مقـــاله تحقیقی

عارضه‌یابی اجرای سیاست گردشگری سلامت در ایران: ارائه چارچوبی‌مفهومی

مهدی کروبی[1]، دیاکو عباسی[2*]

[1] دانشیار گروه آموزشی مدیریت جهانگردی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران.

[2] مربی، دکترای مدیریت گردشگری، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی،تهران، ایران.

نشانی الکترونیک:
diaoko.abbasi@gmail.com

چکیده

زمینه: جهانی شدن خدمات سلامت منجر به بوجود آمدن بخش جدیدی با نام گردشگری سلامت[1] شده است. پیوند بین خدمات سلامت[2] و خدمات گردشگری، در کنار رشد شبکه جهانی پزشکی و درمان، باعث شده تا گردشگری سلامت در بیشتر کشورها یکی از اولویت‌های مدیریت پزشکی، سلامت و گردشگری محسوب گردد. ایجاد این پیوند و توسعه‌ی گردشگری سلامت ماهیتی پیچیده و منفک از هم دارد که باعث شده اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه در این حوزه چالش‌هایی مواجه باشد. هدف اصلی این مطالعه شناسایی مهمترین چالش‌ها و عوامل زمینه‌ای مرتبط با اجرای سیاست توسعه‌ی گردشگری سلامت در ایران می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه یک روش تحقیق کیفی ـ اکتشافی به کار گرفته شده است زیرا که ماهیت مسئله پیچیده بوده و هدف اصلی درک عمیق از مسائل و موضوعات مرتبط با اجرای سیاست گردشگری سلامت است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی ذینفعان بخش دولتی و خصوصی گردشگری سلامت بود. روش نمونه‌گیری هدفمند (purposive sampling) از میان ذینفعان کلیدی این بخش از قبیل اعضاء شورای راهبری گردشگری سلامت ایران بوده و جمع‌آوری داده‌ها در تابستان و پاییز سال ۹۸ انجام گرفت. از استراتژی تئوری داده بنیان (Grounded Theory Strategy) چارمز (Charmaz, 2006) برای تحلیل و توسعه‌ی چارچوب نظری تحقیق استفاده گردید.

یافته‌ها: عدم ثبات مدیریت، چالش محیط کارآفرینی، سیاستگذاری منسجم، تمامیت دولت، نبود یک طرح خوب، عدم حمایت بودجه‌ای و قانونی، چالش‌های محیط کلان بین‌المللی و همکاری و هماهنگی بین سازمانی به عنوان مهمترین عوامل علّی و زمینه‌ای موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در ایران معرفی گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه از طریق توسعه و ارائه‌ی چارچوب مفهومی که منجر به تقویت پیشینه‌ی مفهومی اجرایی سیاست گردشگری سلامت در کشورهای در حال توسعه و آسیایی می‌شود می‌تواند به حل چالشهای اجرایی سیاست گردشگری سلامت ایران کمک نماید.

واژگان کلیدی: سیاست گردشگری سلامت، هماهنگی، توافقات بین بخشی، ایران.

۱. Health tourism
۲. Healthcare services

مقدمه

جهانی شدن الگوها و شیوه‌ها و شبکه‌های پزشکی و سلامت باعث به وجود آمدن نوع جدیدی از گردشگری با نام گردشگری سلامت شده است. گردشگری پزشکی و سلامت با رشدی سریع تبدیل به یکی از زمینه‌های مهم در حوزه‌های پژوهشی در مطالعات پزشکی بین‌الملل و صنعت گردشگری شده است (۱۲-۱). گردشگری سلامت به صورت خیلی ساده به سفر خارج از محیط معمول زندگی فرد برای دریافت خدمات درمان و تندرستی اطلاق می‌شود (۱۳). گردشگری سلامت ترکیبی از دو نوع گردشگری شامل: گردشگری تندرستی و گردشگری پزشکی است (۱۴). هر چند سلامت اساسا به ابعاد انسانی و بهبود زندگی اجتماعی مربوط می‌شود با این حال می‌تواند در قالب یک صنعت سلامت به پیشرفت اقتصادی و تقویت زیرساخت‌های سلامت کمک کند. به عنوان یک بخش پویا و به سرعت در حال رشد، گردشگری سلامت به یکی از بزرگترین بخش‌های خدماتی در جهان تبدیل شده است، به طوری که برای بسیاری از کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه منافع اجتماعی، تجاری و اقتصادی فراوانی به همراه داشته است (۱۷-۱۵ و ۳ و ۲). مقصدها و کشورهای مختلف برای بالا بردن سهم خود در بازار رو به رشد این صنعت، سعی در بهبود و ارتقاء کیفیت خدمات و امکانات بیمارستانی، بالینی، درمانی، حمل و نقل هوایی، بازاریابی، آموزش منابع انسانی و تقویت زیرساخت‌های تکنولوژیکی هستند (۸ و ۵ و ۱). ایران در سال‌های اخیر از رشد قابل توجهی در زمینه‌ی گردشگری سلامت بین‌المللی برخوردار بوده است و دلیل آن را می‌توان در کیفیت سیستم پزشکی در ایران، توانمندی‌ها و شهرت پزشکان حاذق ایرانی و کادر درمان، پایین بودن هزینه‌های تمام شده‌ی بسته‌های خدمات درمانی قابل عرضه در ایران و مجاورت ایران با یک جمعیت ۴۰۰ میلیون نفری از کشورهایی مانند عراق، افغانستان، ترکمنستان، آذربایجان، کشورهای عربی حاشیه‌ی خلیج فارس کشور و غیره دانست که به طور عمده دارای ضعف زیرساخت‌های درمانی و عدم توسعه یافتگی سیستم‌های پزشکی هستند که اتفاقا اعتماد بالایی هم به پزشکان ایرانی دارند. ایران به عنوان یکی از مهمترین کشورهای تاثیرگذار منطقه‌ی خاورمیانه از توانمندی‌های بالایی در حوزه‌های مختلف علمی و دستاوردهای پزشکی مانند درمان ناباروری، درمان سلول‌های بنیادی، دیالیز، جراحی قلب، جراحی‌های زیبایی و چشم پزشکی برخوردار است و یکی از ۵ کشور اول جهان در حوزه‌ی فنآوری بیوتکنولوژی ملکولی می‌باشد.

