

واکاوی موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با تأکید بر الزامات سیاست‌گذاری

رحمت‌الله قلی‌پور سوته^۱، مجتبی امیری^۲، حمید زرغام بروجنی^۳، زهره کیانی فیض‌آبادی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۹

چکیده

گردشگری پزشکی، به‌منزله یکی از شاخه‌های گردشگری سلامت، پدیده‌ای است که در قرن ۲۱ به‌سرعت رو به گسترش است و یکی از سریع‌ترین توسعه‌ها را در بازار گردشگری دارد. با وجود قابلیت‌های ایران در گردشگری پزشکی، آمارها نشان می‌دهد که سهم ایران از درآمدهای این صنعت ناچیز است. با توجه به فرصت‌های روبه‌رشد و رقابت فزاینده بین‌المللی در این حوزه از یک‌سو و عدم بهره‌برداری مناسب از قابلیت‌های کشور از سوی دیگر، در این پژوهش سعی شده موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران، با روش پژوهش کیفی و راهبرد تحلیل مضمون، بررسی شود و رهنمودهای کاربردی ارائه گردد. به این منظور، با شانزده تن از خبرگان مصاحبه شده و، پس از کدگذاری داده‌های مصاحبه، موانع توسعه گردشگری پزشکی ایران استخراج شده است. سه مانع اصلی و ابعاد فرعی هر یک عبارت‌اند از: ۱. موانع نظام اداری و خط‌مشی‌گذاری شامل ضعف نظام اداری، مسائل ناشی از تداخل حوزه سیاستی گردشگری و سلامت، ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی، ضعف نظام آماری، ضعف نظارت. ۲. موانع زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی شامل ضعف فرایند ارائه خدمت، فعالیت غیررسمی، ضعف رقابت‌پذیری، موانع سرمایه‌گذاری. ۳. موانع مربوط به بازارهای هدف شامل تعامل نامناسب با بیمار خارجی، ضعف در بازاریابی و تبلیغات، موقعیت ضعیف رقابتی.

واژه‌های کلیدی: گردشگری پزشکی، توسعه گردشگری، موانع توسعه گردشگری پزشکی، تحلیل مضمون.

۱- نویسنده مسئول: استاد گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران (rgholipor@ut.ac.ir)

۲- دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار گروه مدیریت جهانگردی، دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴- مربی گروه مدیریت جهانگردی، دانشکده گردشگری دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

گردشگری پزشکی، به‌منزله یکی از شاخه‌های گردشگری سلامت، پدیده‌ای رو به گسترش در قرن ۲۱ است که یکی از سریع‌ترین توسعه‌ها را در بازار گردشگری دارد (واعظی و همکاران، ۱۳۹۷). این نوع گردشگری نشانگر حرکت موقت بیمار به خارج از نظام سلامت کشور محل اقامت خود با هدف خرید مراقبت‌های پزشکی است (Johnston et al., 2015). برخی گزارش‌ها حاکی از آن است که، طی ده سال آینده، ۳ تا ۴ درصد از جمعیت جهان برای دریافت مراقبت‌ها و درمان‌های پزشکی به سفرهای خارجی روی خواهند آورد (Larisa and Tigu, 2017). تمامی آمارها و گزارش‌ها، از جمله پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، حاکی از رشد روزافزون گردشگری پزشکی در جهان است. منابع مختلف درآمد گردشگری پزشکی در جهان را بین ۱۰/۵ میلیارد دلار در ۲۰۱۲ تا ۳۲ میلیارد دلار در ۲۰۱۹ تخمین زده و پیش‌بینی می‌کنند، با رشدی نمایی، در ۲۰۲۵ به ۳ تریلیون دلار برسد. همچنین انجمن گردشگری پزشکی درآمد گردشگری پزشکی جهان در ۲۰۱۶ را ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد و اعلام کرد انتظار دارد، با ادامه روندهای موجود، در ۲۰۲۵ درآمد این صنعت به ۳ تریلیون دلار برسد (ibid).

