



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

ارزیابی عوامل موثر بر توسعه گردشگری سلامت

دکتر مسعود تقوایی^۱، جبارعلیزاده اصل^{۲*}، پخشان خضرنژاد^۳، صبریه عباسی^۴
^۱ استاد گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه اصفهان m.taaghvayi@yahoo.com
^۲ دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه اصفهان alizadehali91@yahoo.com
^۳ دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه تبریز khezhnezhad@yahoo.com
^۴ دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه اصفهان sabriehabasi@yahoo.com

چکیده:

در طول تاریخ انسانها همواره برای دریافت مراقبت‌های درمانی از مکانی به مکان دیگر مسافرت کرده‌اند، اما در دهه‌های اخیر این شرایط بسیار متفاوت شده است. هزینه‌های گزاف خدمات درمانی و فهرست انتظارهای طولانی باعث شده بیماران زیادی از اروپا و آمریکا در جست‌وجوی مراقبت‌ها و خدمات پزشکی به کشورهایی مانند آلمان، هند، مالزی، ترکیه، تایلند، سنگاپور و غیره مسافرت کنند. صنعت گردشگری بعنوان یکی از فعالیت‌های مهم اقتصادی جهان بطور متوسط ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی و ۱۰ درصد اشتغال جهان را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر گردش مالی گردشگری پزشکی ۶۰ میلیارد دلار است که سالانه ۲۰ درصد نیز به آن افزوده می‌شود. امروزه سفر برای درمان از اهداف مهم گردشگری است، بنابراین گردشگری سلامت و مراقبت‌های بهداشتی صنعت گردشگری دنیا رشد سریعی دارد. شرکت‌های خصوصی و دولت‌ها به دنبال توسعه کسب و کار گردشگری سلامت بعنوان بخش جدیدی در بازار یا بخش الحاقی به خدمت بهداشت عمومی هستند از اینرو جهانی‌سازی و آزادسازی تجارت در خدمت بهداشتی و درمانی، گردشگری پزشکی را بوجود آورده و زمینه رشد آن را فراهم نموده است. افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی به دلیل مسن شدن جمعیت در کشورهای توسعه یافته، در دسترس بودن خدمات پیشرفته پزشکی باکیفیت بالا و ارزان در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، لیست‌های انتظار طولانی برای عمل جراحی در کشورهای توسعه یافته و نبود بیمه درمانی شایع‌ترین عوامل مسافرت پزشکی است. از مهمترین عوامل موثر بر توسعه گردشگری سلامت می‌توان به قیمت، کیفیت، تفاوت‌ها و غیره اشاره کرد که در این پژوهش بدان اشاره شده است. در خاتمه برای توسعه گردشگری سلامت راهکارهای پیشنهاد گردیده است که نیازمند توجه جدی مدیران متخصص در این زمینه می‌باشد.

واژگان کلیدی: گردشگری، گردشگری سلامت، عوامل موثر بر توسعه گردشگری

۱- مقدمه

گردشگری سلامت^۱ از سابقه تاریخی برخوردار است، از زمانیکه مردمان کهن می‌خواستند برای مشاهده عجایب جهان اقدام به مسافرت کنند، این نوع گردشگری نیز وجود داشته، بنابراین افراد بیشتر می‌خواستند به استفاده از چشمه‌های آب معدنی (گرم و سرد)، طالع بینی و زیارت اماکن مقدس بپردازند تا در آنجا به آرامش روحی دست یابند. به عنوان مثال یونانیان بلستان برای درخواست شفا و سلامتی از خدا، به کلیسای اپیدوریا^۲ می‌رفتند و رومیان باستان نیز از حمام‌های گرم بخاطر موثر بودن آن جهت سلامتی خود استفاده می‌کردند. آنچه که جدید به نظر می‌آید، یک پدیده عادی نیست بلکه پدیده مهم این بوده که فقط مخصوص نخبگان سیاسی نبوده

^۱ -Health Tourism

^۲ -Epidauria



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

بلکه طبقه متوسط نیز به طور فعال در تجارت بین المللی کالاهای خدمات سلامت مشغول بوده و این امر سبب بهبود وضعیت اقتصادی شده است (Reisman, 2010:1). در این ارتباط جهانی شدن سلامت به معنای در نوردیدن مرزهای کشورها، توسط بیماران با هدف درمان است، امروزه سلامت پدیده‌ای جهانی شده که بیمارستانهای چند ملیتی، قیمت‌های رقابتی در سطح دنیا، کیفیت بین المللی استانداردهای جهانی و نزدیک شدن سطح تکنولوژیهای تخصصی کشورها از جمله مصادیق جهانی شدن سلامت می‌باشند و در این بین گردشگری سلامت شامل توانمندی و امکانات مراکز درمانی در حوزه گردشگری سلامت (بیمارستانها، کلینکها، مراکز تشخیصی، مطبها، گیاهان دارویی- درمانی، چشمه‌های آبگرم و غیره)، توانمندی و امکانات مراکز خدماتی در حوزه گردشگری سلامت (حمل و نقل هوایی، ریلی، دریایی، آژانسها، هتلها، تورگردانها، موسسات مالی، بیمه‌ها، بانکها و غیره) و موانع و مشکلات موجود در این زمینه می‌باشد. در شرایط آب و هوای امروزی بهداشت و درمان به یک بازار جهانی تبدیل شده به طوری که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در جذب گردشگران درمانی با یکدیگر رقابت می‌کنند. برای مثال درآمد این صنعت برای اقتصاد هند تا سال ۲۰۱۲ به ارزش ۲/۳ میلیارد دلار پیش بینی شده است. در نتیجه، منافع سیاسی گردشگری سلامت و درمانی بر فواید مالی حاصل از آن مبتنی گشته است. چنین انگیزه‌های اقتصادی برای دولتها منجر به افزایش تقاضای گردشگران درمانی برای کشورهای با درآمدهای بسیار ناچیز گردیده که در بسیاری از موارد تحت سیاستهای بیمه سلامت دولتی درآمده‌اند. بنابراین با وجود گردشگران درمانی در کشورهای توسعه یافته، مکانهای گردشگری درمانی با تسهیلات کیفی بالا به همراه تعداد زیادی از گردشگران درمانی عمدتاً در کشورهای در حال توسعه نیز به صورت گسترده یافت می‌شوند (Cook, 2007: 7). جهانی شدن یک محصول در کوتاه مدت موجب افزایش یکپارچگی اقتصادی، وابستگی متقابل دولتها و مناطق، تسریع اثر رشد بازار بین المللی در خدمت بهداشتی شده که تولیدات و تبادل آزادانه مردم و کالاها را در پی دارد. بنابراین در چنین شرایطی افزایش حرکات برون مرزی، چالشهای فراوانی را پیش روی حاکمیت و حفظ مراقبت از گردشگران درمانی (بیمار) قرار داده است (Lunt, Carrera, 2010: 27). با این وجود گردشگری سلامت با صنعت چند میلیارد دلاری گره خورده است و دلالت بر مسافرت افراد به خارج از کشور (مبداء) برای درمان به موقع و دسترسی ارزان به امکانات و خدمات بهداشتی و پزشکی دارد (Bristow and Others, 2009:97). بنابراین جهانی شدن بهداشت و درمان شکل جدیدی از گردشگری است که عمدتاً به عنوان گردشگری سلامت شناخته می‌شود. همراه با توسعه گردشگری سلامت گردشگری پزشکی نیز همگام با آن بعنوان یکی از بخشهای سریع درآمده و بسیاری از کشورها هم اکنون در حال ایجاد طرحهای کاربردی و قانونی خدمات رسانی در این زمینه هستند. کاهش هزینه‌های حمل و نقل، درآمدهای بالاتر، انتقال فناوری و دانش و کاهش هزینه‌ها در اثر رقابت کشورهای رقیب، همگی از فاکتورهای اساسی هستند که باعث مسافرت گردشگران درمانی به کشورهای دور به منظور استفاده از خدمات پزشکی این کشورها می‌شود. این صنعت اکنون با ایجاد درآمد سالیانه ۶۰ میلیارد دلاری در سطح جهان به عنوان یکی از بازارهای پررونق گردشگری درآمده بنابراین تعداد کشورهایی که خواهان ایجاد تسهیلات و خدمات درمانی برای گردشگران خارجی رو به افزایش است. به عنوان مثال کاستاریکا با وسعت اندکش سالیانه میزبان ۱۵۰۰۰۰ گردشگر پزشکی است و حدود ۹۰ درصد مشتریان خدمات آرایشی آن را مصرف کنندگان خارجی تشکیل می‌دهند (Bookman and Bookman, 2008: 5). مردم انگلیس در سال ۲۰۰۷ تقریباً ۱۳۵ میلیون پوند صرف درمان پزشکی خارج از کشور کرده‌اند و در همین سال حدود ۱۰۰ هزار نفر از آنان برای مراقبت‌های پزشکی و همچنین حدود ۱/۲۹ میلیون نفر نیز برای ترمیم دندان به خارج از کشور مسافرت کردند درحالیکه در همان سال یک پنجم تخت‌های بیمارستانهای لندن را خارجی‌ها اشغال کرده بودند (Deloitte Center for Health Solutions, 2009). پژوهش حاضر در پی این است که مهمترین عوامل موثر بر توسعه گردشگری سلامت چه عواملی می‌باشند.