شواهد و گفتمان‌های داخلی و ظهور مداوم استارت‌آپ‌ها، شرکت‌ها و تسهیل‌گران در این حوزه، شکل‌گیری انجمن (خدمات بین‌المللی سلامت ایران) و شورای راهبری گردشگری سلامت ایران (متشکل از وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، وزارت امور خارجه، اتاق بازرگانی ایران و سازمان میراث فرهنگی و گردشگری) منجر به تبدیل شدن بخش گردشگری سلامت به یکی از بخش‌های رو به رشد و در اولویت توسعه در ایران شده است. بنابراین اجرای برنامه‌هایی که به بهبود مزیت‌های رقابتی ایران به عنوان یک مقصد گردشگری سلامت کمک می‌کند از قبیل توسعه‌ی زیرساخت‌های لازم، بهبود کیفیتی، بازاریابی و آموزش و توسعه‌ی منابع انسانی در بخش پزشکی (به ویژه کمک به پزشکان و متخصصین و کادر درمان داخلی برای حرکت به سمت رویکردهای بین‌المللی) در دستور کار این شورا قرار گرفته است. با این حال در مقام اجرا اغلب برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه‌ی گردشگری سلامت به منظور دستیابی به اهداف بلند مدت توسعه‌ای این بخش، ساماندهی این حوزه و ایجاد مزیت‌های رقابتی در سطح بین‌المللی با چالش‌هایی مواجه است. به طوری که ملاحظه می‌شود دستاوردهای ملموس و اجرائی مشخصی در سطح جهان و منطقه به منظور برندینگ و شناساندن ایران به عنوان یک مقصد گردشگری پزشکی مشاهده نشده و در زمینه‌ی رتبه‌بندی مقصدهای گردشگری سلامت، ایران با وجود ظرفیت‌های بالای درمانی و سلامت و سرآمد بودن در زمینه‌ی پیشرفت‌های پزشکی در رتبه‌بندی یکی از سایت‌های مرجع گردشگری پزشکی (medicaltourism.com) جزء ۳۰ مقصد اول محسوب نمی‌شود. از طرفی سیاست‌های داخلی شورای راهبری برای مقابله با پدیده‌ی دلالیزم و حضور واسطه‌های غیر قانونی هم که عمدتا دارای اهداف کوتاه مدت اقتصادی هستند نیز که تا حد زیادی به اعتبار ایران به عنوان یک مقصد گردشگری سلامت در سطح منطقه و جهان لطمه زده‌اند، خیلی کارآیی نداشته و لزوم انجام این تحقیق را بیش از پیش ضروری می‌نماید، تا نتایج این تحقیق بتواند چالش‌ها و تنگناهای پیش روی مسیر پیاده‌سازی سیاست‌ها را مرتفع سازند. به همین دلیل چالش‌ها و موضوعات مربوط به اجرای سیاست گردشگری در سال‌های اخیر از موضوعات مهم تحقیقاتی در ادبیات گردشگری و سیاست‌گذاری عمومی محسوب می‌شود (۱۹ و ۱۸ و ۶ و ۲). در سال‌های اخیر به دلیل جامع نبودن و ضعف رویکردهای پیشین اجرای سیاست گردشگری، تمرکز بیشتر بر چارچوب‌ها و رویکردهای جدیدی سوق پیدا کرد که بیشتر ماهیت ترکیبی و درون ارتباطی داشتند (۲۰ و ۱۹). مطالعه در این زمینه به جهت ماهیت چندوجهی گردشگری و همچنین پیچیدگی روابط درون سازمانی و سیاست‌گذاری بر اساس یک الگوی مشترک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۹). زمانی هم که این صنعت در کنار بخش پیچیده‌تر و پراهمیت‌تر سلامت قرار می‌گیرد تا واژه‌ی «گردشگری سلامت» را بسازند، اهمیت مطالعه در این زمینه را دو چندان می‌کند. این مقاله از طریق توسعه و ارائه‌ی چارچوب مفهومی که منجر به تقویت پیشینه‌ی مفهومی اجرایی سیاست گردشگری سلامت در کشورهای در حال توسعه و آسیایی می‌شود می‌تواند سهم مهمی در حل چالش‌های اجرایی سیاست گردشگری سلامت ایران داشته و سهم ارزشمندی در تقویت مفاهیم و چارچوب‌ها در این زمینه داشته باشد. در ابتدا، به مروری بر پیشینه‌ی تحقیق در حوزه‌ی اجرای سیاست در گردشگری سلامت پرداخته می‌شود. این تحلیل عوامل و چالش‌های پیشرو را در سطح ملی یعنی جایی که سیاست گردشگری سلامت

تدوین و اجرایی می‌شود روشن می‌سازد. با افراد دخیل و ذینفعان توسعه‌ی گردشگری در این سطح که مسئول تدوین و اجرای سیاست گردشگری هستند مصاحبه شده است. به عنوان یکی دیگر از روش‌های این تحقیق البته با هدف تقویت روایی و اعتبار آن، یکی از محققان، خود از نزدیک با مشاهده‌ی فعالیت‌ها و شیوه‌های تدوین و اجرای سیاست گردشگری سلامت در سطح ملی به بررسی پرداخته است.

هدف اصلی این مطالعه شناسایی مهمترین چالش‌ها و عوامل زمینه‌ای مرتبط با اجرای سیاست توسعه گردشگری سلامت در ایران می‌باشد.