عوامل متعددی در توسعه این صنعت دخیل بوده‌اند، از جمله جهانی‌شدن، تسهیل حمل‌ونقل بین‌المللی، افزایش ارتباطات، تلاش بیماران برای دستیابی به قیمت‌های کمتر و کیفیت مناسب‌تر و لیست انتظار کوتاه‌تر (Hoz-Correa et al., 2018). به گفته رامیرز، توسعه گردشگری پزشکی موجب افزایش درآمد، بهبود خدمات، ایجاد درآمد ارزی، بهبود تراز تجاری و به‌طور کلی رشد و توسعه گردشگری است (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۵). با وجود منافع گردشگری پزشکی، از آنجاکه عوامل مهمی در توسعه این نوع گردشگری مؤثر است، کسب جایگاه و سهم بازار مناسب در این صنعت چندان ساده نیست (Rokni et al., 2017).

موقعیت خاص و گستردگی جغرافیایی ایران، برخورداری از تیم‌های پزشکی و پیراپزشکی متبحر، ثبات سیاسی و امنیت داخلی (ابوالحسنی، ۱۳۹۳)، برتری ایران در زمینه سلول‌های بنیادی، ترمیم ضایعات نخاعی، ناباروری و... (نیک‌رفتار و همکاران، ۱۳۹۵) از جمله مزایای ایران در زمینه گردشگری پزشکی است. طبق گزارش مجله بین‌المللی سفر پزشکی، شورای راهبردی گردشگری سلامت ایران اعلام کرده: بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از شرکت‌های خدمات گردشگری سلامت، که مجوز قانونی فعالیت در عرصه گردشگری پزشکی دارند، ایران در سال ۱۳۹۵ پذیرای ۱۰۵ هزار گردشگر پزشکی بوده است. بنا بر اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پرداختی هر گردشگر پزشکی در ایران بین ۳۶۰۰ تا ۷۶۰۰ دلار است. با احتساب متوسط این مقدار (۵۶۰۰ دلار)، در سال ۱۳۹۵ درآمد گردشگری پزشکی در ایران بالغ بر ۵۸۸ میلیون دلار بوده است (International Medical Travel Journal, 2017). آمار درآمدی ایران مؤید این واقعیت است که درآمد گردشگری پزشکی در ایران در مقایسه با درآمد جهانی این صنعت چندان قابل توجه نیست (جباری و همکاران، ۱۳۹۱) و سهم ایران از بازار گردشگری پزشکی ناچیز است. در سال ۱۳۹۳، ایران با کسب درآمدی حدود ۳۵۰ میلیون دلار

فقط ۰/۳۵ درصد از این درآمد سرشار را نصیب خود کرد و رتبه پنجاه و سوم را در میان کشورها کسب کرد (نیکرفتار و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع در ایران توسعه این حوزه از گردشگری آن طور که باید و شاید مورد توجه نهادهای متولی امر قرار نگرفته است و به تبع آن در سطح کسب و کار نیز مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق پا نگرفته‌اند.

با توجه به فرصت‌های روبه‌رشد و رقابت فزاینده بین‌المللی در گردشگری پزشکی از یک سو و عدم بهره‌برداری مناسب از قابلیت‌های کشور در این حوزه از سوی دیگر، در این پژوهش سعی شده موانع توسعه این بخش در ایران بررسی شود. باید به این نکته توجه داشت که موانع و مشکلات کشورهای مختلف در زمینه انواع گردشگری، از جمله گردشگری پزشکی، تحت تأثیر متغیرهای زمینه‌ای ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است. لذا برای یافتن الگوهای کاربردی و بومی توسعه لازم است پژوهشگران به تحقیق و تفحص و ارائه دستاوردهایی مبتنی بر شرایط کشور و متناسب با آن بپردازند. بر همین اساس، در این پژوهش تلاش شده موانع توسعه گردشگری در ایران واکاوی شود و با بهره‌گیری از روش کیفی تحلیل مضمون سعی شده، با استفاده از آرای خبرگان آگاه، موانع و مشکلات توسعه گردشگری پزشکی در ایران شناسایی شود. به این ترتیب، هدف از این پژوهش شناسایی موانع و مشکلات توسعه گردشگری پزشکی در ایران است. بر این اساس، سؤال پژوهش عبارت است از: مشکلات و موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران کدام‌اند؟

