



مجله‌ی برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری
سال چهارم، شماره‌ی ۱۵، زمستان ۱۳۹۴
صفحات ۱۰۶-۸۰

عوامل تعیین‌کننده‌ی گردشگری پزشکی؛ نمونه موردی ایران

محمدتقی معبودی^۱

هادی حکیمی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۴

چکیده

گردشگری پزشکی مدرن، محصول شهروندان کشورهای پیشرفته است. کسانی که به دلایل مشخص از جمله هزینه‌ی بالای خدمات بهداشتی- درمانی، طولانی‌شدن فرآیند معالجات و ... نمی‌توانند از خدمات پزشکی در کشور خودشان استفاده کنند؛ در نتیجه، این موضوع منجر به افزایش تقاضا برای این نوع خدمات در کشورهای در حال توسعه می‌شود. از این رو، برای انتخاب یک کشور به عنوان مقصد گردشگری پزشکی از سوی بیماران، عوامل مختلف داخلی و خارجی نقش دارند با مطالعه تجربیات جهانی مشخص گردید که در بدو امر، هزینه‌ی خدمات پزشکی در تعیین مقاصد گردشگری پزشکی عامل تعیین‌کننده بود. ولی با فراگیر شدن و رقابت فشرده بین کشورهای مقصد گردشگری پزشکی، عامل کیفیت به عنوان عامل تعیین‌کننده، جانشین هزینه‌ی d خدمات پزشکی شده است. این تحقیق با هدف ارزیابی و اولویت‌بندی عوامل داخلی موثر بر جذب گردشگران پزشکی در ایران انجام یافته است. برای رسیدن به این هدف، ابتدا عوامل موثر داخلی، بر جذب گردشگران پزشکی با استفاده از مطالعات اسنادی، انتخاب گردید؛ که شامل چهار معیار اصلی و ۱۵ زیرمعیار بودند. سپس برای ارزیابی و اولویت‌بندی معیارها و زیرمعیارها، روش تحلیل سلسله مراتبی (A.H.P) به عنوان روش ارزیابی انتخاب گردید. معیارها و زیرمعیارهای مورد بررسی در قالب پرسشنامه خبرگان طراحی و به ۳۰ نفر از متخصصین دانشگاهی در حوزه گردشگری و گردشگری پزشکی، پزشکان و مدیران بیمارستانی و خدمات مرتبط با گردشگری پزشکی برای اعلام نظر کارشناسی، ارائه گردید و در نهایت پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار Expert Choice مورد تحلیل قرار گرفت. براساس نتایج تحقیق، از بین چهار معیار اصلی، معیار منابع پزشکی با وزن ۰/۶۰۹ و از بین ۱۵ زیر معیار مورد بررسی، زیرمعیار تجهیزات پزشکی با وزن ۰/۳۴۷ بیشترین امتیاز را به خود اختصاص دادند.

کلمات کلیدی: عوامل تعیین‌کننده، گردشگری پزشکی، سلامت، ایران.

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تبریز (mohammad.maboodi@gmail.com)

^۲ استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تبریز

مقدمه

جهانی‌شدن برای اقتصاد بین‌المللی، یک تغییر عمده است (یانگ شنگ^۱، ۲۰۱۳: ۱۵۲). تغییر در تولید و مدیریت اقتصادی، همچنین آزادسازی پتانسیل‌های سرمایه‌گذاری، منجر به تشدید یکپارچه‌سازی اقتصاد جهانی شده و شهرها هم‌زمان از مراکز تولید صنعتی به مراکزی برای ارائه خدماتی از قبیل خدمات بانکی و مالی، مراقبت‌های بهداشتی، آموزش، رسانه و گردشگری تغییر ماهیت داده‌اند (آسپروگراکاس^۲، ۲۰۰۷: ۱). در این زمینه، گردشگری یکی از مهمترین پدیده‌هایی است که در این تغییر ماهیت، مورد توجه قرار گرفته است. امروزه گردشگری از معدود بخش‌های خدماتی است که فرصت‌های مناسبی را برای تجارت تمامی ملل جهان، فارغ از میزان توسعه‌یافتگی آنها فراهم آورده است. این نکته ظریف عامل رشد این مقوله خدماتی بوده است. به گونه‌ای که از گردشگری به صنعت تعبیر شده و بعد از صنعت نفت و خودرو، به عنوان سومین صنعت درآمدساز جهان شناخته می‌شود (حقیقی‌کفاش، ۱۳۸۹: ۲۴). در واقع، این صنعت به عنوان فعالیتی که در عصر جدید، توان اثرگذاری بر فرآیند توسعه متوازن و خردورانه را در همه دنیا داشته و مورد توجه طیف وسیعی از سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام‌های سیاسی و مدیران اجرایی در کشورهای مختلف قرار گرفته است (ابراهیم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰۸). گردشگری پزشکی به مثابه شکل جدیدی از بازار در صنعت گردشگری است که در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای رشد پیدا کرده است (جاتاماس^۳ و همکاران، ۲۰۱۱: ۹۵). اگرچه جهانی‌شدن مراقبت‌های بهداشتی یا گردشگری پزشکی، موضوع جدیدی نیست و مردم از هزاران سال پیش برای درمان بیماری به سرزمین‌های خارجی مسافرت می‌کردند؛ ولی درحال حاضر این مسافرت یک الگوی متفاوتی را نسبت به قرن گذشته در پیش گرفته است؛ به طوری که درحال حاضر بیماران از کشورهای پیشرفته به کشورهای کمتر توسعه یافته برای استفاده از مزیت‌هایی همچون هزینه‌های پایین‌تر و کیفیت نسبتاً بالای مراقبت‌های بهداشتی، مسافرت می‌کنند. در قرن گذشته کشورهای پیشرفته جهان، از قبیل آمریکا و اتحادیه اروپا، به دلیل این که زیرساخت‌های فیزیکی، تسهیلاتی و تکنولوژیکی برای ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا را در اختیار داشتند - در حالیکه این تسهیلات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در دسترس نبودند- مقاصد محبوب برای مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شدند؛ اما باید خاطر نشان کرد که امروزه این روند معکوس شده است (لی^۴، ۲۰۱۲: ۲۱).

بهبود استانداردهای پزشکی در کشورهای در حال توسعه، جهانی‌شدن و تجارت آزاد در زمینه‌ی خدمات مراقبت‌های بهداشتی (اسمیت^۵، ۲۰۰۴: ۲۳۱۷). توسعه اینترنت و ظهور شرکت‌های ارتباطی که به عنوان واسط بین بیماران بین‌المللی و شبکه‌های بیمارستانی و عامل دسترسی آسان

¹ Yung-Sheng

² Asprogerakas

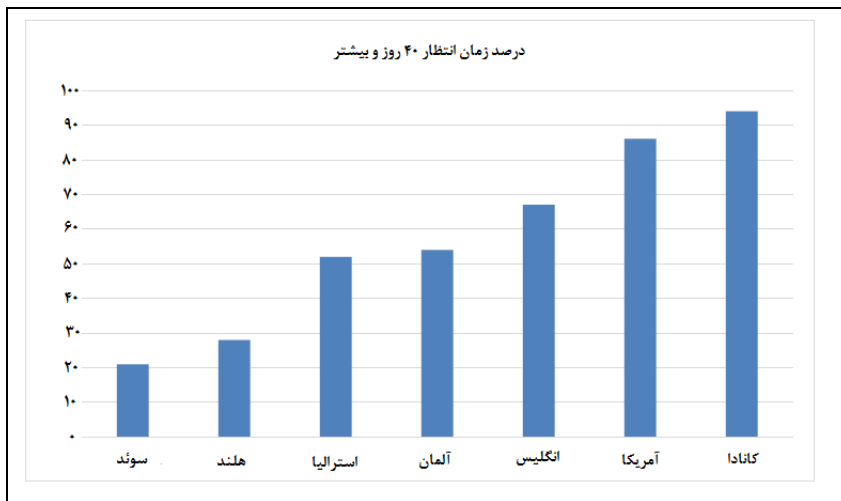
³ Jutamas

⁴ Lee

⁵ Smith

بیماران به اطلاعات و قیمت‌ها به همراه فن‌آوری‌های پیشرفته که با خدمات مراقبت‌های جدید ایجاد شده، (فردوسی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۱۶۹)، زمینه را برای رشد سریع گردشگری پزشکی، فراهم آورده‌اند (اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۵). درکنار موارد مذکور، مسائلی همچون، تغییرات جمعیتی کشورهای پیشرفته درکنار افزایش مشکلات سیستم مراقبت‌های بهداشتی آنها- از قبیل صف طولانی انتظار بیماران، هزینه‌ی بالای خدمات بهداشتی و نرخ بالای عدم پوشش بیمه‌ای - باعث مسافرت بیماران از این کشورها به بیرون از مرزهای ملی، برای دریافت خدمات بهداشتی با کیفیت بالا و هزینه‌ی پایین شده است (بس^۲، ۲۰۱۰: ۳۴۷).

همان‌طور که اشاره شد یکی از دلایل اصلی مسافرت به خارج از کشور جهت دریافت خدمات پزشکی زمان طولانی انتظار بیماران برای دریافت معالجات پزشکیست. این موضوع به‌ویژه در کشورهای غربی مشهود بوده به طوری که براساس بررسی‌های صورت گرفته، کمترین زمان انتظار مربوط به کشورهای اروپایی هلند، دانمارک و سوئد و بیشترین زمان انتظار مربوط به کشورهای کانادا و آمریکا است (نمودار ۱).



نمودار(۱): زمان انتظار برای معالجات پزشکی در برخی از کشورهای جهان.

منبع: (چیکاک^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

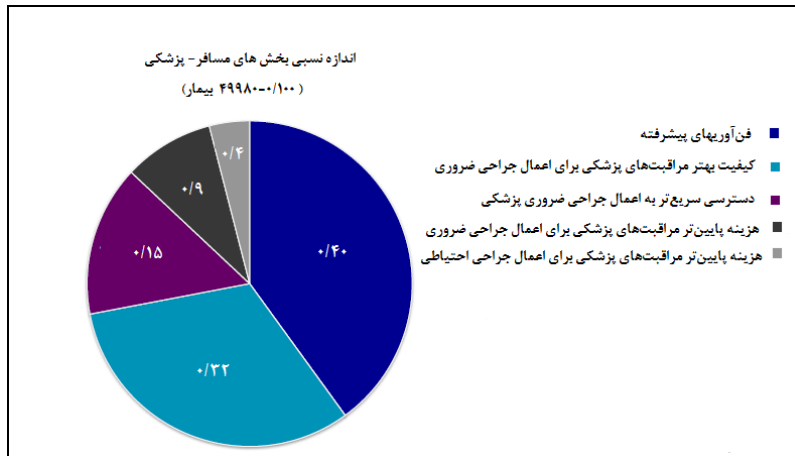
با عنایت به شکل شماره ۱ مشخص می‌شود که مهمترین دلیل گردشگری پزشکی، وجود فن‌آوری‌های پیشرفته‌تر در کشور مقصد است. دلیل دوم؛ کیفیت بهتر اعمال جراحیست که

¹ Smith

² Beth

³ Cihak

۳۲ درصد را به خود اختصاص داده و در نهایت، دسترسی سریع به معالجات پزشکی، عامل بعدی است که ۱۵ درصد از مردم به این علت کشور خارجی را به عنوان مقصد گردشگری انتخاب می‌کنند. هم چنین لازم به ذکر است که کم‌اهمیت‌ترین علت در این زمینه هزینه‌های پایین‌تر معالجات پزشکی در کشور مقصد است.