۲- ادبیات و مبانی نظری

در سال ۱۹۵۰ تقریباً ۲۵ میلیون گردشگر برای تعطیلات به خارج از کشور مسافرت کردند که این مهم در سال ۲۰۰۵ تقریباً به ۸۰۳ میلیون نفر افزایش یافت. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن هستند که تا سال ۲۰۳۰ مجموع مسافرت‌های بین‌المللی به ۲ میلیارد نفر خواهد



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

رسید. مسافران ۲ تریلیون دلار خرج خواهند کرد. تنها در آسیا گردشگران بین‌المللی روزانه بیش از ۱/۵ میلیارد دلار خرج خواهند کرد (Yeoman, 2008: 41). سازمان گردشگری جهانی سازمان ملل پیش‌بینی می‌کند که گردشگری بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۰ سالانه بطور متوسط ۴/۱ درصد رشد خواهد کرد. این مقدار از رشد تولید ناخالص داخلی پیشی خواهد گرفت. تعداد کل سفرهای بین‌المللی در سال ۲۰۰۵ تقریباً ۶۹۴ میلیون بوده که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۱/۶۵ میلیارد سفر افزایش خواهد یافت. تعاریف بسیار مختلفی از گردشگری سلامت و پزشکی وجود دارد که به نظر می‌رسد بعضی از این تعاریف، تحت تاثیر سابقه تاریخی گردشگری سلامت بوده باشد که بطور گسترده‌ای به وجود استراحت‌گاهها، چشمه‌های معدنی و تناسب عمومی^۱ مبتنی یافته است. کریه بریجز^۲ (۲۰۰۶) و کانل^۳ (۲۰۰۶) گردشگری سلامت را با سلامت و رفاه عمومی و گردشگری پزشکی را با نوآوریهای دندانپزشکی و پزشکی، نسبت به اثر آنها در بهبود یا افزایش طول عمر می‌شناسند. بنابراین گردشگری سلامت و پزشکی از نظر سطح نوآوری پزشکی و درمانی برای سلامت گردشگر با هم متفاوتند؛ هر چند در هنگام ملاحظه کاربردها و اثرات گردشگری پزشکی و سلامت چالشهای در این تعاریف بوجود می‌آید (Cook, 2007:7-8). تقریباً دو دهه پیش گودریچ و گودریچ^۴ گردشگری سلامت را بصورت «فعالیت بر روی بعضی از تسهیلات گردشگری، برای مثال یک هتل یا مقصد (بادن، سویس)^۵ در جذب گردشگران توسعه مشخص خدمات، امکانات و تسهیلات سلامتی، علاوه بر امکانات منظم گردشگری آن» بیان می‌دارند. در حقیقت در سال ۱۹۹۹ گزارشی در خصوص سلامت محلی، که توسط یک کمیته اروپایی انجام یافت؛ ارزش گردشگری پزشکی را بعنوان صنعت درمان با توجه به عملکردهای مسلط بازاری آن در سویس، آلمان و سایر مصرف کنندگان آن می‌داند و ویژگی‌های بارز آن را در مقایسه با کشورهای خاورمیانه و اروپای شرقی آشکار ساخت؛ بطوری که چارچوبهای تعریف به قوت خود باقی است. و همچنین گردشگری پزشکی بعنوان ترکیبی از اوقات فراغت و سلامت درمانی با توجه به امکانات بیست سال قبل از جمله آبهای معدنی، استراحت‌گاهها، چشمه‌های آبگرم، شناخته می‌شود. به نظر می‌رسد این تعاریف در نوع خود جامع باشند؛ زیرا انتخاب آن معمولاً از سوی کسانی صورت می‌گیرد که دنبال سرمایه گذاری در گذراندن چنین اوقات فراغتی هستند (Caballero and Others, 2007:4).

هال^۶ (۱۹۹۲) به تبعیت از وان اسپیلن^۷ که گردشگری سلامت را به عنوان «دور ماندن از خانه» تعریف کرده و آن را به عنوان مهمترین انگیزه در برنامه ریزیهای گذران اوقات فراغت مطرح می‌کند. در این ارتباط وان اسپیلن پنج جزء را در این خصوص ارائه داد که هر کدامیک از این اجزاء بازاری بسیار ویژه‌ای را می‌شناساند؛ که این اجزاء عبارتند از:

- ۱- خورشید و فعالیتهای سرگرم کننده^۸.
- ۲- مشغول بودن به فعالیتهای سلامتی، بطوری که «سلامت» انگیزه اصلی نباشد (فعالیتهای گردشگری ماجراجویانه و ورزشی مثل هاکی روی یخ، دوچرخه سواری و گلف).
- ۳- «سلامت» انگیزه اصلی مسافرت باشد (برای مثال سفر دریایی^۹ یا مسافرت به یک منطقه دارای تنوع آب و هوایی).
- ۴- مسافرت به خاطر استفاده از سونا، ماساژ^{۱۰}، و دیگر فعالیتهای سلامتی (چشمه‌های تفریحی^{۱۱}).
- ۵- درمانهای صرف پزشکی.

¹ - resorts , spas and general wellness

² -Carrera, Bridges and Connell

³ -Goodrich & Goodrich

⁴ -Baden, Switzerland

⁵ -Hall

⁶ -Van Spielen

⁷ - Sun and fun activities

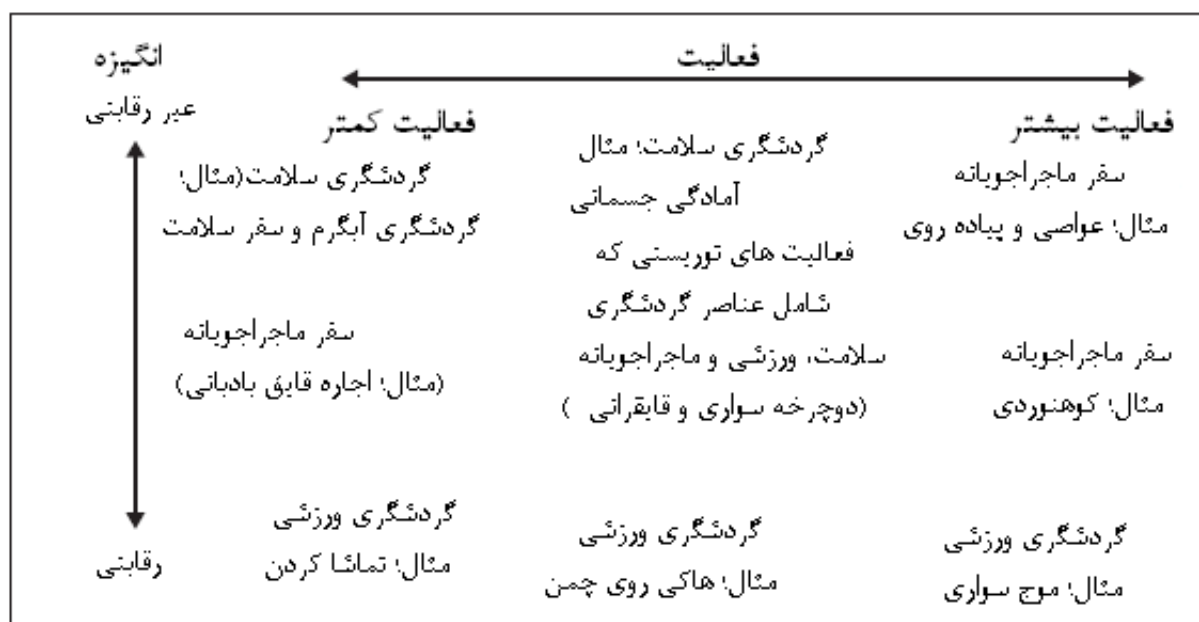
⁸ - sea cruise

⁹ - sauna, massage

¹⁰ - spa resort

هال (۱۹۹۲) تحلیلی از گردشگری سلامت را با توجه به موضوع گردشگری ماجراجویانه و ورزشی ارائه داد و گردشگری سلامت را با دیگر اشکال گردشگری که بر سطوح متنوعی از فعالیتها و طیف انگیزشی آن مبتنی یافته بود تطبیق داد. شکل (۳-۱)؛ فعالیت گردشگری سلامت و طیف انگیزشی آن را نشان می دهد.