مبانی نظری

گردشگری پزشکی

گردشگری پزشکی عبارت است از «سفر سازمان‌دهی شده فرد به خارج از حوزه معمول مراقبت‌های پزشکی خود، به منظور ارتقا یا تجدید سلامت فردی از طریق اقدامات پزشکی» (Hoz-Correa et al., 2018). در بین اغلب صاحب‌نظران این اتفاق نظر وجود دارد که گردشگری پزشکی زیرمجموعه گردشگری سلامت است (Pocock and Phua, 2011). گردشگری پزشکی از نظر عرضه (تسهیلات، محصولات و خدمات) و همچنین تقاضا (انگیزه‌ها، انتظارات و تجارب) با گردشگری سلامت تفاوت‌هایی دارد. از این رو، تفکیک نظری بین گردشگری سلامت و گردشگری پزشکی برای تفکیک تنوع موجود در عرضه و تقاضای آن‌ها قابل استفاده است (Botterill et al., 2013). بر همین اساس، در این پژوهش مشخصاً بر گردشگری پزشکی تأکید می‌شود.

در ادامه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری گردشگری پزشکی (تقاضا)، ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری پزشکی (عرضه) و جایگاه برنامه‌ریزی و خط‌مشی‌گذاری در توسعه گردشگری پزشکی بررسی می‌شود.

عوامل مؤثر بر گسترش تقاضای گردشگری پزشکی

یکی از طبقه‌بندی‌های رایج محرک‌ها و انگیزه‌های گردشگری پزشکی را به هفت دسته کلی تقسیم می‌کند که در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: انگیزه‌های گردشگری پزشکی (اقتباس از شالبافیان، ۱۳۹۴، به نقل از هال، ۲۰۱۳)

محرک‌های اصلی	محرک‌های فرعی
هزینه	هزینه کمتر در خارج از کشور؛ هزینه بیشتر در کشور مبدأ؛ نرخ مناسب تبدیل ارز؛ هزینه نسبتاً مناسب سفرهای هوایی.
زمان	لیست انتظار طولانی در کشور مبدأ؛ لیست انتظار کوتاه در خارج از کشور
قوانین	غیرقانونی بودن برخی درمان‌ها در مبدأ؛ سهولت دسترسی به سایر کشورها؛ تفاوت در قوانین پوشش‌های بیمه‌ای.
خدمات پزشکی	نبود دسترسی به فرایندهای پزشکی خاص (مانند پیوند اعضا) در کشور مبدأ.
کیفیت	کیفیت مشابه یا برتر در سایر کشورها؛ تخصص پزشکی؛ تجهیزات بیمارستانی.
اوقات فراغت	مکان‌های جدید و بکر برای تعطیلات.
اطلاعات	دسترسی به اطلاعات مقصد گردشگری پزشکی، تبادل دانش و فناوری؛ تبلیغات تأسیسات و تسهیلات پزشکی.

عرضه‌کنندگان خدمات گردشگری پزشکی

بازیگران حوزه‌های سلامت و گردشگری هریک مستقیم و غیرمستقیم در زنجیره ارزش گردشگری پزشکی نقش آفرینی می‌کنند و ناهماهنگی آن‌ها محصول گردشگری پزشکی را مخدوش می‌سازد (Cook, 2017). مثلاً ایجاد بهترین مراکز و امکانات درمانی بدون تدوین و اجرای قوانین نظارتی یا تلاش‌های بازاریابی مقصد به‌تنهایی در جذب گردشگران پزشکی بین‌المللی مؤثر نخواهد بود.

عرضه‌کنندگان خدمات درمانی ممکن است متعلق به دولت یا شرکت‌های خصوصی باشند، اما رشد آن‌ها همیشه به دخالت دولت بستگی دارد (نیک‌رفتار و همکاران، ۱۳۹۵). با توجه به این‌که انگیزه اصلی گردشگران پزشکی دریافت مراقبت‌های درمانی است، عرضه‌کنندگان خدمات گردشگری، از جمله هتل، حمل‌ونقل، خطوط هوایی و جاذبه‌ها، نقش مکمل و حمایتی ایفا می‌کنند (Cook, 2017). باوجوداین، چنانچه با نیاز بیمار و ویژگی‌های بازار گردشگری پزشکی آشنایی نداشته باشند یا ضعیف عمل کنند، حتی در شرایطی که درمان مناسب است، تجربه سفر مخدوش می‌شود و تعداد گردشگران پزشکی کاهش می‌یابد (ibid).

