آژانس‌های گردشگری سلامت برای فعالیت بازاریابی و جذب گردشگران در کشورهای مبدأ گردشگری به ویژه اقلیم کردستان و عراق و ارائه تسهیلات لازم به آن‌ها در این خصوص و تهیه تعرفه‌های درمانی برای بیماران خارجی با توجه به نوع بیماری و کیفیت خدمات مراکز ارائه‌دهنده به آن‌ها (لزوم دسته‌بندی مراکز درمانی براساس کیفیت) برای حذف مافیای گمرک مرزی، واسطه‌گری، دلالی دلان و رشوه‌گیری و تبانی در بخش بهداشت و درمان.

راهبرد کلان ملی در حوزه قانون‌گذاری: توجه و حمایت ویژه دولت از طریق قانون‌گذاری (اصلاح قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، اتخاذ قوانین تسهیل ورود و خروج، تعیین تعرفه‌های مشخص و استاندارد برای خدمات درمانی و گردشگری، تدوین قوانین مربوط به نظام پاسخ‌گویی به خطاهای پزشکی و نظارت مستمر بر عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات. اتخاذ قوانین خاص حفاظت از امنیت گردشگران پزشکی).

براساس نتایج پژوهش مهم‌ترین راهبردها برای دستیابی به اهداف پژوهش تحت عناوین راهبردهای کلان ملی، راهبردهای منطقه‌ای (منطقه سه سلامت) و راهبردهای ملی - منطقه‌ای تقسیم‌بندی شده است که به ترتیب اولویت به شرح زیر است:

راهبرد کلان ملی در حوزه سیاست‌گذاری: تدوین سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی، حمایتی و نظارتی در عرصه گردشگری سلامت نظیر تشکیل نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی، تدوین سیاست‌های شفاف و جلوگیری از موازی‌کاری، تقویت تعامل و همکاری، انسجام و هماهنگی در نظام مدیریت به ویژه مدیریت و نظارت بر عرضه، سرمایه‌گذاری کافی دولت و حمایت لازم از بخش خصوصی برای ورود و تسهیل سرمایه‌گذاری (ایجاد تسهیلات کافی برای سرمایه‌گذاران و مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی).

راهبرد منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت: لزوم برنامه جامع و ساختارمند توسعه گردشگری سلامت و تجمیع توانمندی‌های منطقه در خصوص توسعه گردشگری پزشکی با نگرش و تفکر سیستمی و دنبال کردن برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت در این حوزه.

راهبردهای کلان ملی - منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه پدافند غیرعامل: احداث مراکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری (پاراکلینیک) مجهز و مدرن و دارای خدمات برتر در شهرهای مرزی که برای جذب گردشگران سلامت شهرهای مرزی عراق و اقلیم کردستان و جلوگیری



راهبردهای منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری: ۱. ارتقای تجهیزات پزشکی و فیزیکی مکان‌های گردشگری و تقویت امکانات خدماتی، تأسیساتی و توسعه زیرساخت‌های لازم با استانداردهای بین‌المللی در منطقه و سرمایه‌گذاری دولت در این بخش‌ها، توسعه وسایل حمل و نقل جاده‌ای، ریلی و هوایی، بهبود خدمات مالی و بانکی (تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی و مراکز رسمی تبدیل ارز)؛ ۲. تمرکز و تلاش برای ارتقای کیفیت خدمات و رقابت برای جلب رضایت مشتری و اعتمادسازی برای جذب بیشتر گردشگران پزشکی.

راهبرد منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه یکپارچه‌سازی خدمات و سیستم مدیریتی: احداث دهکده مدرن سلامت با رویکردی یکپارچه (در حوزه تندرستی، درمانی و پزشکی) با توجه به پتانسیل‌های منطقه در فاصله نزدیک به کرمانشاه در محیطی طبیعی با طراحی مناسب و دور از مخاطرات زیست‌محیطی و ایجاد شرایط رقابتی از دوره درمان و قیمت خدمات به نسبت سایر کشورها.

راهبرد ملی - منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه بازاریابی: طراحی و تدوین راهبرد بازاریابی منسجم و مؤثر (با استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی این استان‌ها با گردشگران) در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان (برگزاری نمایشگاه دائمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت و تولید بروشورهای تبلیغاتی به همراه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت متناسب با پتانسیل و قابلیت‌های منطقه در راستای ارائه برندها).