روش کار

از آنجا که هدف این تحقیق ایجاد درک و تفاسیر جدید و غنی از مسئله‌ی اجرای سیاست گردشگری پزشکی در زمینه‌ی اجتماعی ایران است و نیاز داریم که درک درستی از موضوعات و عوامل و معانی ذهنی و ساخته شده‌ی اجتماعی به وسیله‌ی نقش‌آفرینانه اجتماعی درباره پدیده‌ی مورد مطالعه یعنی اجرای سیاست گردشگری پزشکی داشته باشیم، مبنای فلسفی تحقیق، تفسیرگرایی[۳] یا ساخت‌گرایی اجتماعی[۴] است. از این نظر هم که ماهیت مشکل، پیچیده بوده و هدف از مطالعه توسعه و ارائه‌ی درکی عمیق از مشکلات و موضوعات مربوط به اجرای سیاست گردشگری سلامت می‌باشد، در این مطالعه از یک روش تحقیق کیفی_اکتشافی استفاده شده است (۲۱). جامعه‌ی آماری تحقیق کلیه‌ی ذینفعان مرتبط با توسعه‌ی گردشگری سلامت در سطح ملی بودند، تا یک دید جامع و کامل حاصل شود. روش نمونه‌گیری هدفمند برای جمع‌آوری داده‌های کیفی این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. در این تحقیق تا جایی برای انتخاب نمونه‌ها اقدام شده که هر مورد جدید برای جمع‌آوری داده‌ها یک ویژگی جدید برای یک طبقه از کدها را روشن سازد، تا جایی که طبقات به خوبی توسعه یافته و قابل درک باشند و روابط بین طبقات مورد تایید باشد (۷). این موضوع همچنین به دستیابی به یک کمال مفهومی[۵] (۲۲) یا اشباع مفهومی[۶] نیز اشاره دارد. نمونه‌های هدفمند انتخاب شده بر اساس میزان دانش آنها و ارتباط و درگیری سازمان آنها در اجرا و میزان مسئولیت و نقش آنها در حوزه‌ی توسعه‌ی گردشگری سلامت کشور انتخاب شدند. به عنوان نمونه مصاحبه با مسئولین و مشاورین رده بالای سازمان‌ها و وزارتخانه‌های عضو شورای راهبری گردشگری سلامت کشور که مستقیما درگیر در امر سیاستگذاری و ساماندهی صنعت گردشگری سلامت هستند در اولویت بوده (یکی از محققان این تحقیق مشاور گردشگری سلامت معاونت سازمان نظام پزشکی کل است). داده‌های اولیه با هدف به دست آوردن اطلاعات عمیق از طریق مصاحبه جمع آوری شد(۹). تنها دو مصاحبه‌گر از بین ۱۴ مصاحبه‌گر دیگر از ضبط مصاحبه‌شان امتناع ورزیدند. مصاحبه بر دو سوال تمرکز داشت: ۱- ایران چگونه سیاست گردشگری سلامت خود را اجرا می‌نماید؟ این سوال با هدف روشن ساختن زمینه‌ی اجرایی سیاست گردشگری سلامت مطرح شد. ۲- چه عواملی سازمان اداره‌ی گردشگری سلامت یا همان شورای راهبری گردشگری سلامت ایران را برای اجرای سیاست گردشگری سلامت با محدودیت مواجه ساخته است؟ این سوال باز، با هدف معرفی عوامل تاثیرگذار بر اجرای سیاست گردشگری سلامت مطرح شد. فرآیند مصاحبه بعد از معرفی محققان، تحقیق و شرایط مصاحبه شروع می‌شد. سِمت، تخصص و سوابق کاری مصاحبه شونده ثبت می‌شد. مصاحبه‌ها بطور متوسط ۵۸ دقیقه طول کشیدند و فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها نیز در حدود یک و ماه و نیم و با مشارکت هر دو محقق از تاریخ ۱ مرداد ۱۳۹۸ تا ۳۱ آبان ۱۳۹۸ به طول انجامید. در تحقیق برای نشان دادن اعتبارسنجی تحقیق حضور و مشاهده‌ی فعالیت‌ها و شیوه‌های اجرای سیاست گردشگری در سطح ملی توسط یکی از محققین این تحقیق صورت گرفت. از این روش بیشتر برای وجه دیگری از اعتبارسنجی سه وجهی[۷] به جای اقدام برای روش قوم نگاری[۸] تفصیلی استفاده شد. پایگاه اطلاعاتی این مطالعه شامل ضبط مصاحبه، رونوشت مصاحبه و یادداشت‌های تهیه شده می‌باشد. با استفاده از فرم خلاصه‌ی مصاحبه بعد از ضبط هر مصاحبه و تهیه‌ی اطلاعات اولیه درباره‌ی مصاحبه‌شونده‌ها، محتویات مصاحبه یادداشت‌برداری و خلاصه‌نویسی شد. برای هر یک از مصاحبه‌ها با توجه به هر یک از گروه‌های مصاحبه و شماره‌ی مصاحبه، کدبندی انجام گرفت. مانند TEH1 (مصاحبه‌گر در تهران نفر اول) و TEH2 (مصاحبه‌گر در تهران نفر دوم). در این تحقیق از استراتژی تئوری داده بنیان چارمز (۲۰۰۶) برای تحلیل و توسعه‌ی چارچوب نظری تحقیق استفاده گردید (۲۳). در ابتدا داده‌های خام برای شناسائی شباهت‌ها و آماده‌سازی در واحدهای مفهومی طبقه‌بندی شدند. هر واحد مفهومی یا طبقات با توجه به ماهیت تحقیق که تئوری داده بنیان می‌باشد و طبیعی بود که با نکات کلیدی و مفاهیم فراوانی در مورد موضوع تحقیق مواجه باشیم (شکل۱) که هر جمله منتج از داده‌های خام و اطلاعات اولیه می‌باشد. در مرحله بعد کدبندی متمرکز با توجه به حجم بالای نکات کلیدی و طبقات شناسایی شده بعد از چندین بار مطالعه برای تبدیل شدن به کدهای متمرکزتری دوباره کدبندی شدند (شکل۱). در مرحله سوم، فرآیند شناسایی رابطه بین طبقات که به کدگذاری محور اشاره دارد و هم پیوندی یا انسجام طبقات، دسته‌بندی طبقات در دسته‌های طبقات اصلی و فرعی برای تولید نظریه بود که کدگذاری انتخابی نام داشت (شکل ۲). برای تایید و اعتبارسنجی (Validation) یافته‌ها، تحقیق کیفی از روش‌هایی چون تکنیک چند وجهی (Triangulation) و اعتبارسنجی از کمک مشارکت‌کنندگان (Member validation) در تحقیق استفاده گردید (جدول شماره ۱).