در سطح خرد، عرضه خدمات گردشگری پزشکی توسط عرضه‌کنندگان خدمات گردشگری و همچنین عرضه‌کنندگان خدمات درمانی صورت می‌پذیرد و در سطح کلان، نهاد بین‌بخشی مرتبط با هر سه حوزه هماهنگی لازم را ایجاد می‌کند (جباری، ۱۳۸۷).

نقش دولت در توسعه گردشگری پزشکی

جهانی‌شدن و تقویت جنبه تجاری خدمات درمانی به توسعه گردشگری پزشکی منجر شده است. گردشگری پزشکی سلامت افراد را از موضوعی که پیش از این در حیطه وظایف دولت‌ها بود به موضوعی تبدیل کرده که قابل طرح در بازارهای تجاری و تحت تأثیر تصمیمات فردی است (Pocock

(Pocock and Phua, 2011) and در سطح بین‌المللی پتانسیل اقتصادی گسترده‌ای فراهم آورده است (طباطبایی نسب و همکاران، ۱۳۹۳).

منافعی از جمله افزایش تولید ناخالص داخلی، بهبود وضعیت سلامت عمومی، جذب سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی، درآمد حاصل از ورود گردشگران پزشکی و بهبود تراز تجاری گردشگری پزشکی را به یک گزینه جذاب برای دولت‌هایی تبدیل کرده که دارای قابلیت‌های مناسب‌اند (Pocock and Phua, 2011). از این رو دولت‌ها نقش چشمگیری در گردشگری پزشکی ایفا می‌نمایند و سعی می‌کنند برنامه‌های قانونی و عملیاتی گوناگونی برای این بخش تدوین کنند و به اجرا درآوردند (طباطبایی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). اغلب صاحب‌نظران بر نقش دولت به‌مثابه بازیگر کلیدی در تسهیل، قانونمندی‌سازی، بازاریابی و ترویج، و حتی ارائه خدمات گردشگری پزشکی تأکید می‌کنند (Johnston et al., 2015). دولت بر اساس میزان قدرت، ظرفیت و توسعه‌یافتگی با بازیگران خصوصی عرضه‌کننده خدمات گردشگری پزشکی تعامل دارد.

الزامات سیاستی توسعه گردشگری پزشکی

گردشگری پزشکی می‌تواند آثار مثبت یا منفی برای کشورهای مبدأ و مقصد به همراه داشته باشد. پوکوک و فوا (2011) برای شناسایی روندهای مشترکی که توسعه گردشگری پزشکی را شکل می‌دهند، چارچوبی مفهومی ارائه دادند. جانستون و همکاران (2015) حوزه‌های خط‌مشی‌گذاری گردشگری پزشکی و الزامات آن را جامع‌تر بررسی کردند و چارچوبی ارائه دادند که برای نظارت و توسعه خط‌مشی گردشگری پزشکی در نقاط مختلف جهان با مراحل مختلف توسعه قابل‌استناد است (Johnston et al., 2015). از سوی دیگر، لانت و همکاران (2011)، ضمن تأکید بر ضرورت شناسایی ذی‌نفعان گردشگری پزشکی، مسائل سیاستی مهم در هریک از حوزه‌های صنعت گردشگری پزشکی را بررسی کردند. بر اساس مطالعات مذکور، حوزه‌های مهم در توسعه گردشگری پزشکی و برخی از مهم‌ترین مسائل خاص هریک از آن‌ها به‌طور خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: حوزه‌های سیاستی گردشگری پزشکی (Pocock and Phua, 2011; Johnston et al., 2015; Lunt, 2011)

حوزه سیاستی ^۱	برخی از الزامات و ملاحظات خط‌مشی توسعه گردشگری پزشکی
حاکمیت (برنامه‌ریزی و قانون‌گذاری)	وجود نهاد بین‌بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهنده و ناظر بر گ. پ. ^۲ هماهنگی کامل نهادهای مرتبط با گ. پ. برندسازی ملی و تدوین راهبرد بازاریابی گ. پ. در سطح کلان و خرد. انتخاب درست بازارهای هدف گ. پ. ارائه ویزای سفرهای گ. پ. طراحی نظام اطلاع‌رسانی داخلی. ایجاد تسهیلات برای مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گ. پ. زیرساخت‌های ارائه خدمات بهبود پس از درمان و ...