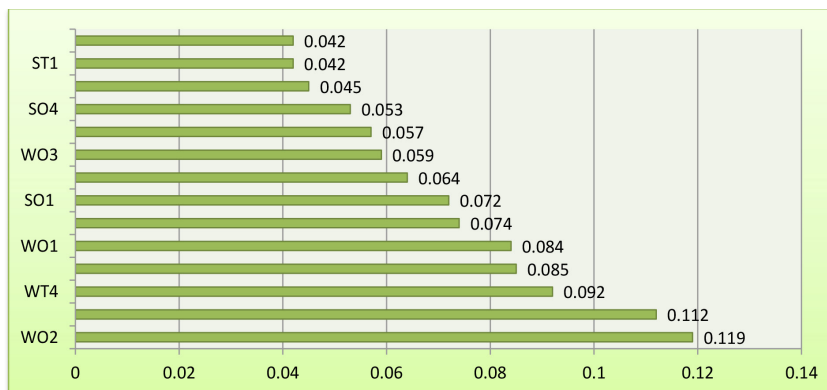
راهبرد کلان ملی - منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری: تلاش به منظور اخذ تأییدیه‌ها و استانداردهای بین‌المللی از طریق مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، تندرستی و پزشکان، متخصصان و پرستاران و آماده‌سازی زیرساخت‌ها و امکانات براساس آن‌ها.

راهبرد منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه درمان‌های طبیعی و سنتی: افزایش بهره‌برداری از پتانسیل‌های درمان‌های طبیعی و سنتی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه به‌ویژه مراکز مدرن گیاه‌درمانی طبق استانداردهای جهانی.

راهبرد منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری (زیرساخت‌های فناوری اطلاعات): ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری و راه‌اندازی وبسایت گردشگری درمانی استان‌های مرزی منطقه سه سلامت به صورت مشترک در راستای مدیریت یکپارچه تبلیغات و بازاریابی، اعتمادسازی و جذب گردشگران بازارهای هدف، ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان، تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی برای استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو.

راهبرد منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه توسعه نیروی انسانی و ارتباطات: برگزاری دوره‌های مهارتی گردشگری سلامت و آموزش نیروی انسانی متخصص در این بخش، به‌کارگیری و تربیت پزشکان، متخصصان و پرستاران حرفه‌ای و نظارت بر آن‌ها برای پاسخ‌گویی و ارتقای مهارت‌های علمی در سطح جهانی و توانمندسازی، به‌کارگیری مترجم به زبان‌های بین‌المللی و کشور مولد گردشگر (عربی) در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در بخش گردشگری پزشکی، و شرکت در کنفرانس‌های بین‌المللی و بازدید از مراکز توریسم درمانی کشورهای موفق در این زمینه.

راهبرد کلان ملی - منطقه‌ای (کلان منطقه سه سلامت) در حوزه زبان و ارتباطات: توسعه روابط با همسایگان به‌ویژه در زمینه انتقال بیماران و تدوین راهبردهای توسعه بیمه تکمیلی و رفع موانع انتقال آن، انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بازارهای هدف) و ارتقای سطح امنیت و فرهنگ گردشگرپذیری و مهمان‌نوازی و آموزش بهبود ارتباط با بیمار خارجی برای جلب اعتماد و وفادارسازی و مقابله با برخی تبلیغات منفی.

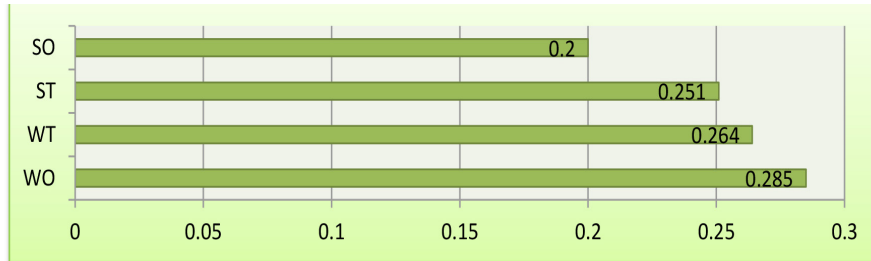


نمودار ۲: اولویت‌بندی راهبردها برای دستیابی به اهداف تحقیق

تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه‌گردشگری پزشکی با رویکرد
یکپارچه‌سازی خدمات
نمونه مورد مطالعه: استان‌های مرزی منطقه سه سلامت

و نقاط ضعف) در اولویت دوم و راهبردهای تنوع و تهاجمی در
اولویت‌های بعدی قرار گرفتند.