۳. Interpretivist Philosophy
۴. Social Constructionism
۵. Conceptual Density
۶. Conceptual Saturation
۷. Triangulation
۸. Ethnographic

یافته‌ها

عوامل کلان اقتصادی، سیاسی و اجتماعی

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که در بستر اجرایی ایران، عواملی چون وضعیت اقتصادی، اجتماعی و سیاسی شامل موضوعات و نحوه ارتباط و تعامل کشور با سطوح بین‌المللی، سازمان‌ها و انجمن‌های خارجی، ارتباط با سیستم‌های مالی بین‌المللی، نهادینه‌سازی گفتمان، اهمیت و جایگاه توسعه‌ی گردشگری سلامت و خدمات بین‌الملل سلامت در درون جامعه پزشکی و بخش خصوصی و ورود این رویکرد به درون بدنه‌ی قانونی و ساختار تصمیم‌گیری حاکمیت کشور می‌توانند به عنوان مهمترین عوامل موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در سطح کلان مطرح باشند. همچنین به عنوان یکی از مهمترین موضوعات کلیدی و یافته‌های این تحقیق باید به موضوع بدنه‌ی متمرکز تصمیم‌گیری دولت و سیستم اداره عمومی کشور اشاره داشت. به طوری که تصمیم گیری معمولا در یک جا متمرکز است ولی اجرایی‌سازی این سیاست‌ها در جایی دیگر انجام می‌شود. به عبارتی سیاست‌گذاری متمرکز و اجرای پراکنده و غیر متمرکز و فاصله بین سیاستگذار و مجری سیاست گردشگری سلامت و عدم مشارکت و همکاری برخی دیگر از ذینفعان، سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها مانند وزارت کشور و جامعه پزشکی به عنوان عنصر محوری توسعه این بخش در تهیه‌ی آئین نامه‌ها و سیاست‌های کلان این بخش در سطح عملیات موجب شده که اجرای سیاست گردشگری سلامت با پیچیده‌گی‌هایی مواجه شود.

موضوع دیگر در همین رابطه بحث سیاست‌های کلان ابلاغی و برنامه‌ی ششم توسعه‌ی کشور است که به طورمشخص تاکیدی بر روی گردشگری سلامت و پزشکی ندارد. در واقع برای توسعه، هر بخشی در ابتدا باید درون چهارچوب‌های کلان سیاسی و اسناد فرادست گنجانده شود و قوانین و مقررات در راستای توسعه این بخش قرار گیرد. موضوع بعدی عامل نهادینه‌سازی گفتمان توسعه گردشگری در حالت کلی و توسعه بخش گردشگری سلامت در اجرا و در میان بازیگران اصلی توسعه‌ی این بخش به ویژه جامعه پزشکان و سیاست‌گذاران و قانونگذاران این بخش در کشور می‌باشد. زمانی که یک بخش به عنوان یک گفتمان و اولویت مورد توجه قرار می‌گیرد می‌توان انتظار داشت که برنامه‌های اجرایی به این سمت و سو سوق پیدا کند. این در حالی است که تصمیم‌گیران این حوزه به تمامی جنبه‌های زنجیره تامین خدمات گردشگری توجه دارند در حالی که به هسته‌ی اصلی این خدمات یعنی پزشکان و متخصصین و همچنین سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران اصلی سیستم اداره عمومی کشور توجه چندانی ندارند.

جدول ۱ – پروفایل مصاحبه‌شوندگان

ردیف	کد مصاحبه‌شونده	جنسیت	سازمان یا وزارتخانه
۱	(The 1)	مرد	سازمان نظام پزشکی کل کشور
۲	(The 2)	مرد	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳	(The 3)	مرد	اتاق بازرگانی، صنعت، معدن و کشاورزی ایران
۴	(The 4)	مرد	اتاق بازرگانی، صنعت، معدن و کشاورزی ایران
۵	(The 5)	زن	وزارت میراث فرهنگی و گردشگری ج.ا.ایران
۶	(The 6)	مرد	شورای عالی نظام پزشکی ج.ا.ایران
۷	(The 7)	زن	اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی ایران
۸	(The 8)	مرد	نماینده‌ی انجمن خدمات بین المللی سلامت ایران
۹	(The 9)	مرد	سازمان نظام پزشکی کل کشور
۱۰	(The 10)	مرد	کمسیون گردشگری سلامت اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی ج.ا. ایران
۱۱	(The 11)	مرد	وزارت میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری ایران
۱۲	(The 12)	مرد	وزارت خارجه
۱۳	(The 13)	مرد	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴	(The 14)	مرد	سازمان نظام پزشکی کل کشور