شکل (۱): عوامل محرک گردشگری پزشکی

منبع: (کللی، ۱، ۲۰۱۳: ۶).

برآورد حجم مالی این صنعت در سراسر جهان براساس منابع متعدد، متغیر است. ولی همه آنها یک داستان را می‌گویند و آن رشد سریع بازار این صنعت است (مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۹: ۱۲). برآوردها نشان می‌دهد که هر گردشگر سلامت، سه برابر یک توریست عادی ارزآوری دارد (حقیقی کفاش، ۱۳۸۹: ۲۷). مکینزی حجم مالی این صنعت را ۴۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۴ برآورد کرده و براساس مطالعه دادلی^۱ که در سال ۲۰۰۷ منتشر شد؛ درآمد تقریبی دنیا از گردشگری پزشکی، در سال ۲۰۰۶، ۱۰۰ میلیارد دلار بوده است (مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۹: ۱۲). با توجه به حجم مالی وسیعی که در این صنعت وجود دارد امروزه بسیاری از کشورهای در حال توسعه در آسیا، آمریکای جنوبی و آفریقا در رقابت برای جذب گردشگران پزشکی هستند. البته تعیین مقاصد محبوب گردشگری پزشکی به دلیل این که هر کدام از کشورها در یک زمینه‌ی خاصی نسبت به سایر کشورها برتری دارند، سخت است. ولی در مجموع مقصدهای بزرگ

¹ Kelley
² Dudley

گردشگری پزشکی جهان شامل کشورهای کاستاریکا، مکزیک، آمریکا، سنگاپور، تایلند، مالزی، هند، فیلیپین، تایوان، کره جنوبی و ترکیه هستند.

جدول (۱) بهترین مقاصد گردشگری پزشکی براساس تعداد گردشگر وارد شده در هر سال.

| کشور | گردشگر پزشکی(نفر) | کشور | گردشگر پزشکی(نفر) |
|---------|-------------------|-----------|-------------------|
| تایلند | ۱۲۰۰۰۰۰ | مالزی | ۲۵۰۰۰۰ |
| مکزیک | بیش از ۱۰۰۰۰۰۰ | برزیل | ۱۸۰۰۰۰ |
| آمریکا | ۸۰۰۰۰۰ | ترکیه | ۱۱۰۰۰۰ |
| سنگاپور | ۶۱۰۰۰۰ | تایوان | ۹۰۰۰۰ |
| هند | ۴۰۰۰۰۰ | کاستاریکا | ۵۰۰۰۰ |

منبع: (رولاندی^۱، ۲۰۱۴).

گردشگری پزشکی در ایران نیز از سال‌ها پیش توسط بیماران مختلفی از کشورهای همسایه، به ویژه از کشورهای حاشیه خلیج فارس مورد توجه واقع شد که به دلیل نزدیکی فرهنگی و قومی، برای درمان به استان فارس و شهر شیراز مراجعه می‌کردند (مجمع تشخیص مصلح نظام، ۱۳۸۹: ۸). در سال‌های اخیر هم شاهد حضور بیمارانی از کشورهای آذربایجان و عراق برای استفاده از خدمات پزشکی در شمال غربی کشور، به ویژه کلان‌شهر تبریز هستیم. در مجموع بیشترین گردشگران پزشکی ایران از کشورهای حوزه خلیج فارس و آسیای میانه هستند که از جمله دلایل حضور آنها در ایران، می‌توان به کیفیت بالای درمان در ایران نسبت به کشورهای منطقه، تعرفه‌های مناسب خدمات پزشکی و ارائه خدمات درمانی پیشرفته نظیر درمان‌های پیشرفته قلب و عروق، پیوند اعضا به ویژه پیوند کلیه، حلزون گوش، قرنیه و کبد، درمان بیماری‌های چشم، درمان‌های نازایی و جراحی‌های زیبایی به رینوپلاستی اشاره کرد.

مطالعات حاکی از آن است که آمار سیستماتیک و منظم از تعداد گردشگران پزشکی وارد شده به ایران در دسترس نیست و فقط آمار مقطعی مربوط به سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ در دسترس است؛ که نشان می‌دهد در این سال‌ها به ترتیب ۱۲ هزار و ۱۷ هزار و ۵۰۰ نفر تحت درمان قرار گرفته‌اند (منظم، ۱۳۸۸: ۲۴).

براساس آمار جهانی، گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۲، ۱۰۰ میلیارد دلار درآمدزایی داشته است. در حالی که این عدد در سال ۲۰۱۰ تنها ۴۰ میلیارد دلار بوده است. که این نشان از رشد ۶۰ میلیارد دلاری در عرض ۲ سال است. البته در این بین سهم کشورهای اسلامی از درآمدهای جهانی گردشگری سلامت تنها ۳ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۲ بوده و سهم ایران هم از راه جذب این نوع گردشگر در سال ۲۰۱۲ تنها ۳۵۰ میلیون دلار بوده است؛ یعنی در سال ۲۰۱۲ تنها

^۱ Rollandi

۰/۳۵ درصد از درآمد جهانی گردشگری سلامت سهم ایران بوده و با این میزان درآمد، ایران از نظر جذب گردشگر سلامت در رتبه ۵۳ جهان قرار گرفته است (خبرگزاری پایش پرس^۱).

این تحقیق با رویکرد کارشناسی به بررسی عوامل داخلی تاثیرگذار در جذب گردشگران پزشکی به ایران می‌پردازد. ایران به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، مزیت نسبی فراوانی در زمینه‌ی پزشکی در ابعاد زیرساختی، تکنولوژیکی، منابع انسانی و هم چنین هزینه‌های پزشکی دارد. ولی به نظر می‌رسد با توجه به پتانسیل‌های موجود هنوز نتوانسته است به جایگاه واقعی خود در جذب گردشگران پزشکی دست یابد. بنابراین مقاله‌ی حاضر، با هدف ارزیابی و الویت‌بندی عوامل داخلی موثر بر جذب گردشگران پزشکی در ایران، انجام یافته است.

پیشینه‌ی تحقیق

در خصوص پیشینه‌ی گردشگری پزشکی تحقیقات متعددی در جهان و معدودی در ایران انجام یافته که اهم آنها به قرار زیر است.

حقیقی کفاش و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای با عنوان الویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران، براساس ۲۵ عامل تاثیرگذار در این حوزه و با استفاده از آزمون فریدمن به اولویت‌بندی عوامل فوق پرداخته که نتیجه تحقیق نشان می‌دهد؛ سه عامل؛ برندسازی برای ایران در حوزه درمان، هماهنگی کامل نهادهای مرتبط با گردشگری درمانی و وجود نهاد بین بخشی متولی و سیاست‌گذار به ترتیب حایز اولویت اول تا سوم در توسعه گردشگری درمانی کشور شده‌اند. پورخاقان و همکاران (۲۰۱۳) در مقاله‌ای با عنوان تعامل شاخص‌های اقتصادی و صنعت گردشگری پزشکی در ایران با استفاده از روش توصیفی و کیفی به بررسی ارتباط متقابل شاخص‌های اقتصادی و گردشگری پزشکی پرداخته‌اند. نتیجه تحقیق نشانگر آن است که گردشگری پزشکی از طریق ارزآوری و اشتغال‌زایی به توسعه پایدار و پویایی اقتصادی جامعه کمک می‌کند. ریکافورت^۲ (۲۰۱۱) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان بررسی عوامل تاثیرگذار در انتخاب بیمارستان‌های تایلند به عنوان مقاصد گردشگری پزشکی توسط گردشگران پزشکی؛ با انتخاب ۲۰ عامل تاثیرگذار به بررسی موضوع از دیدگاه گردشگران پرداخته و در نهایت عوامل تاثیرگذار را اولویت‌بندی کرده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که از بین عوامل، عامل پزشکان متخصص و معتبر بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است. فوجی‌ناقا^۳ و همکاران (۲۰۱۳) در مقاله‌ای با عنوان گردشگری پزشکی: بازار گردشگری جدید محبوب، به بررسی گردشگری پزشکی در کشور چین با استفاده از تکنیک SWOT پرداختند. در پایان این مقاله‌ی یک مدل تحلیلی حاصل از نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و

^۱ www.payeshpress.ir

^۲ Rica fort

^۳ Guojing

تهدیدات برای توسعه گردشگری پزشکی در چین ارائه کرده است. انصاری^۱ و همکاران (۲۰۱۴) در مقاله‌ای با عنوان تاثیر جهانی‌شدن بر روی گردشگری پزشکی در کشورهای در حال توسعه، به بررسی موضوع در سه کشور هند، تایلند و سنگاپور پرداخته است. این مقاله ابتدا به تبیین سه بعد اصلی جهانی‌شدن یعنی؛ بین‌المللی‌شدن تولید همراه با تغییر در ساختار تولید، گسترش تجارت بین‌المللی و گسترش و تعمیق جریان بین‌المللی سرمایه پرداخته و سپس تاثیر جهانی‌شدن بر گردشگری پزشکی در کشورهای هند، تایلند و سنگاپور را بررسی کرده است. در پایان، آینده‌ی گردشگری پزشکی در کشورهای مذکور را بسیار درخشان پیش‌بینی کرده و اشاره داشته که کشورهایی نظیر هند، تایلند و سنگاپور جزء کشورهای اول در گردشگری پزشکی هستند و دلیل اصلی آنرا هزینه‌های پایین درمان در این کشورها ذکر می‌کند.

در تحقیق حاضر سعی شده که با استفاده از تکنیک AHP - که یک روش مرسوم و معتبر در تصمیم‌گیری‌های چندمعیاره است - و همچنین بهره‌گیری از شاخص‌های ملموس و عینی‌تر که از دیدگاه گردشگر پزشکی خارجی می‌تواند در انتخاب مقصد گردشگری پزشکی، مهم باشد؛ به موضوع پرداخته شود.