شکل ۱ فعالیت گردشگری سلامت و طیف انگیزش



Smith and Puczko, 2009:6:ماخذ:

و بالاخره گاهی از گردشگری سلامت به عنوان گردشگری پزشکی یاد می شود، که به طور وسیعی افراد به منظور استفاده از امکانات و خدمات درمانی از محل سکونت خود به دیگر مکانها سفر می کنند (Aniza and Others, 2009:8).

۲-۱- ساختار گردشگری سلامت و انواع آن

تداخل در واژه شناسی سلامت و تناسب^۱ به عنوان مفهومی که به وضوح در کشورها و فرهنگهای مختلف دارای معانی مختلفی است به چشم می خورد. پژوهش چانز^۲ در مالزی نشان داد که اصولاً مردم محلی برای سلامت، تناسب و شیوه زندگی فردی خود، مردم شهری فعال برای رهایی از استرس در مناطق شهری و گردشگران خارجی برای تفریح و درمان (سنتی/طبیعی و مدرن/پزشکی) با شکل جدیدی از فعالیتهای اوقات فراغت عجین شده اند. که در حالت کلی شامل چشمه های معدنی و درمانی برای درمانهای شخصی (رهایبی از استرس) و زیبایی/جراحیهای زیبایی می شود. در اروپای شرقی و مرکزی اصطلاح سلامت بیشتر به مفهوم معالجه جسمی و پزشکی^۳ نزدیک تر است و وجود آبهای درمانی و چشمه های معدنی برای مردمی که در آن منطقه زندگی می کنند، یکپارچگی مهمی را برای این

¹ - health and wellness

² - Chan's

³ - physical and medical healing

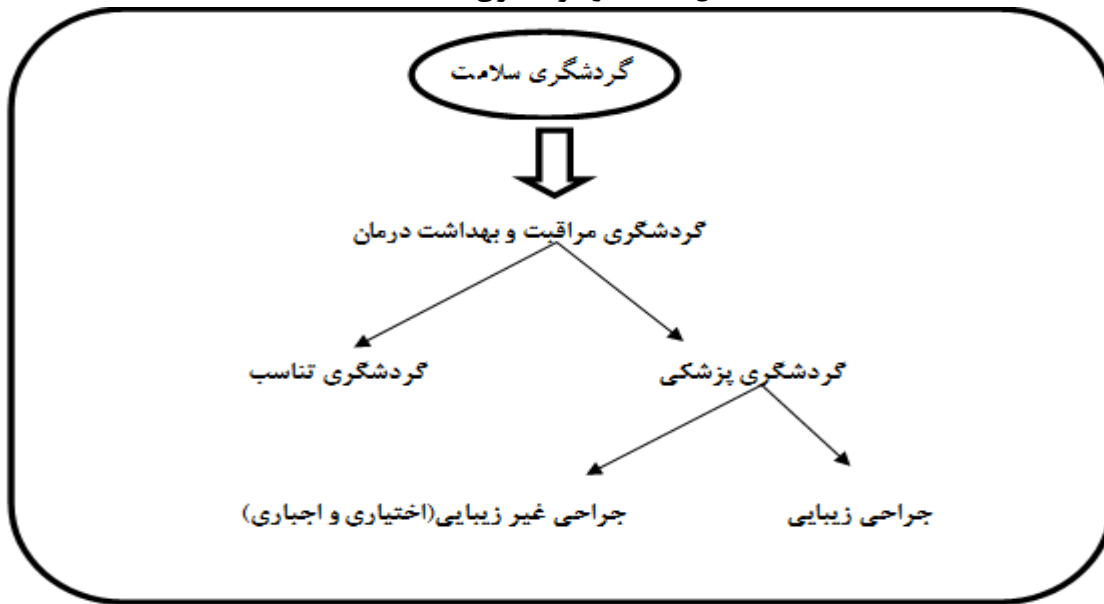
دسته از فعالیتها بوجود آورده است. بیشتر ساکنین اروپای غربی با مفهوم گردشگری تاریخی چشمه آبگرم به عنوان یک منبع درمان تالاسوتراپی (درمانهای مبتنی بر عناصر دریایی)، که بویژه در سواحل آتلانتیک وفور دارد آشنا هستند در اروپای جنوبی به مطلوبیت سواحل دریایی که در آن از تابش آفتاب، هوای دریا و آبهای موثر در درمان (دریا درمانی) جهت افزایش رفاه گردشگر استفاده می‌شود تاکید بیشتری می‌شود. علاوه بر این، آرامش حیات، دست یافتنی و لذت بردن از ساحل دریا عادی بوده و پسماندهای (لجن) دریای مدیترانه به عنوان یکی از منابع درمانی در جهان مورد توجه قرار می‌گیرد.

در یک تقسیم بندی که توسط دانیل کبالرو، و موگومبا^۱ صورت گرفته این است که گردشگری سلامت هم شامل گردشگری تناسب و گردشگری پزشکی می‌شود. بنابراین در مرتبه بالایی قرار می‌گیرند و هر دو زیرمجموعه‌ای از گردشگری سلامت به شمار می‌آیند. علاوه بر این در ارتباط با گردشگری پزشکی دو زیر مجموعه نیز وجود دارد:

۱- جراحی زیبایی^۲

۲- جراحی‌های غیر زیبایی^۳ (اختیاری و اجباری)؛ ساختار گردشگری سلامت بر پایه این سه دیگرام مبتنی یافته است (شکل ۳-۳).

شکل ۲ ساختار گردشگری سلامت



ماخذ: Caballero and Others, 2007:11

۲-۲- مفهوم سلامت و تناسب از بعد تقاضا

در سال ۱۹۷۰ سازمان بهداشت جهانی تعریفی از سلامت ارائه داد که مدل مراقبت سلامت را تحت تاثیر قرار داد و واژه سلامت را هماهنگی کامل فیزیکی، فکری و اجتماعی تعریف کرد. منظور از تناسب فرآیند انتخاب و مشارکت فرد در مجموعه‌ای از فعالیتها می‌باشد که به ترفیع روشهای بهبود سلامت که بر سلامت کلی فرد تاثیر گذارند. تناسب همان انتخاب فرد برای میزان کیفیت زندگی وی می‌باشد که با شکل گیری روش زندگی سالم خود آگاه آغاز می‌شود و به رضایت از زندگی می‌انجامد. اصطلاح تناسب به صورت گسترده در گردشگری اروپایی کاربرد دارد. به طور کل نقطه تلاقی تعاریف مختلف ارائه شده درباره تناسب را می‌توان عوامل زیر دانست:

¹ - Caballero-Danell and Mugomba

² -cosmetic

³ -noncosmetic

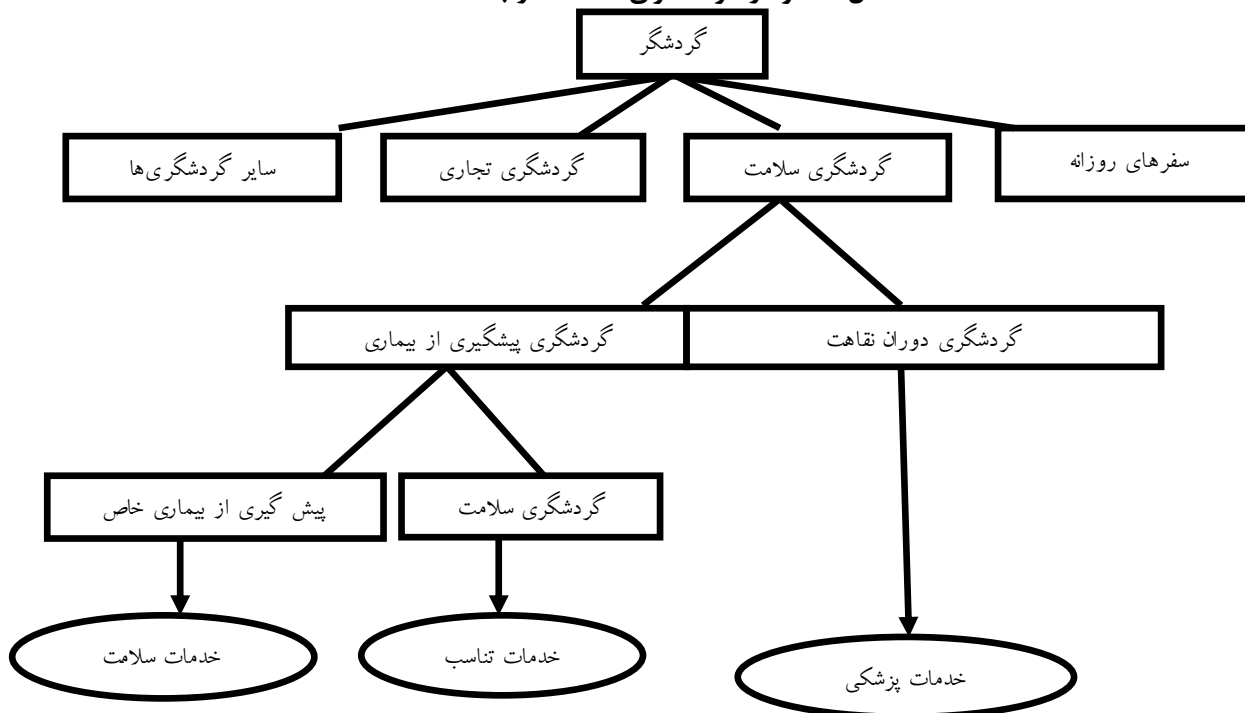
- اهمیت سبک زندگی.

- مسئولیت پذیری در قبال سلامت و

- تلاشهای فرد در جهت کیفیت بخشیدن به زندگی دانست.

تعریف نهایی که می توان درباره تناسب ارائه داد، هماهنگی کامل میان جسم، فکر و روح است که از خلال وجود تناسب اندام (استفاد از رژیم غذایی مناسب، آرامش، مدیتیشن و فعالیتهای یادگیری، حساسیت محیطی و روابط اجتماعی) حاصل می شود Mueller and Kufmann, 2001:2). با توجه به آنچه اشاره شد برنامه های سلامت و تناسب باید پسخگوی تقاضای مشتریان در جهت بهبود سطح تناسب اندام آموزشی پیرامون سبک زندگی سالم، مشاوره های پزشکی، درمان، داروهای پیشگیری کننده، راه حل تسکین و رفع هیجانها و افسردگی ها و به طور کلی مشکلات شخصی و بهبود آنها باشند. با حضور در مقاصد آبهای گرم فرد علاوه بر جستجوی سلامت و تناسب به تفریح و سرگرمی و گذراندن اوقات فراغت می پردازد. آنجا که افراد در فعالیتهای آموزشی، تفریحی، فرهنگی در طول تعطیلات خود شرکت می کنند، می توان آن را ابزاری در جهت بهبود تناسب دانست.

شکل ۳ نمودار گردشگری سلامت از بعد تقاضا



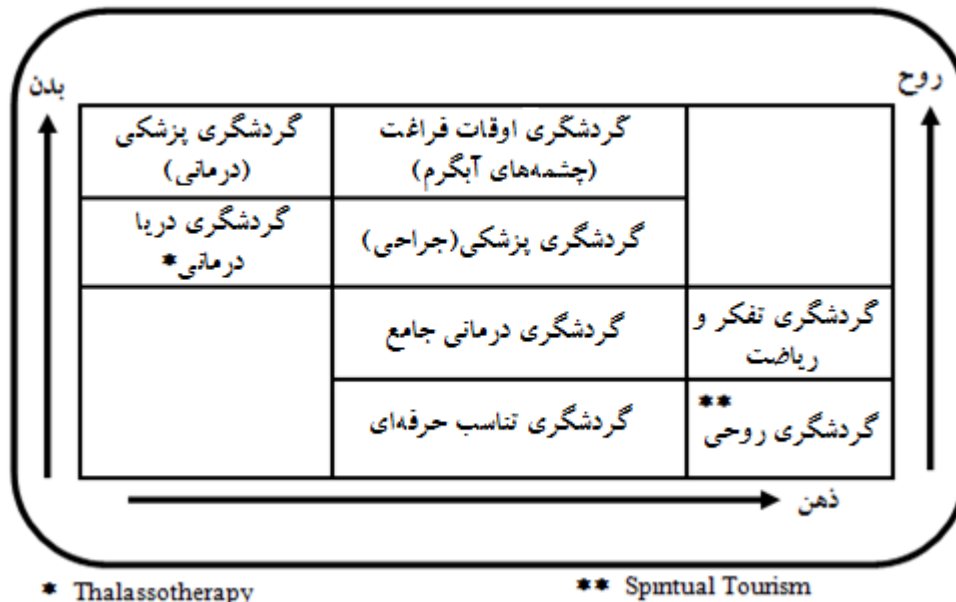
ماخذ: Mueller and Kufmann, 2001:4

از لحاظ تقاضا، گردشگران سلامت تمایل دارند، متقاضیان فعال سلامتی باشند که بسیار انگیزه دارند و مصمم اند در سلامت خود نقشی ایفا کنند. اینگونه افراد در پی روشهای مکمل یا جایگزین برای درمانهای مرسوم هستند. بسیاری از محققان بازار اصلی گردشگری تناسب را نتیجه انفجار زاد و ولد بین سالهای ۱۹۶۵-۱۹۴۵ می دانند. با توجه به آمار نگران کننده در زمینه افسردگی شاید در آینده نیاز باشد که افراد جوان تر و سالمندان، به مشارکت در بخش رو به رشد گردشگری تناسب تشویق گردند. از اینرو؛ روش تبلیغ مراکز تناسب و فعالیتهای مشتمل باید تحول پیدا کند تا رسیدن به چنین هدفی مقدور شود. طیف جاذبه های گردشگری تناسب دامنه

وسیعی از کالاها، خدمات و فعالیتهای موجود را نشان می دهد. ابعاد این دامنه از تمرکز بر روی معالجه درمانی یا جسمی تا ابعاد روحی یا روانی را شامل می شود. حتی همراه با برخی از انواع متنوع گردشگری تناسب، زیر مجموعه های بیشتر نظیر گردشگری برای استفاده از چشمه های معدنی نیز وجود دارد. به منظور مدیریت و بازاریابی؛ تفاوت قائل شدن بین کالاها و انگیزشهای گردشگران مهم است. در گذشته عنوان گردشگری تناسب به خوبی و به طور یکپارچه برای تمام انواع خدمات سلامت به کار برده می شد و برای تمام کالاهای پُر تقاضا کافی نبود و مصرف کنندگان از این مورد در رنج بودند. مسئول یک مکان گردشگری برای پاسخ به تقاضاهای بسیار پیچیده گردشگران بایستی در نامگذاری بین کالاهای مورد استفاده در بازار تفاوت قایل شود. گردشگری تناسب باید بر فاکتورها و عواملی که منجر به تعادل جسمی، روحی، فکری و روانی برای رسیدن به سلامتی کامل می شوند تمرکز کند.