^۱Policy domain

^۲- گردشگری پزشکی

بخش خصوصی و دولت	رشد بخش خصوصی در نظام سلامت. توجه به آثار بلندمدت سرمایه‌گذاری‌های خارجی و داخلی بر نظام سلامت. تغییرات کیفی در سازمان‌دهی مراکز درمانی. اعتبارنامه‌های سازمان‌های معتبر بین‌المللی و ...	ارائه خدمات گ. پ
خدمات درمانی	دسترسی مناسب به مراکز درمانی. اخذ اعتبارنامه‌های بین‌المللی کیفیت توسط مراکز درمانی. نظام آموزش درمانی. نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از بیماران درمان‌شده خارجی.	
خدمات گردشگری	دسترسی به اطلاعات مراکز درمانی، جراحان و ... دسترسی و امکان استفاده از کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی. وجود ساختار پذیرش بیمه مسافر خارجی. فرایند دریافت ویزا (با هدف درمان).	
خدمات گ. پ	نظام تخصصی ارجاع بیمار خارجی. وجود بسته‌های خدمتی متنوع. مستندسازی فرایند دریافت خدمت و امکان ردیابی مراحل درمان. توسعه نیروی انسانی. وجود استانداردهای کیفیت خدمات. طراحی نظام تعامل بهینه ذی‌نفعان حوزه گ. پ کشور و ...	
رقابت‌پذیری	توجه به ارکان رقابت‌پذیری مقصد گ. پ. افزایش کیفیت خدمات و قیمت‌های رقابتی. حذف یا کاهش مالیات سرمایه‌گذاری در گ. پ و واردات تجهیزات پزشکی. ارائه ویزای درمانی و ...	منابع انسانی
	توزیع متخصصان بین بخش‌های خصوصی و دولتی در نظام سلامت. ظرفیت آتی منابع انسانی. آموزش نیروی انسانی به‌منزله ابزار بازاریابی و ...	
	ارائه اطلاعات صحیح، دقیق و کامل به گردشگران بالقوه. شناسایی و معرفی مقصدها و عرضه‌کنندگان مناسب بیمار. ارتباط مناسب با بیمار و عرضه‌کننده خدمات گ. پ. کمک به سازمان‌دهی سفر پزشکی و رفع مشکلات احتمالی در سفر درمانی و ...	تسهیل‌گران گ. پ
اعتبارسنجی	کنترل کیفیت بخش عمومی و خصوصی. اعتباردهی بین‌المللی به تسهیلات سلامت. تعداد بیمارانی که توسط کارگزاران جذب شده‌اند. قانونمندی و تنظیم فعالیت کارگزاران و ...	قوانین و مقررات
ارائه خدمت	توجه به تفاوت قوانین مربوط به برخی از خدمات پزشکی در کشورهای مبدأ و مقصد از جمله انواع عمل‌های جراحی.	
خطای پزشکی	توجه به خطاهای پزشکی. حمایت قانونی از بیمار خارجی. بیمه مسئولیت حرفه‌ای نیروی انسانی فعال در گ. پ. شفاف‌سازی رویه‌های درمانی و نرخ خطاهای پزشکی برای بیماران به‌منظور انتخاب آگاهانه مقصد و ...	
تسهیل‌گر	دستورالعمل و شیوه‌نامه عملکردی برای کارگزاران. نظارت بر نحوه اطلاع‌رسانی تسهیل‌گر و ارتباط او با مبدأ و مقصد و ...	
	درآمدهای حاصل از گ. پ. افزایش پرداخت از جیب. سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی. بیمه‌های سلامت قابل انتقال در عرصه بین‌المللی. اعتباردهی بین‌المللی بیمارستان‌ها و قابلیت انتقال بیمه‌های سلامت بین‌المللی و ...	منابع مالی