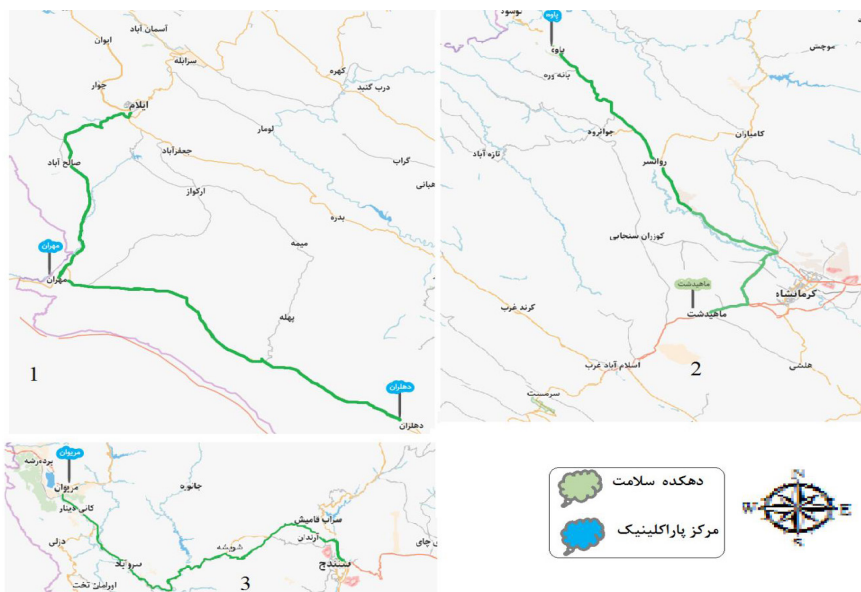
بر اساس اولویت، به ترتیب راهبرد بازنگری (استفاده از
فرصت‌های محیطی برای جبران نقاط ضعف) در اولویت اول
و راهبرد تدافعی (به حداقل رساندن زیان‌های ناشی از تهدیدها



نمودار ۳: اولویت‌بندی راهبردهای چهارگانه کلان منطقه سه سلامت

مانع ورود بی‌رویه گردشگران سطوح پایین به مراکز خدماتی
سطح بالاتر شده و از طرف دیگر، از شیوع بیماری‌هایی مانند
فلج اطفال و سیل هپاتیت از کشورهای اطراف به کشور
جلوگیری می‌کند. مهم‌ترین مناطق برای احداث این مراکز
(بر اساس نظر خبرگان و یافته‌های پژوهش) به سبب داشتن
موقعیت مرزی مناسب و مجاورت با اقلیم کردستان و عراق در
ایلام شهرهای مهران و دهلران، در کرمانشاه پناه و در کردستان
مریوان است. همچنین به منظور ظرفیت‌سازی برای توسعه
گردشگری بر اساس معیارهای جهانی رقابت در گردشگری
پزشکی در منطقه سه سلامت و پرهیز از پراکنده‌کاری و
جلوگیری از هم‌پوشانی مضاعف و دوباره‌کاری کرمانشاه
(ماهیدشت روستای کاشنبه لک در فاصله ۴۰ کیلومتری
کرمانشاه) به منزله کانون اصلی ارائه خدمات در سطوح عالی
در منطقه برای توسعه دهکده سلامت و پوشش لازم پیشنهاد شد.

لزوم یکپارچه‌سازی خدمات در گردشگری سلامت
و توجه به این مهم در تهیه طرح‌ها و برنامه‌های راهبردی،
که پژوهش حاضر در راستای آن شکل گرفته است، علاوه بر
رفاه حال گردشگران و سرمایه‌گذاران، به کاهش هزینه‌ها
و سازمان‌دهی برنامه‌های گردشگری با هدف تشکیل
زیرساخت‌های مناسب و رقابت‌پذیر خواهد انجامید. در این
پژوهش، با در نظر گرفتن کلیه عوامل و راهبردها در آمیزه‌های
گوناگون، به ابعاد مدیریت و سیاست‌گذاری، پدافند
غیرعامل، امکانات خدماتی، تأسیساتی، قوانین و مقررات،
کیفیت، بازاریابی، زیرساخت الکترونیکی، زبان و ارتباطات
با توجه به نیاز منطقه توجه ویژه‌ای شده است. یکی از
مهم‌ترین مباحث مطرح‌شده در این پژوهش، بعد پدافند
غیرعامل و لزوم احداث مراکز پاراکلینیک مجهز و مدرن
در مناطق مرزی دارای پتانسیل است. این امر از یک طرف