کلی و اسمیت (۲۰۰۸) معتقدند که اکثر دیدار کنندگان بایستی به طور همزمان به خاطر ویژگیهای مناسب گردشگری تناسب، به مکان گردشگری جذب گردند. با این حساب آنها بر این عقیده اند که این امکان تفریحی و درمانی به تامین نهایت تناسب (شاید به غیر از درمانهای پزشکی) دیدار کنندگان می پردازند.

شکل ۴ طیف گردشگری سلامت؛ بدن، ذهن، روح



ماخذ: Smith and Puczko, 2009:83

مفهوم گردشگری با تاکید بر این که تمام ابعاد تناسب بایستی در تولید حاصل گردند جامعیت، کلیت و یکپارچگی را نشان می دهد و یکی از موانع اصلی تناسب بهینه چه در زندگی روزمره و چه در تعطیلات، فقدان زمان و پول است. در ابتدا تناسب نیازمند زمان و هزینه است و اکثریت افراد اغلب نمی توانند از عهده این مهم برآیند. همچنین تشخیص اینکه چه نوع افرادی در مراحل مختلف زندگی شان نیازمند توجه به این امر مهم هستند با توجه به روحیات و علایق آنها قابل تشخیص است. ممکن است فردی که دچار مشکلات روحی - روانی است نیاز به توجه (برای مثال طول دوره بیماری یا ناهت) و زمان بیشتری دارد و در بعضی مواقع هم استرس و مشکلات روحی و روانی به ندرت قابل فهم و تشخیص است (برای مثال در زمان استرس شغلی). شرایط مناسب روحی و روانی می تواند

¹ - Kelly and Smith



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

در غلبه بر مشکلات روحی و جسمی به ما کمک کند. اما جای بحث است که سخت ترین نوع اعمال این شیوه بیشتر در جوامع سکولاریستی است. به همین خاطر صنعت گردشگری به طور فزاینده‌ای نیاز به تقسیم بندی به یک نوع بازار تناسب و تمایز بیشتر کالاها را مورد توجه قرار می‌دهد (Smith and Puczko, 2009:81).

۳- عوامل موثر بر توسعه گردشگری سلامت:

با توجه به آنچه که گفته شد عمده ترین عوامل موثر بر توسعه گردشگری سلامت عبارتند از:

۳-۱- قیمت

بیماران بنابه دلایل مختلف به خارج از کشور مسافرت می‌کنند. مسلماً یکی از دلایل آنها اختلاف در قیمت‌ها است. هزینه مراقبت درمانی در کلینیک‌های خارجی بسیار محدودی، گرانتر از کلینیک‌های کلانشهرهای کشورهای اروپای غربی، ژاپن یا ایالات متحده است. غالباً هزینه‌های درمانی در خارج کشور بطور چشمگیری کاهش می‌یابد. هزینه زیاد درمان در کشورهای پرهزینه جهان به ایجاد بازارهای مراقبت درمانی در کشورهایی که قیمت‌های رقابتی و ارزانی پیشنهاد می‌کنند، کمک می‌کند. اعداد و ارقام همیشه نشان‌دهنده حقیقت مطلب هستند. هزینه عمل جراحی جایگزینی زانوی مصنوعی در ایالات متحده برابر با ۴۸ هزار دلار، در کانادا ۱۵۹۰۰ دلار و در هندوستان ۸۵۰۰ دلار است. هزینه تعویض دریچه قلب در ایالات متحده ۲۰۰ هزار دلار و در مالزی ۹ هزار دلار است. هزینه لیفتینگ^۱ کامل پوست صورت در ایالات متحده ۲۰ هزار دلار ولی در آفریقای جنوبی ۱۲۵۰ دلار است. هزینه برداشتن رحم در آمریکا ۲۰ هزار دلار و در مالزی ۳ هزار دلار است. جراحی بینی در آمریکا ۴۵۰۰ دلار و در هندوستان ۸۵۰ دلار هزینه دارد. هزینه پرکردن دندان در آمریکا برابر ۴۰۰ دلار و در هندوستان ۲۰ دلار است. جراحی قلب در آمریکا تقریباً ۳۰ هزار دلار و در هندوستان ۶ هزار دلار هزینه دارد. تعیین جنسیت فرزند در آمریکا ۴۰ هزار دلار و در تایلند ۴ هزار دلار است. در آمریکا بزرگ کردن سینه ۱۰ هزار دلار و در کوبا ۱۵۰۰ دلار هزینه دارد (Economist, 2008: 123). مسافرت به کشور میزبان در فصل‌های کم‌سفر به کاهش هزینه‌های فرد کمک می‌کند. برخی بیمارستانها با هتل‌های منطقه هماهنگی‌هایی جهت اسکان بیمارانشان انجام می‌دهند. سایر بیمارستانها مکان‌های خاصی برای اسکان بیماران و همراهانشان تدارک دیده‌اند. بیمارستان ماتیلدا^۲ در هنگ کنگ آپارتمانهای مجهز در محوطه بیمارستان برای اقامت همراه بیمار و همچنین دوره نقاهت پس از عمل دارد. مرکز سرطان ام دی اندرسون^۳ در هوستن هتلی در مجاورت خود ساخته است. این هتل از طریق یک پیاده‌رو به بیمارستان وصل شده است. بیمارستان رافلز^۴ سنگاپور حتی خدمات بهتری برای بیماران خود مهیا کرده است. این بیمارستان سوئیت‌هایی با قیمت ۱۵۰ دلار به ازای هر شب اقامت در طبقه هشتم بیمارستان در نظر گرفته است. بستگان بیمار تنها کافی است یک طبقه بالا روند و بیمارشان را عیادت کنند (Deloitte Center for Health Solutions, 2008: 5). گاهی کل هزینه درمان روی هم‌رفته مقرون به صرفه است. البته نمی‌توان انکار کرد که این قیمت مراقبت درمانی است که توجه افراد را به میزان زیادی به خود جلب می‌کند. هزینه جراحی زیبایی در پراگ^۵ چک، نصف آمریکا است. هزینه‌های درمانی نیز همین گونه‌اند، اما صورتحساب‌های نهایی چنین نیست. بنابر گزارش ماهانه روزنامه اکانمیست^۶ قیمت یک همبرگر بیگ مک^۷ در آمریکا ۳/۵۴ دلار، در روسیه ۱/۷۳ دلار، در نروژ ۵/۷۹ دلار، در سنگاپور ۲/۶۱ دلار ولی در مالزی که همسایه سنگاپور است تنها ۱/۵۲ دلار است. تفاوت قیمت همبرگر مک حتی بیش‌تر از این است. هزینه‌های گردشگری سلامت نیز بدین‌گونه‌اند. آمریکایی‌ها مبلغ ۴۰

¹ - faceli ft

² - Matilda

³ - Anderson

⁴ - Raffles

⁵ - Prague

⁶ -Economist

⁷ - Big Mac



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

هزار دلار برای عمل جراحی جایگزینی مفصل هیپ پرداخت می‌کنند، درحالیکه کانادایی‌ها تنها ۱۸ هزار دلار پرداخت می‌کنند. هزینه عمل جراحی بای‌پس قلب در دوی ۴۴ هزار دلار است، درحالیکه این عمل در تایلند فقط ۱۱ هزار دلار است. این تفاوت در قیمت به علت حقوق کمتر پرسنل است. هریک با بررسی یک گروه شاهد از کشورهای پذیرنده بیمار دریافت که بطور میانگین حقوق پزشکان ۴۰ درصد و حقوق پرستاران ۸۰ تا ۹۵ درصد کمتر از حقوق پزشکان و پرستاران در آمریکا است (Herrick, 2007: 10).