ردیف	طبقات منتج از کدبندی باز یا مبنایی	کدها یا مفاهیم منتج از کد بندی متمرکز	طبقات منتج از کدبندی انتخابی
۱	موفقیت توسعه در هر بخشی قبل از هر چیز نیاز دارد تا در درون ساختار سیاستهای دولت خودش را جا بندازد و به عنوان یک باور غالب برای توسعه در مورد آن صحبت شود تا بتوان برای اجرای برنامه های توسعه ای آن را قانون مند و در سیاستهای کلان گنجانید..... این موضوع خیلی در میان جامعه پزشکی به عنوان یک گفتمان جا نیفتاده و خیلی هم بحثهای خدمت پزشکی به بیمار بین المللی در مجوزها و گواهی‌های حرفه ای برای پزشکان مورد توجه نبوده.....	نهادینه سازی گفتمان توسعه گردشگری سلامت: - در قوانین و سیاستهای کلان - در جامعه پزشکی و درمان	عوامل کلان اقتصادی، سیاسی و اجتماعی
۲	سیاستهای کلان ابلاغی و برنامه ی ششم توسعه‌ی کشور تاکیدی بر روی گردشگری سلامت و پزشکی نداشته است، برای توسعه هر بخشی باید در مرحله اول برود درون چهارچوبهای کلان سیاسی و اسناد فرادست..... وزارت گردشگری برای اینکه بتواند سیاست گردشگری سلامت خود را اجرا کند باید در چارچوب سیستم اداری عمومی دولت اقدام کند و ناگزیر است درون یک سری از نرمها و قوانین عمل کند... پایین آمدن درآمدهای دولت از نفت تا حد زیادی سرمایه گذاری دولت در امور زیربنایی مانند تقویت خطوط هوایی را کاهش داده است.... سیاست‌گذاری متمرکز و اجرای پراکنده و غیر متمرکز	سیستم اداره‌ی عمومی ایران و وضعیت عمومی اقتصادی	
۳	تحریم های بین المللی به اقتصاد در همه ی بخشها ضربه زده..... ما در بحث دسترسی به سیستم مالی بین‌المللی با مشکل مواجهیم.....	چالش ارتباط با سطح بین‌الملل	
۴	عملا اعتبار و بودجه ای از سمت متولیان توسعه ی گردشگری سلامت برای برنامه ها در دست اقدام توسعه ی این صنعت مد نظر نبوده..... در بودجه بندی سالانه ی سازمانهای متولی مانند سازمان نظام پزشکی و وزارت امور خارجه سرفصلی برای گردشگری سلامت تعریف نشده است.....	عدم تخصیص منابع	ساختاری و درون دولتی
۵	متاسفانه اعضاء شورای راهبری روی برنامه های مصوبه تمرکز اجرایی مستمر ندارند..... گردشگری سلامت بیشتر به عنوان یک موضوع دراولویت های بعدی سازمانها و وزارتخانه‌ها می‌باشد و خیلی جدی دنبال نمی‌شود.....	عدم تمرکز و اولویت اجرایی	
۶	برخی از سازمان‌های متولی سد بزرگی به نام مجوز برای تسهیلگران این بخش به وجود آوردند..... مسیرها و شرایطی که برای اخذ مجوز و جواز تعریف شده مسیرهای سخت، طولانی و خسته کننده است باید دید که چرا اینگونه عمل می شود.... مگر ما نمی خواهیم رقابت کنیم پس چرا اینقدر سخت گرفتن..... قانونمندی و نظارت دولت بر این بخش نباید با سفت و سخت گرفتن امور اشتباه گرفته شود.... بیشتر مقصدهای رقابتی در حال حرکت به سمت حمایت از بخش خصوصی و آزادسازی در قوانین یا liberalization of regulations در حرکتند.....	چالش مجوز گرایی و فرایند های بروکراتیک	
۷	موازی کاری در بیشتر اقدامات و برنامه های سازمانهای دولتی عضو شورای راهبری گرشگری سلامت دیده می شود..... در عمل کار تیمی، هدف‌گذری مشترک و تحمل کار مشترک برامون خیلی سخته..... همان گونه که هماهنگی در سطح بالا ایجاد می شود این هماهنگی باید در سطح میانی و کارشناسان سازمان ها نیز روی دهد مگرنه اجرا به مشکل می خورد... خیلی وقت‌ها شاهد جابه جایی در مسئولیتهای اجرایی هستیم..... میراث فرهنگی و گردشگری بیشتر از آنکه خودش عاملی برای تقویت روابط با سازمانها و وزارتخانه های دیگر باشد خود به مانعی برای شکل‌گیری این هماهنگی مبدل شده..... میراث فرهنگی توان یا خیلی تمایلی به ایجاد یک شبکه ی کارا از راوبط با سایر سازمانها در سطح ملی و محلی و استفاده از ظرفیتهای سایر ارگانها و نهادها را ندارد..... بین تدوین کنندگان سیاست و مجریان آن یک شکاف محسوس وجود دارد.... اگر در تدوین سیاست ذینفعان را نبینیم در اجرا به مشکل می خوریم..... نبود انگیزه‌ی لازم بین بخش‌های مختلف و درون سازمانی در سطوح ملی و محلی	چالش روابط، هماهنگی و انسجام عمودی و افقی	
۸	ما نتیجه گرا نیستیم و تعهدی به هدف نداریم، بیشتر تلاشهایمان را ارائه می کنیم..... ما ارزیابی‌هایمان در فرایند اجرا انجام نمی شود یعنی عضو ناظر و پیگیری‌کننده در نظر نمی گیریم..... استراتژی تدوین میکنیم و هدف‌گذاریمان بد نیست ولی در مقام عمل، کارها را دنبال نمی کنیم، تیم سازی بلد نیستیم و اجرا را پیگیری نمی کنیم..... کمیته کارها و جلسات کارشناسی منظم، مستمر و منسجم برای پیگیری اجرا نداریم.... ما مسیرها را خوب ترسیم می کنیم، خوب بازارهای هدف گردشگری پزشکی را شناسایی می کنیم ولی روش‌های اجرایمان ... متاسفانه خوب حرف می زنیم ولی خوب عمل نمی کنیم..... یک سیستم پیگیری و نظارت و شاخصهایی برای میزان دستیابی به اهداف وجود ندارد.....	نبود سیستم نظارت و تعهد به اجرا	