تجربیات جهانی در زمینه‌ی گردشگری پزشکی

جزئیات برخی از تجربیات جهانی در زمینه‌ی گردشگری پزشکی، به صورت مبسوط در ذیل آورده شده است.

فیلیپین: فیلیپین به عنوان مرکز گردشگری پزشکی و همچنین یک سرزمین جذاب برای تعطیلات شناخته می‌شود. گردشگری پزشکی در این کشور از استاندارد بالایی برخوردار است و فیلیپینی‌ها می‌توانند در تمام زمینه‌های پزشکی، با بهره‌گیری از کادر پزشکی مجرب، تکنولوژی مدرن، سطح مراقبت و درمان ممتاز در جهان، با هزینه‌ای بسیار ارزان بویژه در شهر مانیل پایتخت فیلیپین، خدمات درمانی درخشانی را ارائه کنند.

هندوستان: هندوستان یکی از پرطرفدارترین مقاصد خصوصا در زمینه‌ی جراحی قلب و پیوند استخوان ران، برای گردشگران پزشکی جهان است. همچنین در دیگر زمینه‌های پزشکی هندوستان به عنوان یک رهبر جهانی در عرصه خدمات جهانی شناخته شده است. براساس مطالعه‌ای که صورت گرفته، پیش‌بینی شده است که ارزش صادرات خدمات ناشی از توریسم درمانی هندوستان تا سال ۲۰۱۲ به ۲ میلیارد دلار برسد. براساس آمارها، تعداد ورودی گردشگران پزشکی به هند در سال ۲۰۱۴، ۱۰/۲ درصد رشد داشته و پیش‌بینی شده در پایان ۲۰۱۵، این کشور نرخ رشد ۳۰ درصدی را تجربه کند. بیشترین گردشگر پزشکی وارده به هند در سال ۲۰۱۳ مربوط به آمریکا با ۱۰۸۵۳۰۹ نفر (۱۵ درصد) است. عمده‌ترین دلایل موفقیت کشور هندوستان در جذب

^۱ Ansari

گردشگران پزشکی عبارتند از: کارکنان متخصص بیمارستانی، فن‌آوری‌های جدید، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، بسته‌های پزشکی (معالجات) ارائه شده، نبود زمان انتظار، زبان (بخش عمده کارکنان بیمارستانی در هند به زبان انگلیسی تسلط دارند)، دسترسی به اطلاعات از طریق اینترنت. دولت نقش خود را از طریق وزارت بهداشت و رفاه خانواده و وزارت گردشگری به صورت مشترک انجام می‌دهند. و نیز، نقش ستادی و راهبردی در زمینه‌ی آماده‌کردن زیرساخت‌ها و همچنین پرورش نیروی انسانی را به عهده دارند (ساروانا^۱ و همکاران، ۲۰۱۵: ۲۸۸ - ۲۸۶).

مالزی: کشور مالزی یکی دیگر از کشورهای موفق در جذب گردشگران پزشکی محسوب می‌شود. با توجه به آمار موجود، تعداد گردشگران پزشکی وارد شده به این کشور در سال ۲۰۰۱، ۷۵۲۱۰ نفر با نرخ رشد ۳۳/۹۹ درصد بود که این رقم در سال ۲۰۱۱ به ۵۸۳۲۹۶ نفر با نرخ رشد ۴۸/۴۴ درصد رسیده است. از جمله دلایل موفقیت مالزی در جذب گردشگران پزشکی می‌توان به دستمزد پایین نیروی کار، مهارت نیروی کار، ایجاد ارتباط با زبان انگلیسی، دسترسی به معالجات جایگزین، محیط طبیعی جذاب، تسهیلات بهداشت و فن‌آوری اشاره کرد (سری^۲ و همکاران، ۲۰۱۱: ۱۰).

سنگاپور: کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی سنگاپور در سطح عالی ارزیابی می‌شود. ایمنی، مورد اعتماد بودن، همراه با تحقیقات پیشرفته و اعتبار بین‌المللی این کشور در زمینه‌ی پزشکی، آن را به یک مرکز رهبری در آسیا بدل کرده است. براساس آمارها، در سال ۲۰۰۵، تعداد ۳۷۴ هزار مسافر با هدف دریافت خدمات درمانی و معالجه به سنگاپور، سفر کرده‌اند که این آمار در سال ۲۰۱۴ به ۶۱۰۰۰۰ نفر افزایش پیدا کرده است.

تایلند: گردشگری پزشکی یک بخش در حال رشد از این صنعت تایلند است. هزینه‌ی درمان در بیمارستان‌های تایلند در مقایسه با آمریکا بسیار پایین بوده، ضمن اینکه مراقبت‌ها و پرستاری در سطح بالایی ارائه می‌شود. در سال ۲۰۰۵، فقط در یک بیمارستان شهر بانکوک ۱۵۰ هزار بیمار پذیرفته شده‌اند و در سال ۲۰۰۶ نیز توریسم درمانی حدود ۱/۸۲ میلیارد دلار برای این کشور عایدی داشته است.

مکزیک: در سال‌های اخیر مکزیکی جزء محبوب‌ترین مقاصد گردشگران پزشکی آمریکائیان به شمار می‌رود. این کشور به دلیل نزدیکی و هزینه‌های نسبتاً پایین پزشکی، نسبت به آمریکا مورد توجه آمریکائی‌ها و کانادائی‌ها قرار گرفته است. جراحی معده، معاینه‌ی چشم و چکاب خدمات اصلی پزشکی هستند که گردشگران از آن استفاده می‌کنند. براساس مطالعات انجام شده، هزینه‌های پزشکی در مکزیکی بین ۵۰ تا ۷۵ درصد ارزان‌تر از آمریکاست (ریکافورت، ۲۰۱۱: ۱۶).

¹ Saravana

² Sri

در یک جمع‌بندی از تجربیات کشورهای مذکور می‌توان به این نتیجه رسید که در بدو امر، هزینه‌ی خدمات پزشکی در تعیین مقاصد گردشگری پزشکی عامل تعیین‌کننده‌است. ولی با فراگیر شدن و رقابت فشرده بین کشورهای مقصد گردشگری پزشکی، عامل کیفیت به عنوان عامل تعیین‌کننده، جانشین هزینه‌ی خدمات پزشکی شده است.

مبانی نظری تحقیق

تاریخچه گردشگری سلامت / گردشگری پزشکی: گردشگری سلامت پدیده جدیدی نیست و از دیرباز وجود داشته است. برخی عقیده دارند که این پدیده از زمان یونان باستان و رم باستان در اروپا وجود داشته و بعد به نقاط دیگر دنیا تسری پیدا کرده است. در دوران باستان افرادی که دچار بیماری‌های تنفسی یا رماتیسمی بودند؛ متوجه شده‌اند که برخی مناطق هوایی خاص در بهبودشان تاثیرگذار است و به همین علت به آن نقاط مسافرت می‌کردند. برخی دیگر آغاز آن را به دوران نوسنگی و عصر برنز نسبت می‌دهند. در قرن ۱۶ پونس دی لئون هنگامی که در جستجوی چشمه جوانی به ایالت فلوریدا سفر کرد؛ مفهوم جدیدی را برای دنیا به ارمغان آورد (مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۹: ۸). با توجه به مطالعات انجام یافته، گردشگری پزشکی به عنوان شکل جدیدی از صنعت گردشگری، در سال ۱۹۸۰ از اروپا سرچشمه گرفت (گوچینگا^۱ و همکاران، ۲۰۱۳: ۶۷).

آزادسازی اقتصادی و گردشگری پزشکی

موضوع تامین سلامت و خدمات بهداشتی همواره یکی از وظایف اصلی دولت‌ها بوده و توزیع این خدمات و نحوه دسترسی شهروندان به آنها چالش نظام‌های سیاسی در چهارچوب دستیابی به عدالت اجتماعی است. از این رو تا قبل از آزادسازی اقتصادی حفظ سلامت و تامین خدمات بهداشتی به عنوان یک کالای اجتماعی از ویژگی‌های دولت رفاه بوده است. با گسترش سرمایه‌داری و آزادسازی اقتصادی، نقش بخش خصوصی در بخش سلامت پررنگ شده و این خدمات از یک کالای اجتماعی به کالای قابل معامله تغییر ماهیت داد که در نتیجه قابل تجارت شدن این خدمات، زمینه‌های گردشگری پزشکی و سلامت مهیا گردید (کالی^۲ و همکاران، ۲۰۰۸: ۸۲). تجارت با توجه به اشکال سیاسی، اجتماعی و جهانی آن، ابزاری برای توسعه است. مدل‌های سنتی اقتصاد سیاسی چگونگی ایجاد ثروت بین ملت- دولت‌ها را از طریق به حداکثر رساندن مزیت رقابتی، تعریف می‌کند. این چهارچوب نظری بیان می‌کند که نظریه مزیت رقابتی ریکاردو برای کالاها، می‌تواند به همان اندازه برای بخش تجارت خدمات نیز اعمال شود. بر این اساس، آزادسازی تجارت و

¹ Guojinga

² Cali

سرمایه‌گذاری در خدمات درمانی- بهداشتی می‌تواند به تداوم رشد، افزایش درآمد و اشتغال در صنایع مرتبط منتهی شده و در نتیجه تقویت بخش سلامت را به دنبال داشته باشد (گولا^۱، ۲۰۱۵: ۹).

رشد گردشگری پزشکی را به عنوان یک مدل کسب و کار جدید، نمی‌توان بدون توجه به تعاملات آن با نیروهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، تفسیر کرد. پژوهش‌ها عوامل موثر بر توسعه آن را به عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی در زمینه‌ی تغییر قیمت‌های جهانی پیوند می‌دهند. جهانی شدن با بازسازی اقتصادی، فضایی را برای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در برنامه‌های سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه ایجاد کرد به طوری که این کشورها خدمات سلامت خود را در راستای ارائه به بیماران خارج از کشور و رقابت برای بازاریابی، توسعه دادند. به علت هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی بسیار سنگین و صف انتظار طولانی برای بیماران در کشورهای توسعه یافته، این بازار در حال ظهور، انتخاب‌های گسترده‌ای را برای خرید خدمات پزشکی با قیمت‌های متفاوت در بسیاری از کشورها فراهم کرد. این زمینه تغییر یافته، محیط توانمندی را برای ظهور گردشگری پزشکی به عنوان یک فرصت کسب و کار بین‌المللی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فراهم آورد (هاروویتز^۲، ۲۰۰۷: ۲۷). براساس بررسی‌های صورت گرفته در زمینه‌ی تجارت خدمات پزشکی، چهار شیوه کلی وجود دارد که در این بخش به آنها اشاره می‌شود (کالی و همکاران، ۲۰۰۸: ۸۲).