۳-۲- کیفیت

دلیل دوم که بیماران به خارج از کشور مسافرت می‌کنند لذت بردن از استاندارد کامل خدمات است. برخی مراکز پزشکی درمانی در کشورهای فرستنده بهترین مراکز دنیا می‌باشند. البته نمی‌توان گفت که همه آنها در بالاترین سطح ممکن هستند. یک بیمارستان رده بالا در هندوستان یا تایلند ممکن است دارای تجهیزات و نیروی انسانی متخصص تر نسبت به یک درمانگاه یا بیمارستان کوچک استانی با امکانات کم در منطقه روستایی تنسی باشد. گسترش سریع گردشگری سلامت با افزایش کیفیت درمان در کشورهای خارجی میزبان ممکن شده است. در غیر این صورت نگرانی‌های اخلاقی وجود دارد که پزشکان و پرستاران ممکن است به سختی بتوانند آنها را با تعهدات حرفه‌ای خود هماهنگ کنند استاندارد خدمات ممکن است بهتر شده باشد و دست‌کم می‌تواند به همان اندازه خوب باشد می‌لستن و اسمیت با مقایسه درمان حد متوسط در وطن و درمان متوسط در خارج از کشور از «جراحی کم هزینه در سطح کیفیتی که نمی‌توان آن را به راحتی از خدمات داخل کشور تمایز داد» صحبت می‌کنند (Milstein, 2006: 141) این خدمات ارزش پول پرداخت شده را دارند. کوریس اسکروئدر^۱ اولین مدیر ارشد اجرایی بومنگراد این مسئله را اینگونه عنوان می‌کند: «ما داریم کادیلک را به قیمت شورتل می‌فروشیم» (Economist, 2008). طبق آمار اداره پزشکی در ایالات متحده آمریکا خطاهای پزشکی سالانه باعث مرگ ۴۸ هزار تا ۹۸ هزار بیمار می‌گردد: «حتی اگر از تخمین پایین استفاده کنیم ... میزان مرگ‌ومیر به علت رخدادهای مضر^۲ پیشگیری پذیر از تعداد مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات با وسایل نقلیه (۴۳۴۵۸)، سرطان سینه (۴۲/۲۹۷) یا آیدز (۱۶/۵۱۶) بیشتر است» (Institute of Medicine, 2000: 26). مطالعه دانشگاه جان هاپکینز^۲ این آمار را در حد ۲۲۵ هزار مورد اعلام می‌کند، که این مسئله نظام بهداشت آمریکا را به سومین علت مرگ‌ومیر در کشور تبدیل می‌سازد (International Medical Travel Journal, 2008). خطاهای گوناگونی به شرح زیر وجود دارد:

۱- خطای حذف

تنها از ۲۴ تا ۲۹ درصد دیابتی‌ها آزمایش منظم هموگلوبین گرفته می‌شود که برای تشخیص به موقع عوارض ضروری است.

۲- خطای تجویز

گاهی یک آزمایش ساده اشعه ایکس کافی است اما ام‌آر. ای تجویز می‌شود خطاهای تجویزی در آمریکا سالانه بیش از ۳/۵ میلیارد دلار هزینه دربر دارد (Adams et al., 2007:1,11). ساده تر بگوییم بطور منظم مشکلی در کار بوجود می‌آید: «یک سوم بیماران آمریکایی... گزارش داده‌اند که یا داروی اشتباه برایشان تجویز شده یا دوز دارو صحیح نبوده است. پزشکان دچار خطای تشخیص شده‌اند نتایج نادرست از آزمایش‌ها گرفته یا در گرفتن نتایج غیرعادی آزمایش‌ها با تأخیر روبرو شده‌اند (Health Affairs, 2008). چنین سهل‌انگاری‌هایی در هلند (۱۷ درصد)، فرانسه (۱۸ درصد) یا آلمان (۱۹ درصد) کمتر بوده است. در کشورهای هلند، فرانسه و آلمان بیمار ۸۰ درصد شانس بیشتری دارد که پزشک آنان خطا نکنند، درست است. این وضعیت از آمریکا بهتر است اما آن قدر هم اطمینان‌بخش نیست. کمیسیون سلامت در انگلیس تخمین زده که از هر ده بیمار بستری در کشورهای توسعه یافته یک بیمار ممکن است قربانی خطاها و سهل‌نگاری‌ها گردد. ممکن است تشخیص نادرست باشد، دارو یا مقدار مصرف آن اشتباه تجویز شود، جراح

^۱ - Curtis Schroeder

^۲ - بیمارستان جان هاپکینز بیمارستان آموزشی و مرکز تحقیقات بیوشیمی دانشگاه جان هاپکینز می‌باشد و در شهر بالتیمور ایالت مریلند آمریکا واقع شده است.



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

به اشتباه جای دیگری از بدن را جراحی کند، مدارک جابه‌جا شوند و ... یک‌سوم بیماران بستری شده ممکن است دچار بیماری حاد شده یا حتی فوت کنند. اگر از تجربه روشهای نامطمئن گذشته درس گرفته می‌شد نسبت فزاینده عوارض خطرناک هم می‌توانست کاهش یابد. در انگلیس (۲۰۰۶-۲۰۰۷) باوجود نظارت اداره لقاخ و رویان‌شناسی به ازای هر ۱۰ هزار چرخه لقاخ ۴۰ مورد اشتباه رخ داد. درحالیکه این مهم در سال ۲۰۰۴-۲۰۰۳ تقریباً ۱۵ خطا بوده است (Leach, 2009).

حتی در جهان اول مراکز درمانی می‌توانند گیره جراحی را که باعث ایجاد عفونت خون می‌شود در بدن بیمار جا بگذارند. حتی در جهان اول تزریق خون بد می‌تواند باعث هپاتیت یا ایدز شود. این حقیقت وجود دارد که مردم کشورهای توسعه یافته بطور عادی درمان شدن در دوی یا چنای را درمان سطح بالایی در نظر نمی‌گیرند. مردم کشورهای توسعه نیافته تفاوت دارند. آنها عموماً مراقبت و درمان پزشکی در غرب را باکیفیت‌ترین معالجه‌ای که می‌توان خرید تصور می‌کنند. مراکز درمانی در جهان اول هنوز در بازی حضور دارند. در یک بررسی مک کنیزی دریافت که ۴۰ درصد مسافران درمان پزشکی به این علت به خارج از کشور مسافرت کرده بودند که به تکنولوژی با استاندارد واقعی نیاز داشتند. ۳۲ درصد دیگر به خارج از کشور رفتند چون درمانی با استاندارد کاملتر از آنچه اعتقاد دارند کشورشان ارائه می‌کند، می‌خواستند. بخش زیادی از بیماران برای عمل جراحی به آمریکا مسافرت کرده بودند و از آمریکای لاتین (۳۸ درصد)، خاورمیانه (۳۵ درصد)، اروپا (۱۶ درصد) و کانادا (۷ درصد) بودند (Ehrbeck et al., 2008). مسافرانی که با هدف درمانی به ایالات متحده آمریکا سفر کرده‌اند به شکل غیرمتناسبی از کشورهای فقیر بودند.

درباره عمل‌های جراحی انجام شده در نیویورک میزان مرگ و میر در حدود یک سوم، ۰/۸ درصد در مقایسه با ۲/۳۵ درصد (Hotel Marketing Newsletter, 2006) است. در یک بیمارستان آسیایی و مرکز درمانی در مانیلا میزان مرگ و میر در جراحی قلب تقریباً ۱/۴ درصد است. بطور کل برای آمریکا این میزان ۳/۰۹ درصد است (Santos, 2008: 25). برخی مراکز درمانی در جهان سوم دارای ضعف گسترده در قسمت پرسنل و خدمات هستند. مراکز درمانی که به ارباب‌رجوع خارجی خدمات ارائه می‌دهند یک مرکز نیستند ولی اکثرشان این آمار را کاسته‌اند. در سطح بالاتر همه مراکز هم‌تراز هم بسوی استانداردهای بین‌المللی مراقبت و ایمنی پیش می‌روند. بیمارستانها انتقال خون را از لحاظ ایدز^۱، آبله‌فرنگی و مالاریا غربالگری خواهند کرد. پای هر تخت داروهای ضدعفونی‌کننده قرار خواهند داد. پزشکان احتمالاً طبابت حرفه‌ای را در بیمارستانهای مشهور آمریکا و اروپا فراموش می‌گیرند. آنها با تجهیزات تشخیصی و الکترونیکی روز که توسط آمریکا یا اروپا تأیید شده‌اند کار خواهند کرد. آنها سال‌ها تجربه در رفع لوچی چشم یا گذاشتن رگ انشعب فرعی قلب^۲ دارند. پزشکان و سایر متخصصان نه تنها انگلیسی (زبان بین‌المللی امروزه) را خوب صحبت خواهند کرد، بلکه اکثرآ زبان‌های دیگر را می‌شناسند. اگر بیماران تحت درمان از چین و خاورمیانه باشند دانستن زبان ماندارین و عربی بسیار با ارزش خواهد بود. بومنگراد در بانکوک می‌تواند برخی از تایلندی‌هایی را که به زبان چینی صحبت می‌کنند جذب کند. شهر مراقبت پزشکی دوی پرسنل عربی‌زبان دارد. بیمارانی که برای درمان به خارج کشور می‌روند مطمئن باشند که حتماً یک مشاور با آنها صحبت خواهد کرد نه یک مستخدم. در حدود ۸۵ درصد بیماران آمریکایی در یک نظرسنجی بیان کرده‌اند که این خدمات شخصی‌تر از خدمات کشور خودشان است (Medical Tourism Association, 2009: 35).