شکل ۱ – کدبندی واحدهای مفهومی بر اساس داده‌ها

۹	ما (منظور بخش دولتی) رویایی و غیر واقعی برنامه ریزی می کنیم و به یک طرح مناسب واقع‌گرایانه دسترسی نداریم که همه روی آن اتفاق نظر داشته باشند برای همین نمی‌توان خوب اجرا شود..... ما یک طرح عملیاتی و استراتژی مورد توافق که با مشارکت بخش خصوصی و کلیه ذینفعان تهیه شده و مسئولیتها، نقشها و ساختار ارتباطات بین ذینفعان این صنعت را مشخص کرده باشد نداریم.....	نبود یک طرح راهبردی و عملیاتی خوب	ساختار ارتباط بین دولت با بخش خصوصی
۱۰	خیلی وقتها شاهد آن هستیم که بخش دولتی برنامه هایی را که در ماهیت باید بخش خصوصی انجام دهد در حال پیگیری و انجامش است..... در بیشتر کشورهای موفق در این عرصه بخش خصوصی، جامعه پزشکان و تشکلهای اقتصادی نقش کلیدی را بازی می کنند ولی در ایران می بینیم که دولت مدام میخواهد خود همه ی کارهای اجرایی را پیش ببرد که توانش را هم ندارد.... چون موفقیت در این حوزه نیازمند چابکی و خلاقیت بخش خصوصی برای حضوری رقابتمند است... مقاومت بدنه ی کارشناسی و میانی سازمانها برای ورود بخش خصوصی در تصمیم‌سازی و ارتباط با دولت.....	نبود ارتباط اثربخش و نامشخص بودن مسئولیتهای اجرایی بین بخشهای دولتی و بین دولت با بخش خصوصی	
۱۱	متاسفانه نیروها و کارشناسان متخصص در حوزه‌ی گردشگری در پیکره‌ی سازمان‌های متولی توسعه‌ی گردشگری سلامت حضوری کم رنگ دارند.... مسئولین ذیربط از تخصص و وقت کافی و لازم برای توسعه‌ی گردشگری سلامت برخوردار نیستند خیلی وقتها شاهد آن هستیم افراد در بدنه ی کارشناسی سازمانهای متولی از ماهیت و جایگاه این صنعت و چگونگی کمک به بخش خصوصی برای توسعه این بخش دانش کمی دارند..... فعالان بخش خصوصی که خیلی ادعا هم دارند مثل استارت‌آپ‌ها، تورگردانان، شرکتها و آژانس‌های خدمات گردشگری از توان و نیروهای متخصص کمی برخوردارند و مزیتهای رقابتیشان برای برندینگ در بازارهای هدف خیلی ضعیف به چشم می خورد	خلاء دانش و تخصص در بخش دولتی و خصوصی	
۱۲	خیلی وقتها شاهد انحصار طلبی برخی از هلدینگ‌ها و مجموعه هایی هستیم که از طریق برخی از رانتها و ارتباطات خاص، فضای رقابت را برای استارت آپها و مشارکت کسب و کارهای متوسط و کوچک در این بخش تنگ می کنند و عملا آنها را غیر رقابتی می کنند.... بستر سازی مناسب برای مشارکت بخش خصوصی جهت اجرای سیاست گردشگری سلامت در کشور انجام نگرفته است..... قوانین و مقررات و اقلیم قانونی و حمایتی و سیستم رابطه بین بخش خصوصی با دولت مناسب برای جذب مشارکت بخش خصوصی و کارآفرینی برای اجرای سیاستها و برنامه‌های توسعه‌ی گردشگری سلامت نیست.....	مشارکت پایین و جدی جامعه پزشکی و بخش خصوصی	

ادامه شکل ۱ – کدبندی واحدهای مفهومی بر اساس داده‌ها

عوامل ساختار و درون دولتی

چالش مجوزگرایی و فرآیندهای بروکراتیک عدم تمرکز و اولویت اجرایی و عدم تخصیص منابع لازم به ویژه منابع ملی برای توسعه‌ی زیرساخت‌های لازم و نبود سیستم نظارت و تعهد به اجرا و چالش روابط، هماهنگی و انسجام عمودی و افقی اثربخش در سیستم اداری عمومی بخش گردشگری در کشور به عنوان مهمترین عوامل موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در این بخش شناسایی و عنوان شده است. صنعت گردشگری ازیک طرف در ماهیت در سطح اجرا یک صنعت باز و بین بخشی است و از طرف دیگر با تلفیق با موضوع سلامت نیازمند ارتباط نزدیک بین صنعت سلامت و صنعت گردشگری و ارتباط آنها دارد و اجرای سیاست‌های این حوزه را با پیچیدگی بیشتری همراه ساخته است. به این شکل برای اینکه بتوان صنعتی پویا داشته و سیاست‌های این حوزه اجرایی شوند، لازم است بین سازمان‌ها و بخش‌های ذیربط یک هماهنگی و همدلی استراتژیک اتفاق بیافتد. همچنان که سیاست تمامیت حکومتی و اجرای یک سیاست منسجم، رویکردی است که بیشتر کشورهای موفق در زمینه‌ی توسعه‌ی گردشگری سلامت اتخاذ کرده و برنامه‌های استراتژیک خود را برهمین مبنا به روزرسانی کرده‌اند.

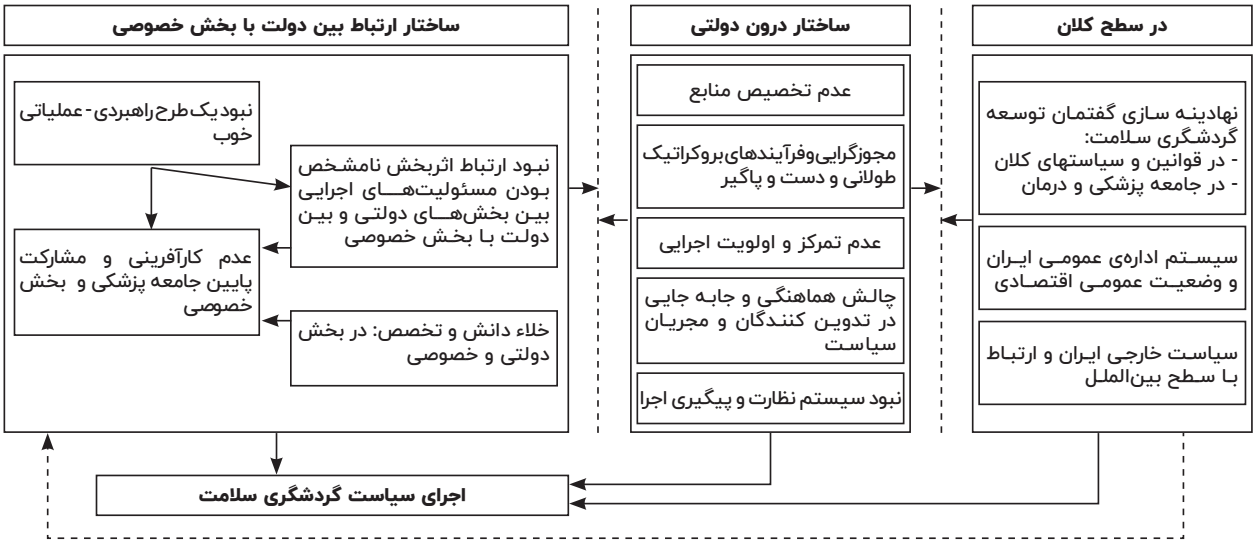
در واقع توسعه‌ی گردشگری در هر بخشی در محیط‌های سیاسی کلان نیازمند یک رویکرد مشارکتی و یک همدلی و عزم بین‌بخشی و ارتباطات و هماهنگی مناسب بین ارگان‌های دولتی به صورت عمودی (از سطوح ملی به سمت سطوح محلی) و افقی (بین دستگاه‌های دولتی در سطح ملی) می‌باشد (۱۴). اگر این هماهنگی‌ها وجود نداشته باشد به طور قطع طرح یا برنامه‌ی جدی برای توسعه‌ی گردشگری سلامت نیز اجرایی نخواهد شد و غالبا یا شاهد موازی کاری‌هایی در بخش‌های مختلف خواهیم بود و یا به دلیل نبود متولی و هماهنگی مورد نظر عملا شاهد توسعه‌ی یک بخش گردشگری سلامت موفق که در تمام طول زنجیره‌ی ارزش خدمات این حوزه موفق باشد نخواهیم بود و با خلاءهای کیفی و اجرایی مختلفی مواجه خواهیم شد. هر چند