(۱) تجارت برون مرزی^۳: اولین شیوه تجارت در این بخش عرضه الکترونیکی خدمات سلامت است؛ از قبیل تشخیص، مشاوره و نظرات دوم (پزشکی از راه دور)، حمل و نقل برون مرزی نمونه‌های آزمایشگاهی و مشاوره‌های بالینی از طریق کانال‌های سنتی. به عنوان مثال، بیمارستان‌های واقع در استان‌های ساحلی کشور چین به بیماران کشورهای ماکائو، تایوان و برخی کشورهای جنوب شرق آسیا خدمات تشخیصی عرضه می‌کنند. شرکت هندی وپرو^۴ خدمات سی تی اسکن را برای بیمارستان عمومی ماساچوست در ایالات متحده، تامین می‌کند و یا نمونه‌های پزشکی که برای تشخیص از آمریکای مرکزی به مکزیک ارسال می‌شوند.

(۲) مصرف برون مرزی^۵: این شیوه شامل حرکت بیماران به کشور تامین‌کننده‌ی خدمات درمانی است. آن در نهایت به گردشگری پزشکی و سلامت اشاره داشته و در واقع موضوع صادرات خدمات پزشکی را شامل می‌شود. تعدادی از کشورهای در حال توسعه در تلاشی آگاهانه برای ترویج این نوع صادرات هستند؛ کشورهایی مانند کوبا، هند، آفریقای جنوبی، مالزی، تایلند و ...؛ به عنوان مثال

¹ Gola

² Horowitz

³ Cross-Border Trade

⁴ Wipro

⁵ Consumption Abroad

کشور کوبا یک شرکت تجاری (سرویمید^۱) ایجاد کرده که بسته‌های گردشگری سلامت را عرضه می‌کند.

۳) تجارت از طریق حضور تجاری^۲: این شیوه به ایجاد یک سرمایه‌گذاری تجاری در یک کشور خارجی به منظور ارائه خدمات پزشکی/سلامت به شهروندان آن کشور اشاره می‌کند. با توجه به سرمایه‌گذاری نسبتاً زیاد در این شیوه، کشورهای با درآمد بالا (آلمان، آمریکا و...) عمدتاً صادرکننده‌ی اصلی هستند. اکثریت کشورهای در حال توسعه در این شیوه عمدتاً واردکننده هستند؛ فضای کشورهایی مانند هند، اندونزی، نپال و سریلانکا به طور چشمگیری به روی سرمایه‌گذاری خارجی باز هستند. کشورهای کم درآمد صادرکننده به این شیوه؛ هند و چین هستند (به ویژه برای آسیا).

۴) تحرک موقتی افراد^۳: این یک شیوه مهم برای عرضه تجاری خدمات سلامت برای کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. همزمان، روش کارآمدی برای این کشورها در جهت پر کردن شکافها در برخی مهارت‌های خاص از طریق وارد کردن موقتی عرضه‌کنندگان خدمات است.

تعاریف گردشگری پزشکی

تا به امروز گردشگری پزشکی به طور کامل تبیین نشده و تعاریف متعددی برای آن ارائه شده است. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا و یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد بوده و بیش از ۲۴ ساعت به طول می‌انجامد. توریسم سلامت شامل افراد و گروه‌هایی است که برای استفاده از تغییر آب و هوا (با هدف پزشکی و درمانی) یا استفاده از آب‌های معدنی، گذران دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند (مروتی شریف‌آبادی، ۱۳۹۲: ۷۴). گردشگری پزشکی شاخه‌ای از گردشگری سلامت است که عموماً به عنوان مسافرت پزشکی، گردشگری سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی جهانی شناخته می‌شود؛ که ابتدا به وسیله‌ی آژانس‌های مسافرتی و رسانه‌های جمعی برای توصیف یک پدیده به سرعت در حال رشد؛ یعنی مسافرت به آن سوی مرزها به منظور دستیابی به مراقبت‌های درمانی-بهداشتی، ارائه گردید (شای‌ویتز^۴، ۲۰۰۲: ۳۵۵).

از دیدگاه مقاصد گردشگری، گردشگری پزشکی می‌تواند به عنوان عرضه خدمات پزشکی فرامرزی، در ترکیب با سایر محصولات گردشگری با اتکاء به اهرم مزیت رقابتی، تعریف گردد (آودزی^۵، ۲۰۰۵: ۷۷). از منظر مسافران، هدف از گردشگری پزشکی به دست آوردن درمان پزشکی

¹ Servimed

² Trade Via Commercial Presence

³ Temporary Movement of Natural Persons

⁴ Shaywitz

⁵ Awadzi

اجباری یا انتخابی در یک مقصد خارجی است. اصطلاح «درمان اجباری^۱» به درمان فوری و بدون برنامه‌ریزی شده بیماری‌های خطرناک، در حالیکه «درمان انتخابی^۲» به برنامه‌ریزی برای درمان‌های های غیرضروری اشاره می‌کند (کونل^۳، ۲۰۰۶: ۱۰۹۵).

در مفهومی دیگر گردشگری پزشکی فرآیند «ترک خانه» برای انجام درمان و مراقبت درمانی در خارج از کشور است (دلویته^۴، ۲۰۰۸: ۲۸). به نظر می‌رسد بوکمن مناسب‌ترین تعریف را از گردشگری پزشکی ارائه کرده است به طوری که از دیدگاه او، گردشگری پزشکی یک فعالیت اقتصادی مبتنی بر تجارت خدمات است که حداقل پیوند بین دو بخش پزشکی و گردشگری را تبیین می‌کند (بوکمنز^۵ و بوکمنز^۶، ۲۰۰۷: ۱). با عنایت به تعاریف فوق، می‌توان گردشگری پزشکی را به عنوان یک مسافرت سازمان یافته به بیرون از مرزها برای دریافت معالجات پزشکی با مداخلات بالینی، توصیف نمود. اما نباید فراموش کرد که استفاده از واژه «مداخلات بالینی» در تعریف گردشگری پزشکی در مقابل گردشگری سلامت و گردشگری درمانی تمایز ایجاد می‌کند. گردشگری درمانی^۶ در حالتی مشمول حوزه گردشگری قرار می‌گیرد که هدف اصلی آن توانبخشی از طریق تفریحات و سرگرمی باشد. گردشگری سلامتی^۷ به مفهوم مسافرت به منظور ارتقاء سلامت و رفاه بیماران از طریق فعالیت‌های جسمانی، روانی و یا معنوی است (اولانوا^۸، ۲۰۱۵: ۴).

عوامل موثر در انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی عوامل متعددی در انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی تاثیر می‌گذارند. در مطالعه‌ای که توسط پالویا^۹ در سال ۲۰۰۷ انجام گرفته این عوامل در دو مرحله صورت‌بندی شده‌اند (۱) انتخاب یک کشور خارجی برای گردشگری پزشکی؛ (۲) انتخاب تسهیلات پزشکی بین‌المللی؛ که اولین مرحله شامل فاکتورهای خارجی (شکل ۳) از جمله شرایط اقتصادی، وضعیت سیاسی، رفتار اجتماعی و استانداردهای نظارتی است.

در زمینه‌ی فرهنگ سیاسی، بیشتر بیماران فقط به مناطقی جذب می‌شوند که کشور میزبان از امنیت بالایی برخوردار بوده یعنی جایی که سیستم سیاسی آن در زمینه‌ی فساد و خشونت حفاظت شده باشد. در بعد رفتار اجتماعی، احساسات و رفتار ساکنین محلی درباره گردشگردان به طور عام و گردشگری پزشکی به طور خاص نقش ویژه‌ای در جذب بیماران خارجی دارد. براساس مطالعه‌ی اسمیت و همکاران (۲۰۰۸: ۲۸) بیماران خارجی متمایل به مقاصد مسافرتی هستند که با ساکنین جوامع محلی احساس راحتی داشته باشند و محدودیت‌هایی برای آنها ایجاد نکنند. در زمینه‌ی استانداردهای نظارتی، بیماران آمریکایی اغلب در مورد مقررات و قوانین کشور میزبان حساس

¹ Obligatory Treatment

² Elective Treatment

³ Connell

⁴ Deloitte

⁵ Bookman's

⁶ Therapeutic tourism

⁷ Wellness tourism

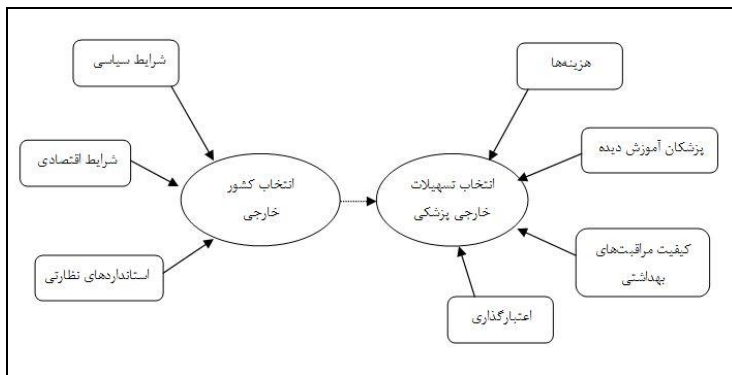
⁸ Ulanova

⁹ Pal via

هستند. برای مثال سیستم مراقبت‌های بهداشتی آمریکا به طور کامل از بیماران آمریکایی از طریق بیمه‌های معتبر و پاسخگو حمایت می‌کند؛ بنابراین بیماران آمریکایی عمدتاً مقاصد را انتخاب می‌کنند که مشابه سیستم بهداشتی کشورشان از آنها پشتیبانی نماید.

در مطالعه پالویا، عوامل داخلی مرحله‌ی دوم شامل چهار عامل تاثیرگذار هزینه‌ها، اعتبارگذاری، کیفیت خدمات و پزشکان آموزش دیده، می‌شود.

اولین عامل هزینه‌ی خدمات بهداشتی است. با توجه این که هزینه‌ی درمان در آمریکا بسیار سنگین است از این رو بیماران در جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی ارزان‌تر به سایر کشورها سفر می‌کنند. دومین و سومین عامل در این زمینه، اعتبارگذاری بیمارستان و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است. احتمالاً نخستین مساله‌ای که به ذهن بیمار آمریکایی می‌آید، کیفیت یا اعتبار بیمارستان است. بسیاری از بیماران آمریکایی به بیمارستانی جذب می‌شوند که استانداردها و کیفیت خدمات بهداشتی مشابه آمریکا را داشته باشند. آخرین عامل که پالویا به آن اشاره می‌کند؛ پزشکان متخصص و آموزش دیده است. یک بیمارستان بدون پزشکان و متخصصین آموزش دیده نمی‌تواند برای بیماران آمریکایی جذاب باشد.



شکل (۳): عوامل گردشگری پزشکی موثر در انتخاب کشور و تسهیلات

منبع: (ریکافورت، ۲۰۱۱: ۴۰).