شکل ۵: مکان‌های پیشنهادی برای احداث مراکز پاراکلینیک و دهکده سلامت در کلان منطقه سه سلامت
(ایلام، کرمانشاه و کردستان)



نتیجه گیری

در این پژوهش چارچوبی از شاخص‌ها تحت عنوان شاخص‌های دهکده‌های سلامت در راستای توسعه گردشگری پزشکی، با رویکرد ارائه خدمات یکپارچه تدوین شد و سنجش وضعیت مناطق مرزی منطقه سئ سلامت با توجه به شاخص‌های تعیین شده ارزیابی شد. نیاز به خدمات درمانی و حجم بالای ورود گردشگران سلامت عراق و اقلیم کردستان به مناطق مرزی منطقه سئ سلامت و شرایط مساعد فرهنگی از قبیل قرابت فرهنگی - قومی، قرابت مذهبی، شناخت فرهنگی، شباهت زبانی با اقلیم کردستان و نزدیکی به محل سکونت از مهم‌ترین پتانسیل‌های توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات در این منطقه است. سیاست‌های مدیریتی، حمایتی و نظارتی، فقدان مراکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری (پاراکلینیک) مجهز و مدرن و دارای خدمات برتر در شهرهای مرزی، وجود مافیای گمرک مرزی، واسطه‌گری، دلالتی دلالتان و رشوه‌گیری و تباخی در بخش بهداشت و درمان، ضعف شدید امکانات خدماتی، تأسیساتی و زیربنایی و محرومیت مناطق مرزی از خدمات به نسبت سایر نقاط کشور و احیاناً تبعیض در برنامه‌ریزی‌ها در ارائه خدمات از مهم‌ترین موانع و محدودیت‌ها در این منطقه ذکر شده است. در این پژوهش سعی شده با در نظر گرفتن کلیه عوامل شناسایی شده و متناسب با ابعاد گوناگون و اهداف برنامه چشم‌انداز کشور، بهترین و مهم‌ترین راهبردها و سیاست‌های کارآمد در آمیزه‌های مختلف با توجه به شاخص‌های مطرح شده به صورت یکپارچه و براساس اولویت‌بندی برای توسعه گردشگری پزشکی استان‌های مرزی منطقه سئ سلامت ارائه شود. در نهایت با توجه به ارزیابی‌های انجام شده، مکان مناسب برای احداث توسعه دهکده سلامت در حداکثر چهل دقیقه‌ای از کرمانشاه با شرایط آب‌وهوایی مساعد، حداقل مخاطرات محیطی و مشکلات زیست محیطی و با در نظر گرفتن هم‌زمان پتانسیل استفاده از انواع درمان‌های (پزشکی، طبیعی و سنتی) و مراکز پاراکلینیک در مهران، دهلران، پاه و مریوان پیشنهاد شد. برای نگاهداشت بیماران در منطقه، وجود پروازهای داخلی بین این مراکز و دهکده برای ارائه خدمات در سطوح عالی ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- تقوایی، مسعود، حسینی، سیده سمیه (۱۳۹۹). تبیین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد رقابت‌پذیری مقاصد (نمونه موردی: استان فارس).، جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای ۱۸(۲)، ۲۰۱-۲۳۸.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (۱۳۹۸). سند آمایش سرزمین کرمانشاه. <https://www.mporg.ir/Portal/View/Page.aspx?PageId=9ff16863-80c4-41ba-bf95-74fa0c8f0d0f>
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (۱۳۹۸). سند آمایش سرزمین ایلام. <https://www.mporg.ir/Portal/View/Page.aspx?PageId=9ff16863-80c4-41ba-bf95-74fa0c8f0d0f>
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (۱۳۹۸). سند آمایش سرزمین کردستان. <https://kurdistan.mporg.ir/Portal/View/Page.aspx?PageId=5309db6f-998a-43bf-9325-eed0b2f2db8d&t=0>
- ملکزاده، رویا، عابدی، قاسم، رضایی، محمد صادق و یزدانی پونه (۱۳۹۶). روند استقرار آمایش سرزمینی و تحول و نوآوری آموزش عالی سلامت در ایران. تعالی بالینی، ۷(۱)، ۴۳-۴۹.
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Carrera, P., & Bridges, J. (2008), Health and Medical Tourism: What They Mean and Imply for Health Care Systems, In: Merz, F. (Ed.), *Hanser Verlag*, New York.
- Cohen, I. G. (2010). Medical tourism: The view from ten thousand feet. *Hastings Center Report*, 40(2), 11-12.
- Cohen, E. (1978). The impact of tourism on the physical environment. *Annals of Tourism Research*, 5(2), 215-237.
- Connell, J. (2011). *Medical Tourism*. Oxfordshire: CAB International.
- Deloitte, L. L. P. (2008). *Medical tourism: Consumers in search of value*. Retrieved on 02.02.12, from. <http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/>.
- Dwyer, L., & Kim, C. (2003), Destination competitiveness: determinants and indicator, *Current Issues in Tourism*, 6(5), 369-414.