اخیرا با ایجاد شورای راهبری گردشگری سلامت که سازمان نظام پزشکی کل کشور نیز عضو آن است توانسته تا حدی این چالش را مرتفع ساخته ولی باز هم برای اجرای برخی از برنامه‌ها و پروژه‌های توسعه‌ی گردشگری سلامت شاهد تعارضات و اختلافاتی بین سازمان‌ها و وزارتخانه‌های عضو این شورا هستیم به طوری که تا حد زیادی روند اجرایی سازی برنامه‌ها را کند ساخته است و همچنین تا حدی نیز باعث سردرگمی بخش خصوصی در زمان اخذ مجوزات لازم برای فعالیت در این حوزه شده است، به طوری که به زعم بسیاری از فعالان و دست‌اندرکاران این حوزه مجوزگرایی و بروکراسی معیوب اداری یک سد بزرگ برای توسعه این بخش و مشارکت فعال‌تر بخش خصوصی عنوان شده است.

از طرفی در بسیاری از موارد سازمان‌ها و وزارتخانه‌های درگیر در این حوزه، توسعه‌ی گردشگری سلامت برای آنها در اولویت چندم قرار گرفته و به طبع سیستم نظارتی، منابع مالی و ردیف بودجه‌ای مشخصی را نیز برای اجرای برنامه‌های آن تعریف نکرده‌اند. هر چند در بسیاری موارد دیده شده است که در صورت جلسات شورای راهبری گردشگری سلامت برای سیاست‌های تنظیم و مشخص شده و سند راهبردی نیز تا حدی تعریف و تقسیم کار شده است ولی در عمل می‌بینیم که سیستم نظارتی برای بررسی درصد پیشرفت و چند و چون اجرای برنامه‌ها طرح‌ریزی نگردیده و کارگروه‌های اجرایی در مقام اجرا اثربخش نبوده و غیر فعال هستند و اعضاء عملا در طول ساعت کار روزانه به دنبال برنامه‌های مهمتر و در اولویت‌تر برای اجرا هستند .

عوامل ساختار ارتباط دولت با بخش خصوصی

یکی از مهم‌ترین موضوعات موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت مشخص نبودن و تعریف نشدن یک ساختار یا سازمان مشخص ارتباطی بین بخش‌های دولتی با بخش خصوصی در این بخش است. در واقع نبود ارتباط اثربخش و نامشخص بودن مسئولیت‌های اجرایی بین بخش‌های دولتی و بین دولت با بخش خصوصی از مهمترین عوامل بازدارنده اجرای سیاست گردشگری سلامت شناسایی شده است. این موضوع به دلیل نبود یک طرح راهبردی –عملیاتی خوب است که با یک رویکرد مشارکتی از طریق سایر اعضاء و دست‌اندرکاران توسعه و بخش خصوصی و دخالت دادن همه در فرآیند تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری تهیه و تدوین شود. در چنین شرایطی تعیین نقش‌ها و مسئولیت اجرایی و تقسیم وظایف بین بخش‌های دولتی و بخش خصوصی راحت‌تر اتفاق افتاده و تعهد به اجرا بسیار تسهیل خواهد گردید، در این شرایط جایگاه بخش خصوصی و هر یک از اعضاء تعیین و نه تنها تصویب بلکه تثبیت خواهد شد. در این شرایط تعریف یک سیستم ارزیابی، نظارتی و یک اهرم اجرایی و کانون مرکزی برای پیگیری فرآیندها و برنامه‌های اجرایی که این وظیفه را معمولا تشکل‌های اقتصادی بخش خصوصی بر عهده می‌گیرند، میتواند موفقیت اجرا را تا حد زیادی بالا برد، البته به شرطی که تعهد اجرایی در میان تمامی اعضاء وجود داشته باشد. خلاء دانش و تخصص در بخش دولتی و خصوصی از دیگر عوامل مهم و پر معنا برای اجرای سیاست گردشگری سلامت است. کشور از نظردسترسی به افراد و متخصصین آموزش دیده برای اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های توسعه‌ی گردشگری سلامت در سطح بین‌المللی هم در بدنه‌ی دولت



شکل ۲. عوامل موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در ایران (چارچوب مفهومی)

اداره‌کننده‌ی گردشگری پزشکی و هم در شرکت‌های تسهیل‌گری و برخی از مراکز درمانی و بیمارستان‌ها با مشکلاتی مواجه است. نیاز به آموزش و ارتقاء در میان مدیران و مسئولین از موضوعات اساسی برای توسعه است که باید مورد توجه قرار گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