بازاریابی گردشگری پزشکی: یو^۱ (۲۰۰۰) بازاریابی بین‌المللی را فعالیت شرکت‌های بزرگ تعریف می‌کند که در آن محصولات (خدمات) از بازاریابان به مصرف‌کنندگان (کاربران) در کشورهای مختلف، منتقل می‌شود (یانگ‌سنگ، ۲۰۱۳: ۱۵۴). به دلیل ماهیت و طبیعت گردشگری، ارائه تعریفی جامع از مقوله‌ی بازاریابی آن نیز تا حدودی با دشواری همراه است. چرا که تغییرات و

^۱ Yu

تحولات و به تبع آن، پیش‌بینی شرایط آتی بازارها بسیار دشوار بوده و به مولفه‌های بسیاری از جمله شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی وابستگی زیادی دارد. از این رو بازاریابی گردشگری فرآیندی تعاملی، میان عرضه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان (گردشگران) است که طی آن کالاها و خدمات گردشگری در محیطی که خاص این صنعت است؛ مبادله می‌شود (حیدری‌چپانه، ۱۳۷۹: ۳).

با توجه به ویژگی‌های خاص محصول گردشگری، نقش بازاریابی در این صنعت نسبت به دیگر صنایع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و به کارگیری ابزارهای موثر بازاریابی گردشگری برای یک کشور یا یک منطقه امری ضروری است؛ زیرا با بازاریابی می‌توان به گردشگران بالقوه، اطلاعاتی درباره آن چه که منطقه مشخص می‌تواند ارائه دهد، عرضه نمود و آنها را نسبت به بازدید از آن، ترغیب نمود (لایمر^۱ و همکاران، ۲۰۰۹: ۱۹). مضافاً این که بازاریابی گردشگری به علت خدماتی بودن از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است. ناملموس بودن، ناپایداری^۲، ناهمگونی^۳، تفکیک‌ناپذیری^۴ و غیرتملکی بودن^۵ از ویژگی‌های این صنعت هستند که در فرآیند بازاریابی، لزوم استفاده از یک مدل ترکیبی را آشکار می‌کند (حیدری چپانه، ۱۳۸۷: ۱۴۲).

مدل بازاریابی ترکیبی^۶ در اوایل دهه ۱۹۵۰ توسط نیل بوردن^۷ طراحی شد. این مدل و نظریه پارامترها در سال ۱۹۵۵ توسط راسموسن^۸ معرفی گردید و در سال ۱۳۶۰ توسط مک‌کارتی^۹ توسعه یافته و هم‌چنین در سال ۱۹۶۷ توسط کاتلر^{۱۰} بسط داده شد (گیلد^{۱۱}، ۲۰۱۱: ۴۳). مدل بازاریابی ترکیبی عموماً به عنوان چهارپی^{۱۲} شناخته شده که شامل قیمت^{۱۳}، محصول^{۱۴}، مکان^{۱۵} و ارتقاء^{۱۶} است. این مدل یکی از مشهورترین مدل‌ها در زمینه‌ی بازاریابی است که در ادامه به تشریح عناصر چهارگانه و کاربرد آن در گردشگری پزشکی می‌پردازیم (ریکافورت، ۲۰۱۱: ۴۸):

(۱) محصول: محصول به هر شیء ملموس یا خدمات ناملموس که به مشتری ارائه می‌شود، اطلاق می‌گردد. در گردشگری پزشکی محصول به ویژگی‌های فیزیکی تسهیلات پزشکی، اعتبار پزشکان، تأییدیه بیمارستان‌ها، تجهیزات پیشرفته پزشکی و هم‌چنین ارائه خدمات بهداشتی-درمانی سریع و

¹ Laimer

² Perishebility

³ Heterogeneity

⁴ Inseparability

⁵ Non-Possessability

⁶ Marketing Mix

⁷ Neil Borden

⁸ Rasmussen

⁹ Mc Karti

¹⁰ Kotler

¹¹ Guild

¹² 4P

¹³ Price

¹⁴ Product

¹⁵ Place

¹⁶ Promotion

کارآمدگفته می‌شود. تعیین ابعاد مختلف یک محصول به منظور حفظ تمایز از رقباء، بسیار مهم است.

۲) قیمت: قیمت، مقدار هزینه‌ای است که مشتری در مقابل دریافت کالا یا خدمات پرداخت می‌کند. استراتژی‌های قیمت‌گذاری بخشی جدایی‌ناپذیر از بازاریابی ترکیبی است. قیمت یک محصول یا خدمت باید تمایل مشتری به پرداخت را منعکس کند. در صنعت گردشگری پزشکی، قیمت به مقایسه هزینه‌ی اقدامات پزشکی مختلف در کشور مقصد با کشور مبدأ اشاره می‌کند.

۳) مکان: مکان به توزیع محصول یا خدمت در جایی که مشتری به آسانی به آن دسترسی داشته باشد، اشاره دارد. در گردشگری پزشکی، مکان شامل دسترسی به تسهیلات برای بیماران خارجی است. هم چنین اهمیت مکان‌یابی بیمارستان و نزدیکی به جاذبه‌های توریستی و مراکز تجاری را نشان می‌دهد.

۴) ترویج: ترویج روشی، برای برقراری ارتباط بین ویژگی‌ها و مزایای یک محصول یا خدمت با مشتری‌ها، است. بازاریاب ممکن است از استراتژی‌های مختلف به منظور افزایش آگاهی بازارهای هدف در مورد محصول یا خدمت، استفاده کند. فرآیندهای دخیل در ارتقاء، شامل موارد زیر است: الف) برندسازی- ایجاد یک تصویر مشخص یا ویژگی برای یک سازمان یا محصولات و خدمات آن؛ ب) تبلیغات- برای اطلاع‌رسانی و متقاعد کردن مردم است؛ ج) بسته‌بندی- ارائه محصول با یک روش مطلوب و مناسب؛ د) فعالیت‌های روابط عمومی و دیگر اشکال تبلیغات؛ پ) حمایت؛ ه) تبلیغات ویژه- به عنوان مثال در مقابل هر خرید یکی رایگان دریافت کنید.

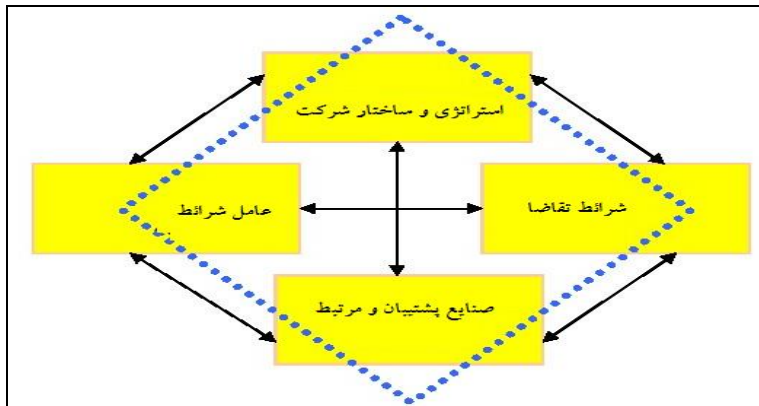
در گردشگری پزشکی، ترویج، ارائه خدمات اضافی از طرف بیمارستان، مثل حمل‌ونقل فرودگاهی و ترتیبات صدور ویزا، بسته‌های ویژه قیمت‌گذاری بر اقدامات پزشکی مختلف، کارهای مربوط به اقامت در هتل و تورهای مسافرتی داخل کشور و دیگر اقدامات را دربردارد (همان: ۵۰).

بازاریابی گردشگری پزشکی و نظریه مزیت رقابتی ملی الماس/لوزی پورتر^۱

مزیت رقابتی ملی الماس پورتر، یک نظریه، در زمینه‌ی تجارت بین‌المللی مدرن است (پورتر^۲، ۱۹۹۰: ۷۸). این نظریه در جهت مفهوم‌سازی چهار وضعیتی که هنگام انجام تجارت‌های بین‌المللی مدنظر هستند، استفاده می‌شود. گردشگری پزشکی به طور کلی شامل مشارکت و فعالیت‌های مردم و تعاملات آنها در بیش از یک کشور است که این موضوع به طور مناسبی در ارتباط با تجارت بین‌المللی است. در شکل الماس/لوزی، چهار عنصر اصلی این مدل نشان داده شده است (شکل ۲)؛ که شامل؛ عامل شرایط، شرایط تقاضا، صنایع پشتیبان و مرتبط، استراتژی شرکت، ساختار و رقابت.

^۱ Porter's Diamond of National Competitive Advantage

^۲ Porter



شکل (۲): چهارچوب تئوری مزیت رقابت ملی الماس پورتر

منبع: (پورتر، ۱۹۹۰).

عامل شرایط: براساس عامل شرایط، بسیاری از محصولات گردشگری پزشکی در مناطق خوش آب و هوا و مطبوع واقع شده‌اند. علاوه بر این، عوامل دیگری، مثل سرمایه‌گذاری‌های ایجاد شده توسط مردم، استفاده از منابع شبکه ارتباطات جهانی برای ارتباط و بازاریابی، کیفیت خدمات و ... موثر هستند.

شرایط تقاضا: با افزایش سن جمعیت، تقاضا برای خدمات بهداشتی افزایش پیدا کرده و اغلب این تقاضاها، تحت پوشش سیستم خدمات عمومی مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای غربی، برآورده نمی‌شود. با توجه به طولانی‌تر شدن لیست انتظار و افزایش هزینه‌ی خدمات بهداشتی در این کشورها، منطقی است که راه‌حل‌های جایگزینی برای پاسخگویی به این تقاضای ضروری که ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران را پشتیبانی کند، ارائه شود.

صنایع پشتیبان و مرتبط: از آن جا که گردشگری پزشکی شامل شکلی از سفر به یک مکان خارجی است که برای برخی از اشکال خدمات از جمله اقامت در بیمارستان و یا در یک هتل و هم چنین برای مسافرت‌های محلی در مقصد، تقاضا ایجاد می‌کند؛ بنابراین، گردشگری پزشکی به زیرساخت‌های توسعه‌یافته از جمله هتل‌ها، حمل و نقل، خدمات و تسهیلات پشتیبانی متکی است.

استراتژی و ساختار شرکت و رقابت: در نظریه الماس پورتر، این عامل از سطح کلان (مقیاس کشور) به سطح خرد (مقیاس شرکت)، تغییر یافته است. در سطح خرد، آینده‌ی بنگاه‌های اقتصادی منفرد فعال در گردشگری پزشکی (مانند بیمارستان‌ها)، به استراتژی، ساختار و رقابت شرکت وابسته خواهد بود. اگر چه گردشگری پزشکی، مانند سایر کسب و کارهای گردشگری، توسط دولت‌ها حمایت می‌شوند؛ ولی شرکت‌هایی که نتوانند خدمات با کیفیت ارائه کرده و رضایت‌مندی مشتری را در بلندمدت حفظ کنند؛ در محیط بازار، نمی‌توانند پایدار باقی بمانند.