- Lee, C. W., & Li, C. (2019). The Process of Constructing a Health Tourism Destination Index. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4579.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturities*, 66(1), 27-32.
- Marcouiller, D. W. (1997). Toward integrative tourism planning in rural America. *Journal of Planning Literature*, 11(3), 337-357.
- Momenia, Kh., & Janatib, A. (2018). Imanic A, Khodayari-Zarnaqb R. Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study. *Tourism Management*, 69, 307-316.
- Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5-17.
- Murphy, P. E. (1981). Community attitudes to tourism. *International Journal of Tourism Management*, 2(3), 189-195.
- Peters, M. (1969). *International tourism: The economics and development of the international tourism trade*. London: Hutchinson.
- Reddy, S. G., York, V. K., & Brannon, L. A. (2010). Travel for treatment: Students' perspective on medical tourism. *International Journal of Tourism Research*, 12, 510-522.
- Robinson, M. (2005). *Niche tourism: An introduction*. In M. Novelli (Ed.). *Niche tourism: Contemporary ideas, trends, and cases* (pp. 1-11). Burlington, MA: Elsevier.
- Sandberg, D.S. (2017). Medical tourism: An emerging global healthcare industry. *International Journal of Healthcare Management*, 10(4), 281-288.
- Shaywitz, D.A. and Ausiello, D.A. (2002). Global health: A chance for western physicians to give - and receive. *The American Journal of Medicine*, 3(11), 354-357.
- Smith, P.C., & Forgione, D.A. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism
- Fetscherin, M., & Stephano, R.M. (2016) The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539-556.
- Ganguli, S., & Ebrahim, A.H. (2017) A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness. *Tourism Management Perspectives*, 21, 74-84.
- Hall, M. (2011b). Publish and perish? Bibliometric analysis, journal ranking and the assessment of research quality in tourism. *Tourism Management*, 32(1), 16 e27.
- Hosseini, S.S., Tagvayi, M., Ataev, Z.V., & Bratkov, V.V. (2020). Problems and prospects of creating health tourism villages as a potential for developing medical tourism in the Islamic Republic of Iran (Case study: Yazd province). *South of Russia: ecology, development*. 15(3), 97-116. (In Russ.)
- Hunter, W. C. (2007). Medical tourism: A new global niche. *International Journal of Tourism Sciences*, 7(1), 129-140.
- Junio, M.M. V., Kim, J. H., & Lee, T.J. (2016). Competitiveness attributes of a medical tourism destination: The case of South Korea with importance-performance analysis. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 34(4), 444-460
- Keogh, B. (1990). Public participation in community tourism planning. *Annals of Tourism Research*, 17(3), 449-465.
- Krishnan, T., Chelliah, S., Mohamed, B., & Bahauddin, A. (2013, February). Medical tourism research: a conceptual framework of emerging business strategies in healthcare industry. *In Proceedings of International Conference on Tourism Development*.
- Lee, M., Han, H., & Lockyer, T. (2012). Medical tourism—attracting Japanese tourists for medical tourism experience. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29(1), 69-86.
- Lee, J., & Kim, H-b (2015). Success factors of health tourism: cases of Asian tourism cities. *International Journal of Tourism Cities*, 1(3), 216-233.

- Yang, Y. S. (2013). Key success factors in medical tourism marketing. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(3), 152.
- Ye, B. H., Qiu, H. Z., & Yuen, P. P. (2011). Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*, 32, 1125-1127.
- Yu, J. Y., & KO, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33, 80-88.
- Smith, M., & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Jordan Hill.
- Tasci, M. E. & Gorener, A. (2016) evaluating the strategies of medical tourism sector through ahp and moora in a SWOT framework. *Journal of Global Strategic Management*, 10(20), 15-30.
- Turner L. (2011). Medical tourism and the global marketplace in health services: U.S. patients. international hospitals, and the search for affordable health care., *International Journal of Health Services*, 40(3), 443-467