۳-۳ - تفاوت

دلیل سومی که باعث می‌شود بیماران به خارج از کشور مسافرت کنند موضوع تفاوت است. بعضی از بیماران به خاطر قیمت ارزانتر یا زمان انتظار کوتاهتر به خارج مسافرت می‌کنند. برخی به این دلیل که گزینه خارجی به معنای استاندارد بهتر مراقبت است آن را انتخاب می‌کنند. بیمارانی که از کشورهای ثروتمند هستند بیشتر به هزینه‌ها نگاه می‌کنند و بیمارانی که از مناطق رو به توسعه می‌آیند بیشتر به کیفیت می‌نگرند. البته دلیل سومی نیز وجود دارد بیماران به این دلیل به خارج می‌روند که راه‌حل خارجی هیچ شباهتی با آنچه در

¹ - Human immunodeficiency virus (HIV)

² - bypass



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

داخل تجربه می‌کنند ندارد. به عنوان مثال در بیمارستان بین‌المللی ماتیلدا^۱ هنگ‌کنگ بیماری دیسک کمر بوسیله انجام عملی با ایجاد یک حفره کوچک (بدون نیاز به باز کردن کمر) درمان می‌شود. در هندوستان روشی منحصر بفرد برای بالا آوردن لگن که در آمریکا هم یافت نمی‌شود، وجود دارد. این روش آسیب کمتری نسبت به تعویض کلی لگن دربر دارد و بهبود سریع را آسان می‌کند. به عبارت دیگر «دربارۀ عمل‌های جراحی و تشخیص‌های نادر تخصص‌هایی وجود دارد که هیچ جای دیگر نمی‌توان آنها را یافت» (Bookman and Bookman, 2008: 59). نکته مهم دیگری نیز وجود دارد در سال ۲۰۰۷ تقریباً ۱۷۴۴۰ بیمار در آمریکا در فهرست انتظار پیوند کبد بودند. بیش از ۱۰۰ هزار بیمار در انتظار دریافت یک عضو خاص بودند. متوسط زمان انتظار ۵ سال بوده است. متوسط زمان انتظار در دنیا برای دریافت کلیه نزدیک به ۱۰ سال است. در بریتانیا روزانه یک نفر و در آمریکا ۱۹ نفر فوت می‌کنند در حالیکه بهبودی در انتظار دریافت عضو نشسته بوده‌اند. فروش عضو تعداد نجات‌یافتگان را افزایش می‌دهد. گردشگری پیوند عضو از رنج بیماران منتظر و زوال مداوم جسم آنها می‌کاهد. با این همه این راه‌حل بسیار محدود است. تنها ایران تجارت اعضای بدن را قانونی ساخته است.

ایران یک جور خدمات ارائه می‌دهد کلاً یک جور دیگر. گردشگری سلامت به آنها امکان مبادله می‌دهد. آنچه این بخش نشان داده شد این است که تمام کشورها می‌توانند با عضو شدن در یک گروه تخصصی مشترک از مزایای آن سود ببرند. تفاوت تفاوت است. به گفته توماس فریدمن: «هندیها و چینی‌ها عقب نمی‌روند. آنها دارند از ما جلو می‌زنند و به بالا می‌روند و این چیز خوبیست!... هرچه بیشتر داشته باشند هرچه بیشتر خرج کنند بازارها تنوع محصول بیشتری دارند و بازار تخصصی بیشتری نیز وجود خواهد داشت» (Friedman, 2007: 274). تفاوت یعنی تخصصی شدن بازار گردشگری سلامت. توانایی‌ها و شایستگی‌ها تولیدکنندگان و کشورهای آنان را مادامیکه چیز منحصر بفردی برای فروش داشته باشند سرپا نگاه می‌دارند اما پس از مدتی منحصر بفردی جدیدی ظهور می‌کند آلبرت اینشتین گفت: «تخیل از دانش مهمتر است». به نقل از اینشتین، فریدمن این نتیجه را می‌گیرد که آینده ربطی به سهم یک نفر از یک کیک بزرگ ندارد، بلکه آینده یعنی بی‌نهایت فرصت‌های غیرقابل پیش‌بینی: «الان مهمترین رقابت، رقابت شما با خودتان است که مطمئن شوید همواره می‌کوشید نهایت بهره را از تخیل خود ببرید و به آن عمل کنید» (Ibid, 2007: 635).

فرهنگ نیز می‌تواند محصول را متمایز سازد. مکزیکی آمریکایی‌ها با روش زندگی مکزیکی، آشنا هستند. آمریکایی‌های ایرلندی تبار اشتراکات پنهانی با یک پزشک یا پرستار ایرلندی دارند. انگلیسی‌ها یا کنیایی‌هایی که میراث هندی دارند کلینیک هندی را همانند خانه خود می‌دانند. سوری‌ها در اردن راحتند چون حرف هم‌زبان‌های خود را خوب می‌فهمند. جهان صاف است اما مردم، نه. در برخی فرهنگ‌ها پزشک‌ها گوش می‌دهند و توضیح می‌دهند. غذای غالب برنج و زبان مردم انگلیسی است. در فرهنگ‌های دیگر پزشکان آموزش دیده با رفتاری آمرانه کار را انجام می‌دهند غذای غالب سیب زمینی سرخ کرده است و تا به زبان چینی با پرستار حرف زنی او تبسم نمی‌کند. قیمت مهم است ولی کیفیت نیز باید مناسب باشد با این همه فرهنگ همیشه و همه‌جا یکسان نیست. آستانه درد آموختنی است نه مادرزادی. شیوه زیستن ما ویژگی متمایزکننده‌ای دارد. گردشگران هنگام تصمیم‌گرفتن برای اینکه کجا برای معالجه بروند فرهنگ را مدنظر قرار می‌دهند. مهاجران در اقتصاد جهانی به شکل بی‌سابقه‌ای از مرزها عبور می‌کنند. ممکن است یکی از پیامدهای گردشگری پزشکی بازگشت بی‌سابقه بیمار باشد. شاید برخی از کسانی که هنگام بیماری می‌آیند بخواهند به کشور اصلی خود برگردند. جنوب آسیایی‌هایی که در آمریکا هستند اضطراب کمتری درباره امکانات هندی دارند. فیلیپینی‌ها، کره‌ای‌ها و ویتنامی‌های خارج از کشور جذابیت چکاپ یا حتی لاپاروسکوپی را در فرهنگی که آداب پنهان آنها را در خود دارد می‌بینند. کسانی که از وطن دور بوده‌اند و در خارج به دنبال درمان می‌گردند، اما خارج برای آنها زیاد بیگانه نخواهد بود (Hunter, 2003: 193, 194).