روش شناسی تحقیق

مقاله‌ی حاضر از بعد هدف، کاربردی و به لحاظ ماهیت، توصیفی - تحلیلی بوده و روش جمع‌آوری اطلاعات، اسنادی و پیمایشی است. برای بررسی و اولویت‌بندی عوامل موثر در جذب گردشگران پزشکی، ابتدا از منابع اسنادی داخلی و خارجی معیارها و شاخص‌های موثر در این زمینه‌ی احصاء و استخراج گردید. طراحی پرسشنامه و تحلیل داده‌ها براساس تکنیک A.H.P انجام گرفت. این تکنیک با توجه به ساختار سلسله مراتبی آن در ارزیابی عوامل و ماهیت تحقیق (اولویت‌بندی تاثیر عوامل مختلف بر جذب گردشگران)، عوامل در سه سطح هدف، معیارها و زیرمعیارهای موثر در جذب گردشگران پزشکی در ایران طراحی و جهت اخذ نظرات کارشناسی به (۳۰)^۱ نفر از متخصصین دانشگاهی در حوزه گردشگری و پزشکی، پزشکان و مدیران بیمارستانی و خدمات مرتبط با گردشگری پزشکی ارائه شد. در نهایت عوامل موثر در جذب گردشگران پزشکی الویت‌بندی شدند. معیارها و زیرمعیارهای بررسی شده در این مقاله به شرح ذیل است:

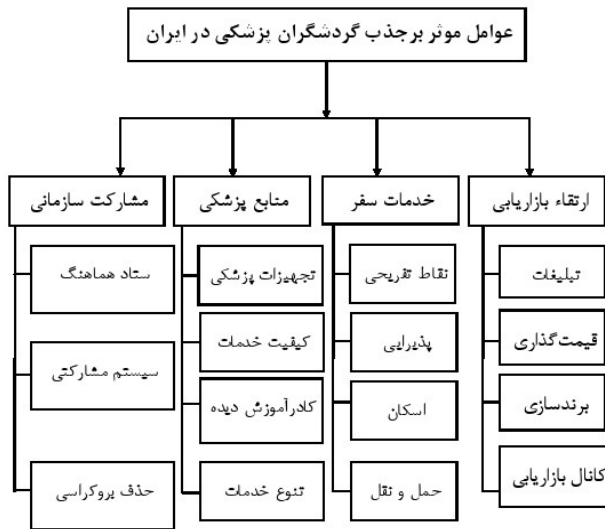
- ارتقاء بازاریابی: تبلیغات، برندسازی، قیمت‌گذاری، کانال بازاریابی؛
- خدمات سفر: نقاط تفریحی، خدمات پذیرایی، اسکان، حمل و نقل؛
- منابع پزشکی: تجهیزات پزشکی، کیفیت خدمات، کادر مجرب و آموزش دیده، تنوع خدمات پزشکی؛
- مشارکت بین سازمانی: ایجاد ستاد هماهنگ کننده‌ی بین سازمان‌ها، ایجاد سیستم نظامند و مشارکتی در زمینه‌ی مدیریت و نظارت بر خدمات ارائه شده به گردشگران پزشکی، حذف بروکراسی‌های ناکارآمد بین سازمانی.

تجزیه و تحلیل

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل نتایج از تکنیک تحلیل سلسله‌مراتبی استفاده شده که در ذیل فرآیند آن توضیح داده می‌شود:

۱. **ساختن سلسله مراتبی:** در اولین اقدام، سلسله مراتب مربوط به موضوع را مشخص می‌کنیم. تبدیل موضوع یا مساله‌ی مورد بررسی به یک ساختار سلسله مراتبی مهمترین قسمت فرآیند تحلیل سلسله مراتبی محسوب می‌شود (زبردست، ۱۳۸۰: ۱۵). در این پژوهش ما با یک سلسله مراتب سه سطحی شامل: هدف (عوامل موثر بر جذب گردشگران پزشکی در ایران)، معیارها (۴ معیار)، زیرمعیارها (۱۵ زیرمعیار) روبرو هستیم (شکل ۴).

^۱ در این مقاله نمونه آماری تعیین شده ۱۱۰ نفر بود که جهت اخذ نظرات کارشناسی، پرسشنامه خبرگان طراحی و ارسال شد. ولی متأسفانه علی‌رغم پیگیری‌های فراوان بعد از ۲ ماه، ۳۰ پرسشنامه (حداقل ممکن) برگشت داده شد و به ناچار براساس حداقل نمونه آماری تحلیل‌ها انجام گرفت.



شکل (۴): ساختار سلسله مراتبی تحقیق

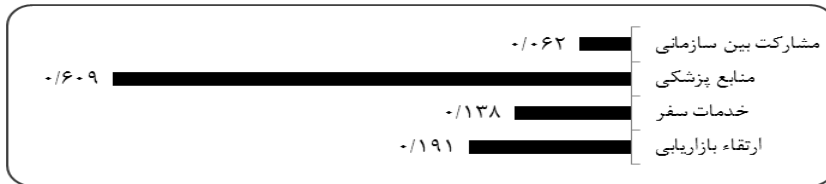
منبع: مطالعات اسنادی نگارندگان، ۱۳۹۴.

۲. **تعیین ضریب اهمیت معیارها و زیرمعیارها:** برای تعیین اهمیت معیارها و زیر معیارها، دو به دو آنها را مقایسه می‌کنیم. این روش یک مقیاس اساسی را با مقادیر ۱ تا ۹ برای تعیین میزان اولویت‌های نسبی دو معیار به کار می‌گیرد. اهمیت برابر (۱)، برابر تا اهمیت متوسط (۲)، اهمیت متوسط (۳)، متوسط تا اهمیت قوی (۴)، اهمیت قوی (۵)، قوی تا بسیار قوی (۶)، بسیار قوی (۷)، بسیار قوی تا فوق العاده قوی (۸)، فوق العاده قوی (۹).

۳. **بررسی سازگاری در قضاوت‌ها:** یکی از مزیت‌های فرآیند تحلیل سلسله مراتبی امکان بررسی سازگاری در قضاوت‌های انجام شده برای تعیین ضریب اهمیت معیارها و زیرمعیارها است. مکانیزمی که توماس ال ساعتی، برای بررسی ناسازگاری در قضاوت‌ها در نظر گرفته است؛ محاسبه ضریبی به نام ضریب سازگاری است که از تقسیم شاخص ناسازگاری به شاخص تصادفی بودن حاصل می‌شود. چنانچه این ضریب کوچکتر یا مساوی ۰/۱ باشد سازگاری در قضاوت‌ها مورد قبول و گرنه باید در قضاوت‌ها، تجدیدنظر شود (زبردست، ۱۳۸۰: ۱۹).

تعیین اوزان معیارها در تحقیق: در تحقیق حاضر، ابتدا میزان اهمیت ۴ معیار مورد بررسی نسبت به هم، ارزیابی شد. از اینرو، ابتدا میانگین هندسی ۳۰ پرسشنامه پاسخ داده شده، محاسبه و سپس با استفاده از نرم افزار Expert Choice.11 مراحل بعدی انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل نشان می‌دهد که از میان چهار معیار مورد بررسی یعنی: ارتقاء بازاریابی، خدمات سفر، منابع پزشکی و مشارکت بین سازمانی، معیار منابع پزشکی با ۰/۶۰۹ بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده و

بعد از آن ارتقاء بازاریابی با ۰/۱۹۱ در جایگاه بعدی قرار گرفت (شکل ۵). همچنین Cr یا نرخ سازگاری قضاوت‌ها ۰/۰۸ درصد، یعنی قابل قبول است.



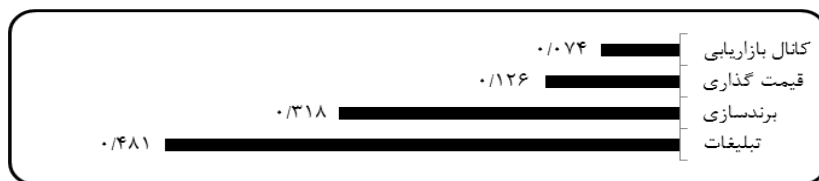
شکل (۵): وزن‌های محاسبه شده برای چهار معیار تحقیق

منبع: محاسبات تحقیق حاضر.

تعیین اهمیت زیرمعیارها در تحقیق

در این بخش از تحقیق به ارزیابی اهمیت زیرمعیارهای چهار معیار اصلی پرداخته شده، که نتایج آن در ذیل قابل رویت است.

ترویج بازاریابی: معیار ترویج بازاریابی در مجموع شامل چهار زیرمعیار تبلیغات، برندسازی، قیمت‌گذاری و کانال بازاریابی بود که با نرخ سازگاری ۰/۰۸ درصد یعنی قابل قبول مورد قضاوت قرار گرفته و از بین آنها گزینه‌ی تبلیغات با امتیاز ۰/۴۸۱ در رتبه اول و برندسازی با ۰/۳۱۸ امتیاز، در جایگاه بعدی، قرار گرفت (شکل ۶).



شکل (۶): وزن‌های محاسبه شده برای زیرمعیارهای، معیار ارتقاء بازاریابی

منبع: محاسبات تحقیق حاضر.

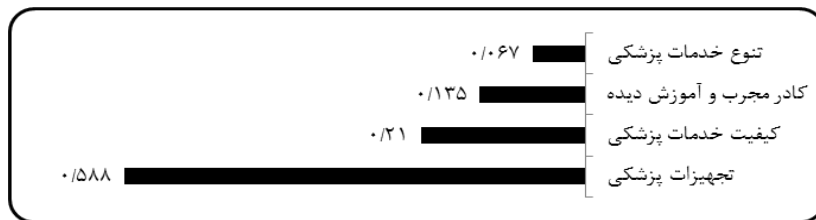
خدمات سفر: در این معیار چهار زیرمعیار نقاط تفریحی، خدمات پذیرایی، اسکان، حمل و نقل مدنظر بود که نتایج حاصل از تحلیل نظرات، نشان می‌دهد که گزینه‌ی نقاط تفریحی با امتیاز ۰/۵۹۱ رتبه اول و گزینه‌ی اسکان با امتیاز ۰/۱۷۴ رتبه بعدی را به خود اختصاص داده‌اند (شکل ۷). هم چنین نرخ سازگاری قضاوت در این گزینه‌ها ۰/۰۸ است که قابل قبول است.



شکل (۷): وزن‌های محاسبه شده برای زیرمعیارهای، معیار خدمات سفر

منبع: محاسبات تحقیق حاضر.