با وجود رشد پدیده‌ی گردشگری سلامت در سطح بین‌المللی، تحقیقات و مطالعات در مورد سیاست‌گذاری و اجرای سیاست در این بخش خیلی کم می‌باشد. بنابراین هدف اصلی این مقاله ارائه‌ی چارچوبی مفهومی برای روشن ساختن مهمترین چالش‌ها و عوامل تاثیرگذار بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در ایران است. روشن است که هم بخش خصوصی و هم دولتی دارای انگیزه‌ی کافی برای توسعه‌ی این صنعت در ایران هستند. با این حال نتوانسته‌اند در کنار هم یا جدا از هم آن طور که باید و شاید این صنعت را به سمت یک بخش رقابتمند در سطح بین‌المللی سوق دهند تا از منافع حاصل از آن، هر دو بخش و کلیت جامعه بهره‌مند گردند. دلیل آن شاید عدم برخورداری اقتصاد و سیستم اداره‌ی عمومی ایران از یک زمینه و بستر مناسب برای اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های ترویج این صنعت رو به رشد، باشد. چالش‌ها و تنگناهایی که شاید با حل و مرتفع کردن آنها بتوان شرایط و چارچوبی را برای اجرایی‌سازی سیاست‌ها مهیا ساخت. همانند مطالعات گذشته برخی از نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که با توجه به ماهیت چند بخشی و منفک صنعت گردشگری در کنار صنعت سلامت، در عمل اجرای سیاست گردشگری سلامت اغلب با پیچیدگی‌هایی مواجه می‌باشد. به طوری که برای اجرای اثربخش سیاست گردشگری سلامت، هماهنگی، حمایت و مساعدت سازمان‌ها و گروه‌های دیگر امری اجتناب‌ناپذیر است. عدم مشارکت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و برخوردار نبودن کشور از یک محیط پویا و اقلیم کارآفرینی مناسب که باعث به وجود آمدن ضعف دانشی بخش خصوصی برای راه‌اندازی استارت‌آپها و کسب و کارهای گردشگری سلامت شده است و همچنین چالش‌های کشور در سطح سیاست و سیستم‌های مالی بین‌المللی و عدم برخورداری از یک سیستم ارزیابی مناسب در مورد اجرای سیاست گردشگری سلامت از مهمترین چالش‌های پیشرو برای توسعه‌ی صنعت گردشگری سلامت در ایران است.

این مطالعه رویکردی ترکیبی اتخاذ کرده تا از این طریق عوامل موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در یک محیط و زمینه‌ی گسترده‌تر مورد بررسی و موشکافی قرار گیرد. یک چارچوب مفهومی که عوامل موثر بر اجرای سیاست گردشگری را خلاصه کرده است. این چارچوب با بررسی و تحلیل چالش‌های موثر بر اجرای سیاست گردشگری سلامت در ایران، نقش هر یک از این عوامل را در یک زمینه‌ی واقعی که در نهایت با نشان دادن روابط علت و معلولی بین این عوامل سعی در پربارتر ساختن مبانی مفهومی اجرای سیاست گردشگری و صنعت سلامت داشته است، امکان‌پذیر می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به روش گردآوری اطلاعات و عدم ارتباط با بیماران، پژوهش حاضر مستلزم دریافت کد اخلاق نبود. نویسندگان متعهد می شوند که اصول امانتداری علمی در کلیه مراحل تحقیق رعایت شده است.

این پژوهش از جایی حمایت مالی دریافت نکرده است و نویسندگان مقاله متعهد می‌شوند که هیچ گونه تضاد منافعی میان پژوهشگران وجود نداشته و مطالعه به صورت شفاف و به دور از سوگیری ارائه شده است.

تشکر و قدردانی

این نوشتار به عنوان بخشی از یک رساله‌ی دکتری مدیریت گردشگری است. پژوهشگران برخود لازم می دانند از معاونتهای بین الملل وزارت بهداشت، معاونت فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی، معاونت بین‌المللی اتاق بازرگانی ایران و معاونت گردشگری سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری و مدیران این حوزه کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

منابع

1. Balaban V, Marano C. Medical tourism research: A systematic review. International Journal of Infectious Diseases 2010;14:e135.

2. Crooks VA, Kingsbury P, Snyder J, Johnston R. What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. BMC Health Serv Res 2010;10:266.

3. Ramírez de Arellano AB. Patients without borders: the emergence of medical tourism. Int J Health Serv 2007;37(1):193-8.

4. Fedorov G, Tata S, Raveslooy B, Dhakal G, Kanosue Y, Roncarati M. Medical Travel in Asia and the Pacific: challenges and opportunities. Bangkok: UN ESCAP. 2009.

5. Hopkins L, Labonté R, Runnels V, Packer C. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? J Public Health Policy 2010;31(2):185-98.

6. Hume LF, Demicco FJ. Bringing hotels to healthcare: A Rx for success. Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism

2007;8(1):75-84.

7. Kangas B. Traveling for medical care in a global world. Med Anthropol 2010;29(4):344-62.

8. Karuppan CM, Karuppan M. Changing trends in health care tourism. Health Care Manag (Frederick) 2010;29(4):349-58.

9. Leahy AL. Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare. Surgeon 2008;6(5):260-1.

10. Morgan D. The growth of medical tourism. Organisation for Economic Cooperation and Development. The OECD Observer 2010; (281):12.

11. Underwood HR, Makadon HJ. Medical tourism: game-changing innovation or passing fad? The growth of medical travel can mean not only lost revenue, but also potential liability for US healthcare providers. Healthcare Financial Management 2010;64(9):112-7.

12. Whittaker A. Pleasure and pain: medical travel in Asia. Global Public Health 2008;3(3):271-90.

13. Liu CH, Tzeng GH, Lee MH. Improving tourism policy implementation–The use of hybrid MCDM models. Tourism Management 2012;33(2):413-26.

14. Heung VC, Kucukusta D, Song H. Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. Tourism Management 2011;32(5):995-1005.

15. Bernstein N. Chefs, butlers, marble baths: Hospitals vie for the affluent. The New York Times 2012;22.

16. Bookman M. Medical tourism in developing countries. Springer; 2007.

17. Hall CM. Tourism planning: Policies, processes and relationships. (2nd ed.). Harlow: Prentice Hall, 2008.

18. Han H, Hyun SS. Image congruence and relationship quality in predicting switching intention: Conspicuousness of product use as a moderator variable. Journal of Hospitality & Tourism Research 2013;37(3):303-29.

19. Laws E. Tourist destination governance: Practice, theory and issues. Cabi; 2011.

20. Han H, Hyun SS. Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. Tourism management 2015;46:20-9.

21. Lim SG, Han HK, Kang JH, Park HJ, Oh JS, Lim JS, Goo IB, Park IS. Comparative Analysis of the Morphometric Changes in Ussurian bullhead, Leiocassis ussuriensis, and Korean bullhead, Pseudobagrus fulvidraco, in the Early Period of Growth. Dev Reprod 2013;17(3):257-68.

22. Connell J, Lowe A. Generating grounded theory from qualitative data: The application of inductive methods in tourism and hospitality management research. Progress in Tourism and Hospitality Research 1997;3(2):165-73.

23. Connell J. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. Tourism management 2013;34:1-3.