۴- نتیجه گیری

¹ - Matilda



اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

امروزه گردشگری سلامت یکی از رو به رشد ترین صنعت در دنیاست که بزرگترین فعالیت اقتصادی جهان محسوب می شود و به عنوان یک عامل اقتصادی عمده برای کشورهای با درآمد پایین سازگاری یافته است. با این وجود این صنعت می تواند سرمایه های مورد نیاز خارجی را به اقتصاد کشور وارد و پیامدهای مثبت زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی را برای کشور میزبان در پی داشته باشد و این پیامدها منجر به دستیابی پایدار و رهیافت اکوتوریستی و اخیراً صنعت حامی کشورهای فقیر می باشد که هدف آن ایجاد منافع خالص برای جمعیت های فقیر کشور میزبان می باشد. تصور می شود در سال ۲۰۰۸ بیش از ۴۰۰ هزار غیرمقیم برای مراقبت های درمانی و پزشکی به ایالات متحده مسافرت کرده اند. از اینرو در حدود ۲ درصد کل بیمارستانها در ایالات متحده به افراد خارجی خدمات درمانی ارائه می دادند. این افراد عمدتاً از خاورمیانه، آمریکای جنوبی و کانادا بودند و در نتیجه ارائه خدمات به آنها ۵ میلیارد دلار عاید این کشور شد. در همان سال بین ۵۰۰ تا ۷۵۰ هزار نفر از مردم آمریکا برای درمان به خارج از کشور مسافرت کردند. برآورد شده که آمریکایی ها سالانه رقمی حدود ۲ میلیارد دلار صرف گردشگری سلامت می کنند و این هزینه بخش ناچیزی از هزینه ۱/۵ تا ۲ تریلیون دلار آمریکا است که آنها هر سال صرف مراقبت از سلامت خود می کنند. همه چیز در حال تغییر است. بطوری که در ایالات متحده آمریکا افزایش هزینه ها و دسترسی محدود به مراقبت درمانی باعث ترویج گردشگری سلامت شده است. این رقم فعلی یعنی ۴۰۰ هزار بیمار می تواند به ۸۰۰ هزار بیمار در سال ۲۰۱۷ و رقم ۷۵۰ هزار گردشگر می تواند به ۱۵/۷ میلیون گردشگر سلامت برسد. سالانه حدود ۴ میلیون بیمار بین المللی در سرتاسر جهان وجود دارد و بازار جهانی در این زمینه ارزشی بین ۲۰ تا ۴۰ میلیارد دلار دارد که ارزش آن احتمالاً به اندازه ۶۰ میلیارد دلار است. حدود ۷ میلیارد دلار این تجارت به آسیا اختصاص دارد. تصور می شود که گردشگری سلامت ۵ درصد کل گردشگری جهان را تشکیل می دهد. بطور کلی این بازار توسعه و گسترش یافته و این تجارت، تجارت جهانی ۶۰ میلیاردی است که سالانه از رشد ۲۰ درصدی برخوردار است «... هر نامی به آن اطلاق کنید، فعالیتی اقتصادی است که برای اولین بار در طی ۵۰ سال اخیر جهت بهداشت و درمان بکار گرفته شد»

۵- ارائه پیشنهادات و راهکارها

- بر اساس نتایج بدست آمده راهکارهای بشرح زیر به منظور توسعه گردشگری سلامت پیشنهاد می گردد:
- توسعه زیرساخت های بهداشت و درمان در سطوح مختلف منطقه ای با هدف پیشگیری از بیماری و افزایش بهبود سلامتی شهروندان و روستائیان
- افزایش بیمه های سلامت به منظور کاهش هزینه های درمان
- ارتقای کیفیت درمان و کاهش خطاهای پزشکی
- توجه ویژه به گروه های هدف جامعه و استفاده از متخصصان در بیمارستانهای دولتی به منظور کاهش تبعیض در درمان گروه های هدف
- شناسایی جاذبه های طبیعی نظیر استفاده از آب های گرم و معدنی، لجن درمانی، آفتاب درمانی و غیره به منظور توسعه گردشگری سلامت داخلی
- استفاده از تشابهات فرهنگی منطقه و جذب گردشگران خارجی و کسب درآمدهای ارزی و هزینه کردن آن در توسعه زیرساخت های بهداشت و درمان
- افزایش سهم رسانه بویژه رسانه ملی در ارتقای آموزش و مهارت شهروندان به منظور مراقبت از سلامت



اولین کنفرانس ملے جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

منابع

1. Adams, J., B.A. Archbold, E.L. Mounib and D. New (2007), Healthcare 2015 and US Health Plans: New Roles, New Competencies, Somers, New York: IBM Institute for Business Values.
2. Aniza , I, Aidalina, Nirmalin,I, Mch Inggit, R And Te Ajeng , 2009, Health Tourism In Malaysia: The Strength And Weaknesses, Jurnal Of Community Health 2009: Vol 15 Number 1.
3. Bookman, M.Z. and K.R. Bookman (2008), Medical Tourism in Developing Countries, New York and



اولین کنفرانس ملے جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

- Basingstoke: Palgrave Macmillan.
4. Bristow, Robert S, Yang, Wen-Tsann And Mei-Tsen Lu, 2009, An Application Of The Global Sustainable Tourism Criteria In Health Tourism, Northeastern Recreation Research Symposium Gtr-Nrs-P-66.
 5. Caballero-Danell, Sara and Mugomba, Chipo, 2006, Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry, Tourism and Hospitality Management, Master Thesis No. 91, Supervisor: Eva Gustavsson.
 6. Cook, Peta S. Cook, 2007, What is health and medical tourism? Humanities Research Program Queensland University of Technology.
 7. Deloitte Center for Health Solutions (2008), Medical Tourism: Consumers in Search of Value, www.deloitte.com/dtt/article, accessed on 25 November 2008.
 8. Deloitte Center for Health Solutions (2009), Medical Tourism: The Asian Chapter, www.deloitte.com/dtt/article, accessed on 23 June 2009.
 9. Economist (2008), 'Globalisation and health care: operating profit', 14 August, www.economist.com/business/displaystory.cfm?story_id=11919622, accessed on 10 November 2008.
 10. Ehrbeck, T., C. Guevara and P.D. Mango (2008), 'Mapping the market for medical travel', McKinsey Quarterly, www.mckinseyquarterly.com, accessed on 11 February 2009.
 11. Friedman, T.L. (2007), The World is Flat: A Brief History of the Twentieth Century, expanded edition, New York: Farrar, Straus and Giroux.
 12. Hansruedi Mueller And Eveline Lanz Kaufmann (2001), Wellness Tourism: Market Analysis Of A Special Health Tourism Segment And Implications For The Hotel Industry, Journal Of Vacation Marketing, Vol. 7, No. 1, 5-17.
 13. Herrick, D.M. (2007), Medical Tourism: Global Competition in Health Care, National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No. 304, www.ncpa.org/pub/st/st304, accessed on 6 November 2008.
 14. Hotel Marketing Newsletter (2006), Medical tourism, Asia's growth industry' www.hotelmarketing.com, accessed on 31 July 2009.
 15. Hunter. Jones, P. (2003), 'The perceived effects of holiday taking upon the health and wellbeing of patients treated for cancer', International Journal of Tourism Research, 5 (3), 183-96.
 16. Institute of Medicine (2000), To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington, DC: National Academies Press.
 17. International Medical Travel Journal (2008e), 'USA: greater transparency allows consumers to understand domestic quality of care issues', www.imtjonline.com/news, accessed on 14 January 2009
 18. Leach, B. (2009), 'Number of IVF blunders "to rise for fifth consecutive year"', Telegraph, 15 June, www.telegraph.co.uk, accessed on 1 July 2009.
 19. Lunt, Neil And Percivil Carrera, 2010, Review Medical Tourism: Assessing The Evidence On Treatment Abroad, Maturitas 66 (2010) 27-32.
 20. Medical Tourism Association (2009), 'MTA releases first patient surveys on medical tourism', Medical Tourism Magazine, No. 10, 34-6.
 21. Milstein, A. (2006), 'American surgical emigration is a treatable symptom', testimony to the United



اولین کنفرانس ملے جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار

The 1st National Conference on Geography, tourism, natural resources and sustainable development

- States Senate Special Committee on Aging, 27 June, http://aging.senate.gov/hearing_detail.cfm?id=270728&, accessed on 10 April 2009.
22. Reisman, David, 2010, Health Tourism, Social Welfare Through International Trade, Edward Elgar Cheltenham, Uk Northampton, Ma, Usa Im5pact.
23. Santos, E.M. (2008), 'Taking excellence to heart', Medical Tourism Magazine, No. 5, 24–6.
24. Smith, Melanie and László Puczkó, 2009, Health and Wellness Tourism, Butterworth-Heinemann is an imprint of Elsevier Linacre House, Jordan Hill, Oxford OX2 8DP, UK
25. Yeoman, I. (2008), Tomorrow's Tourist: Scenarios and Trends, Amsterdam: Elsevier.