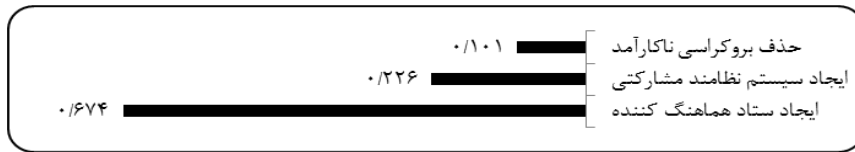
منابع پزشکی: در معیار منابع پزشکی زیرمعیارهای تجهیزات پزشکی، کیفیت خدمات، کادر مجرب و آموزش دیده، تنوع خدمات پزشکی با نرخ سازگاری ۰/۰۹ مورد قضاوت قرار گرفت که نتایج تحلیل نشان می‌دهد که تجهیزات پزشکی با امتیاز ۰/۵۸۸ و کیفیت خدمات پزشکی با امتیاز ۰/۲۱۰ به ترتیب در رتبه‌های اول و دوم قرار گرفته‌اند (شکل ۸).



شکل (۸): وزن‌های محاسبه شده برای زیرمعیارهای، معیار منابع پزشکی

منبع: محاسبات تحقیق حاضر.

مشارکت بین‌سازمانی: در این معیار، سه زیرمعیار ایجاد ستاد هماهنگ‌کننده بین سازمان‌ها، ایجاد سیستم نظام‌مند و مشارکتی در زمینه‌ی مدیریت و نظارت بر خدمات ارائه شده به گردشگران پزشکی، حذف بوروکراسی‌های ناکارآمد بین‌سازمانی، مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج تحقیق نشان داد؛ ایجاد ستاد هماهنگ‌کننده با امتیاز ۰/۶۷۴ جایگاه نخست را به خود اختصاص داد. همچنین نرخ سازگاری در این قضاوت نیز ۰/۰۸ است (شکل ۹).



شکل (۹): وزن‌های محاسبه شده برای زیرمعیارهای، معیار مشارکت سازمانی

منبع: محاسبات تحقیق حاضر.

تلفیق نتایج

بعد از ارزیابی درون گروهی زیرمعیارها، در ادامه برای اولویت بندی عوامل موثر داخلی بر جذب گردشگران پزشکی در ایران و به دست آوردن وزن کلی زیرمعیارها، نتایج به دست آمده در بخش قبلی را تلفیق کردیم که زیرمعیارهای حاصل از تلفیق اوزان را از رتبه ۱ الی ۱۵ رتبه بندی شدند (جدول ۲)، نتایج نشان می دهد که از بین زیرمعیارها، تجهیزات پزشکی و کیفیت خدمات پزشکی به ترتیب با وزن کلی ۰/۳۴۷ و ۰/۱۲۴ در رتبه اول و دوم و همچنین حذف بروکرسی ناکارآمد و حمل و نقل با وزن کلی ۰/۰۰۵ و ۰/۰۰۸ رتبه های آخر را به خود اختصاص دادند.

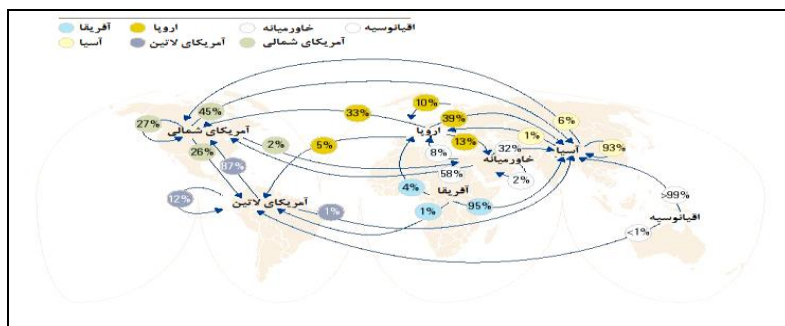
جدول (۲): تلفیق نتایج معیارها و زیرمعیارها

| معیار | وزن | رتبه | زیرمعیار | وزن | رتبه | رتبه کل |
|--------------------|-------|------|-------------------------|-------|------|---------|
| ارتقاء بازاریابی | ۰/۱۹۱ | ۲ | تبلیغات | ۰/۴۸۱ | ۱ | ۳ |
| | | | برندسازی | ۰/۳۱۸ | ۲ | ۶ |
| | | | قیمت گذاری | ۰/۱۲۶ | ۳ | ۹ |
| | | | کانال بازاریابی | ۰/۰۷۴ | ۴ | ۱۲ |
| خدمات سفر | ۰/۱۳۸ | ۳ | حمل و نقل | ۰/۰۶۳ | ۴ | ۱۴ |
| | | | اسکان | ۰/۱۷۴ | ۲ | ۱۱ |
| | | | خدمات پذیرایی | ۰/۱۷۲ | ۳ | ۱۰ |
| | | | نقاط تفریحی | ۰/۵۹۱ | ۱ | ۵ |
| منابع پزشکی | ۰/۶۰۹ | ۱ | تنوع خدمات پزشکی | ۰/۰۶۷ | ۴ | ۷ |
| | | | کادر مجرب و آموزش دیده | ۰/۱۳۵ | ۲ | ۴ |
| | | | تجهیزات پزشکی | ۰/۵۸۸ | ۱ | ۱ |
| | | | کیفیت خدمات پزشکی | ۰/۲۱ | ۳ | ۲ |
| مشارکت بین-سازمانی | ۰/۰۶۲ | ۴ | حذف بروکرسی ناکارآمد | ۰/۱۰۱ | ۳ | ۱۵ |
| | | | ایجاد سیستم نظامند | ۰/۲۲۶ | ۲ | ۱۳ |
| | | | ایجاد ستاد هماهنگ کننده | ۰/۶۷۴ | ۱ | ۸ |

منبع: محاسبات تحقیق حاضر.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین عوامل داخلی موثر در جذب گردشگران، منابع پزشکی از جمله؛ کادر مجرب و آموزش دیده، کیفیت خدمات پزشکی، تجهیزات پزشکی است و برخلاف نتایج تحقیقات قبلی که هزینه‌های ارزان را دلیل اصلی جذب گردشگران پزشکی می‌دانستند؛ در سال‌های اخیر با توجه به رقابتی شدن این حوزه، کیفیت خدمات پزشکی و تکنولوژی پیشرفته، نقش اصلی را داشته و هزینه‌ی خدمات پزشکی در اولویت بعدی قرار دارد.

در مجموع می‌توان گفت که گردشگری پزشکی صنعت نوپایی است، به طوری که این صنعت در آسیا پس از بحران اقتصادی آسیا در سال ۱۹۹۷ شکل گرفته و کشورهایی مانند سنگاپور، تایلند، مالزی، هند، فلیپین، تایوان و کره جنوبی در این زمینه پیش تاز هستند. براساس آمار مبدأ و مقصد گردشگری پزشکی در سال ۲۰۰۸، آسیا بزرگ ترین مقصد گردشگران پزشکی به شمار می‌رود. به طوری که ۹۳ درصد از آسیا، ۹۵ درصد از آفریقا، ۴۹ درصد از اروپا، ۳۲ درصد از خاورمیانه، ۴۵ درصد آمریکای شمالی و ۹۹ درصد از استرالیا (شکل ۱۰) برای درمان‌های پزشکی به قاره آسیا سفر می‌کنند. این موضوع نشانگر آن است که کشورهای این قاره مزیت نسبی فراوانی در زمینه‌ی گردشگری پزشکی، دارند. ایران به عنوان یکی از کشورهای آسیایی که در سال‌های اخیر به پیشرفت‌های زیادی در زمینه‌ی پزشکی دست‌یافته است؛ علی‌رغم داشتن مزیت‌های نسبی فراوانی هم چون کیفیت خدمات پزشکی، تجهیزات پزشکی، قیمت خدمات پزشکی، هنوز نتوانسته است به جایگاه واقعی خود در این زمینه دست یابد. لذا با توجه به حجم گردش مالی این صنعت در دنیا، ضروری است با برنامه‌ریزی و سیاستگذاری مناسب همراه با استفاده از تجارب کشورهای پیشرو در این زمینه، شاهد شکوفایی این بخش از گردشگری و تاثیر آن بر توسعه کشور باشیم.



نتیجه‌گیری و پیشنهادات

گردشگری پزشکی شکل جدیدی از صنعت گردشگری است که در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای رشد پیدا کرده است؛ به طوری که یک فعالیت اقتصادی مبتنی بر تجارت خدمات بوده که پیوند بین دو بخش پزشکی و گردشگری را به نمایش می‌گذارد. یکی از مهم‌ترین موضوعات در این زمینه که باید مورد توجه قرار گیرد؛ بازاریابی گردشگری پزشکی و استفاده از مزیت رقابت نسبی است. امروزه یکی از حوزه‌هایی که کشورهای در حال توسعه مزیت رقابتی فراوانی دارند، گردشگری پزشکی است. بدین علت بسیاری از کشورهای در حال توسعه به ویژه در آسیا در یک فضای رقابتی به دنبال بازاریابی و جذب گردشگران پزشکی هستند. در این تحقیق، ارزیابی و اولویت‌بندی عوامل موثر داخلی در جذب گردشگری پزشکی در ایران از دیدگاه متخصصین دانشگاهی در حوزه گردشگری و گردشگری پزشکی، پزشکان و مدیران بیمارستانی و خدمات مرتبط با گردشگری پزشکی با استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی انجام گرفت که نتایج آن به شرح زیر است:

- براساس نتایج تحقیق از میان چهار معیار مورد بررسی یعنی؛ ارتقاء بازاریابی، خدمات سفر، منابع پزشکی و مشارکت بین سازمانی، معیار منابع پزشکی با امتیاز ۰/۶۰۹ بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده و بعد از آن معیار ارتقاء بازاریابی با امتیاز ۰/۱۹۱ در جایگاه بعدی قرار گرفت.
- از بین چهار زیر معیار مربوط به ارتقاء بازاریابی یعنی؛ تبلیغات، برند سازی، قیمت‌گذاری، کانال بازاریابی، زیر معیار تبلیغات با امتیاز ۰/۴۸۱ بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد.
- در این تحقیق معیار خدمات سفر براساس چهار زیر معیار نقاط تفریحی، خدمات پذیرایی، اسکان و حمل‌ونقل مورد ارزیابی کارشناسی قرار گرفت که زیر معیار نقاط تفریحی با امتیاز ۰/۵۹۱ در جایگاه اول قرار گرفت.
- معیار منابع پزشکی چهار زیر معیار تجهیزات پزشکی، کیفیت خدمات، کادر مجرب و آموزش‌دیده، تنوع خدمات پزشکی می‌شود که زیر معیار تجهیزات پزشکی با امتیاز ۰/۵۸۸ بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد.
- در معیار مشارکت بین سازمانی سه زیر معیار ایجاد ستاد هماهنگ‌کننده بین سازمان‌ها، ایجاد سیستم نظام‌مند و مشارکتی در زمینه‌ی مدیریت و نظارت بر خدمات ارائه‌شده به گردشگران پزشکی، حذف بروکراسی‌های ناکارآمد بین سازمانی مورد ارزیابی قرار گرفتند که زیر معیار ایجاد ستاد هماهنگ‌کننده با امتیاز ۰/۶۷۴ در رتبه نخست قرار گرفت.
- نتایج حاصل از تلفیق کلی ۱۵ زیر معیار مورد بررسی در این تحقیق نشان داد که زیر معیار تجهیزات پزشکی با امتیاز ۰/۳۴۷ رتبه اول و زیر معیار حذف بروکراسی ناکارآمد با امتیاز ۰/۰۰۵ رتبه آخر را به خود اختصاص دادند.

بررسی تطبیقی نتایج تحقیقات مشابه در دیگر کشورها، نتایج تحقیق حاضر را تأیید می‌کنند. به طوری که ریکافورت در تحقیقی با عنوان بررسی عوامل تأثیرگذار در انتخاب بیمارستان‌های تایلند

به عنوان مقاصد گردشگری پزشکی توسط گردشگران، با انتخاب ۲۰ عامل تأثیرگذار به بررسی موضوع از دیدگاه گردشگران پزشکی پرداخته است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که از دیدگاه گردشگران، عوامل مربوط به منابع پزشکی؛ از جمله کیفیت خدمات پزشکی و پزشکان معتبر بیشترین تأثیر را در انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی داشته و عامل قیمت خدمات پزشکی در اولویت بعدی قرار دارد. هم چنین یانگ در پژوهشی با عنوان عوامل موثر در بازاریابی گردشگری پزشکی از دیدگاه فعالان این حوزه؛ از جمله آژانس‌های گردشگری و موسسات پزشکی در کشور تایوان پرداخته که نتایج تحقیق نشان می‌دهد؛ از بین ۱۵ عامل مورد بررسی، عامل برندسازی، در اولویت اول و عوامل تسهیلات پزشکی و کیفیت خدمات پزشکی در اولویت‌های بعدی قرار دارند.

در یک جمع‌بندی از نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه که به آنها اشاره شد، می‌توان گفت که گرچه نتایج تحقیقات با توجه دیدگاه‌های جامعه هدف، کمی متفاوت است ولی همه آنها به یک موضوع اشاره دارند و آن تأکید بر منابع پزشکی است. به طوری که برخلاف تحقیقات قبلی که عمدتاً دریافت خدمات ارزان قیمت را دلیل اصلی جذب گردشگران می‌دانستند، تحقیقات حاضر بر کیفیت و استانداردهای منابع پزشکی تأکید داشته و عامل قیمت خدمات پزشکی در اولویت بعدی قرار دارد. براساس نتایج تحقیق، موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- ✓ منابع پزشکی، از جمله بیمارستان‌های خصوصی و باکیفیت، به منظور جذب گردشگر خارجی، براساس استانداردهای جهانی توسعه پیدا کنند؛
- ✓ ارتقاء مهارت‌های ارتباطی منابع انسانی (پزشکان، کادر اداری و پرستاری و...) از جمله تقویت زبان انگلیسی در جهت ارائه مطلوب‌تر خدمات پزشکی و درمانی؛
- ✓ اعمال مدیریت یکپارچه و سیستماتیک در زمینه‌ی ارائه خدمات در همه ابعاد و زمینه‌های مرتبط با گردشگری پزشکی (ورود، اقامت؛ درمان، خروج).

منابع

۱. ابراهیم‌زاده، عیسی و آقاسی‌زاده، عبدالله (۱۳۸۸). تحلیل عوامل موثر بر گسترش گردشگری در ناحیه ساحلی چابهار با استفاده از مدل راهبردی SWOT. *مجله مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای*، دوره ۱، شماره ۱: ۱۰۷-۱۲۸.
۲. حقیقی‌کفاش، مهدی؛ ضیایی، محمود و جعفری، قاسم (۱۳۸۹). اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران، *فصلنامه مطالعات جهانگردی*، دوره ۱۱، شماره ۱۲: ۲۳-۴۰.
۳. حیدری‌چیان، رحیم (۱۳۷۹). *جایگاه و اهمیت فضای سبز در برنامه‌ریزی‌های شهری مطالعه موردی: شهر تبریز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه تبریز.
۴. حیدری‌چیان، رحیم (۱۳۸۷). *مبانی برنامه‌ریزی صنعت گردشگری*، تهران، انتشارات سمت.
۵. زبردست، اسفندیار (۱۳۸۰). کاربرد فرآیند تحلیل سلسله مراتبی در برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، *مجله‌ی هنرهای زیبا*، دوره ۱۰، شماره ۱۰: ۱۳-۲۱.
۶. فردوسی، مسعود؛ جباری، علیرضا؛ کیوان آرا، محمود و آقارحیمی، زهرا (۱۳۹۰). مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام‌گرفته در زمینه‌ی گردشگری پزشکی، *مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۸، شماره ۸: ۱۱۶۹-۱۱۷۸.
۷. مجمع تشخیص مصلحت نظام، دفتر مطالعات اجتماعی (۱۳۸۹). *نگاهی به وضعیت گردشگری سلامت در جهان و ایران*.
۸. مروتی شریف آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۲). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد، *نشریه مدیریت سلامت*، دوره ۱۷، شماره ۵۵: ۷۳-۸۸.
۹. منظم، کامبیز (۱۳۸۸). *گزارش‌های بررسی ادبیات موجود و تجربیات سایر کشورها درباره گردشگری درمانی و ارائه راهکار برای کشور*، مرکز پژوهش‌های مجلس، دفتر مطالعات اجتماعی.
10. Ansari, I. and Saman, K. (2014). Impact of globalization on medical tourism in developing countries like India, *International Journal of Engineering Technology, Management and Applied Sciences*, 1 2(7): 62-68.
11. Asprogerakas, E. (2007). City competition and urban marketing: The case of tourism industry in Athens, *Tourism: An International Multidisciplinary Journal of Tourism*, 2(1): 1-26.
12. Awadzi, W. and Panda, D. (2005). Medical tourism: Globalization and marketing of medical services. *The Consortium Journal of Hospitality and Tourism*, 11(11): 75-80.
13. Beth, K. (2010). Traveling for medical care in a global world. *Medical Anthropology*, 29(4): 344-362.
14. Bookman, M.Z. and Bookman, K.R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*, New York: Palgrave Macmillan.
15. Cali, M., Ellis, K. and Velde, D.W. (2008). *The Contribution of Services to Development and the Role of Trade Liberalization and Regulation*, Overseas Development Institute, 111 Westminster Bridge Road London SE1 7JD.
16. Cihak, R.J. and Matthews, M. (2010). *Waiting Periods with Universal HealthCare*. Cited 11 June 2015, <http://www.truthfulpolitics.com/http://truthfulpolitics.com/comments/waiting-periods-with-universal-health-care>
17. Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and ... surgery, *Tourism Management*, 27(27): 1093-1100.

18. Deloitte Development LLC (2008). **Medical Tourism: Consumers in Search of Value Retrieved 2008**, from http://www.deloitte.com/assets/ DcomUnitedStates/ Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy%283%29.pdf.
19. Gola, S. (2015). International trade and health equity: Have benefits of medical tourism 'Trickled Down' to India's poor?, **International Trade & Health Equity: Medical Tourism**, 1: 1-20.
20. Gulid, N. (2011). Student loyalty toward master's degree business administration curriculum at Srinakharinwirot University, **American Journal of Business Education.Littleton**: 4(8): 41- 49.
21. Guojinga, F.A.N. and Zhijun, L. (2013). Medical tourism: The new favorite tourist market, **Journal of Economics and International Finance**, 5(3): 65-70.
22. Horowitz, M.D. and Rosensweig, J.A. (2007). **Medical Tourism - Health Care in the Global Economy**, The Physician Executive.
23. Jutamas, R. and Ilian, A. (2011). Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand, **Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts**, 3(2): 95-105.
24. Kelley, E. (2013). **Medical Tourism**, WTO Patient Safety Programme.
25. Laimer, P. and Juergen, W. (2009). Portfolio analysis as a strategic tool for tourism policy, **Tourism Review**, 64 (1): 17-31.
26. Lee, C.A. (2012). **Health Careata Crossroads: Medical Tourism and the Dismantling of Costa Rican Exceptionalism** (Doctoral dissertation), Retrieved from Proquest Dissertations and Theses database.
27. McKinsey and Company (2008). **Mapping the Market for Medical Travel**.
28. Pal via, S. (2007). Global outsourcing of IT and IT enabled services: A relationship framework and a two stage model of selecting a vendor, In **Managing Global Information Technology: Strategies and Challenges**, Marietta, a: Ivy League Publishing.
29. Porter, M.E. (1990). The competitive advantage of nations, **Harvard Business Review**, March-April: 73-93.
30. Pourkhaghan, Z., Ebraimipour, S., Pourkhagan, S. and Ghahrieh, S. (2013). Interaction of economic indicators and medical tourism industry, **International Journal of Travel Medicine & Global Health**, 1(3): 133-139.
31. Ricafort, K.M.F. (2011). **A Study of Influencing Factors That Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination** (Master Disertation), Webster University, Cha-am, Thailand.
32. Rollandi, I. (2014). **Top 10 Best Countries for Medical Tourism**, Cited 9 July 2015 <http://www.insidermonkey.com/blog/the-10-best-countries-for-medical-tourism-330910>.
33. Saravana, K.G. and Krishna, R.R. (2015). Status, growth and impact of medical tourism in India, **International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research**, 34(1): 284-291
34. 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.
35. Smith, P., and Forgione, D.A. (2008). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model, retrieved from, **Journal of Information Technology Case and Application Research**, 9(3): 19-30.
36. Smith, R.D. (2004). Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature, **Social Science & Medicine**, (59): 2313-2323.
37. Sri, T.D. and Bakar, A.S. (2011). **Medical Tourism – Malaysia**, International Medical University (IMU), Kuala Lumpur, Malaysia.

38. Ulanova, A. (2015). **Medical Tourism Demand for Cuban Medical Tourism by Russian Consumers**, Bachelor's thesis School of Tourism and Hospitality Management Degree Programme in Tourism Bachelor of Hospitality Management, Lapland University of Applied Sciences.
39. www.payeshpress.ir
40. Yung-Sheng, Y. (2013). Key success factors in medical tourism marketing, **International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences**, 3(3): 152-158.