اینترنت	توجه به صحت و دقت اطلاعات ارائه شده در سایت‌های گ. پ. ارائه اطلاعات مربوط به مقصد، درمان و... به صورت کامل. نظارت بر محتوای اطلاعات تجاری و بازاریابی ارائه شده در وبسایت‌ها و منابع اینترنتی و... .
بیمه	پوشش‌های بیمه‌ای مخصوص گ. پ (سفر درمانی، هزینه درمان‌های تکمیلی، و مراقبت‌های پس از آن). قابلیت انتقال بیمه سلامت. یک پارچه‌سازی نظام‌های بیمه و کاهش سوءاستفاده‌های مالی. بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان و سازمان‌های بهداشتی در مقابل خطاهای پزشکی.
بیماران	آگاهی کافی از بازارهای بین‌المللی گ. پ و عدم تمرکز بر بازارهای محدود در برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ای. جذب بازارهای پراکنده. شناخت گردشگران سلامت (انگیزه‌ها و عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری گ. پ از جمله کیفیت، قیمت، پیوندهای فرهنگی). حمایت از حقوق بیمار خارجی، بیماران داخلی و... .

پیشینه پژوهش

بررسی‌ها نشان می‌دهد که حوزه‌های رایج در تحقیقات دانشگاهی مربوط به گردشگری پزشکی عبارت‌اند از: تحلیل مقصد، رفتار گردشگران پزشکی، مدل‌های تصمیم‌گیری گردشگران بالقوه، جنبه‌های عملیاتی و همچنین پیامدها و جنبه‌های اخلاقی گردشگری پزشکی و تأثیرات آن بر جامعه میزبان (Hoz-Correa et al., 2018). بخشی از مرتبط‌ترین پژوهش‌ها با موانع توسعه گردشگری پزشکی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: پیشینه پژوهش

عنوان پژوهش	پژوهشگر	یافته‌ها
گردشگری پزشکی در گرجستان: موانع موجود و توصیه‌ها	Verulava and Jorbenadze, 2018	محققان، با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در گرجستان، نشان دادند که خط‌مشی‌ها و قوانین، حمایت دولت، هزینه‌ها، مشکلات مربوط به ظرفیت، و نیازهای درمانی جامعه محلی مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی در گرجستان است. چند راهکار از جمله خط‌مشی جدید برای فعالیت‌های ترویجی، اقدامات دولت برای تشویق سرمایه‌گذاری و مشارکت بین کسب‌وکارهای بخش اقامت و درمان پیشنهاد شده است.
موانع توسعه گردشگری پزشکی در یک مقصد: مطالعه کره جنوبی	Rokni et al., 2017	محققان به بررسی موانع توسعه گردشگری پزشکی در کره جنوبی پرداختند. یافته‌های تحقیق نشان داد کمبود تخصص نیروهای انسانی شاغل در بخش درمان، در زمینه ارتباطات فرهنگی، مهم‌ترین مانع توسعه گردشگری پزشکی در کره جنوبی است. نیاز به برنامه‌های ترویجی مناسب، خط‌مشی‌گذاری و قانون‌مندی‌سازی اقدامات از دیگر عوامل مؤثر شناخته شد.

<p>با استفاده از ابزار الماس مزیت و روش تحلیل محتوا، به بررسی وضعیت موجود گردشگری پزشکی در ایران پرداختند. یافته‌های آنان نشان داد ایران در زمینه زیرساخت‌های پایه و درمانی، حمایت‌های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی و هماهنگی بین‌بخشی در سطح کلان و ترفیع و بازاریابی با چالش روبه‌رو است.</p>	<p>دلگشایی و همکاران (۱۳۹۱)</p>	<p>وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه ایران</p>
<p>با تأکید بر خط‌مشی‌گذاری گردشگری سلامت در ایران، با استفاده از تحلیل مضمون متن قوانین و اسناد بالادستی، چالش‌های سیاست‌گذاری گردشگری سلامت را در ابعاد اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی، اداری و سیاسی طبقه‌بندی کردند و در هر طبقه، چالش‌ها را بر اساس سه مرحله اصلی سیاست‌گذاری یعنی تدوین، اجرا و ارزیابی مشخص نمودند.</p>	<p>واعظی، چگین و اصلی‌پور (۱۳۹۷)</p>	<p>چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون</p>
<p>پژوهش با هدف شناسایی نقاط ضعف در فرایند جذب و ارائه خدمات پزشکی و گردشگری سلامت به بیماران خارجی در شهر مشهد انجام شد. طبق نتایج، مهم‌ترین چالش‌های گردشگران خارجی عبارت‌اند از: ضعف در سیستم بازاریابی و اطلاع‌رسانی در فرایندهای پذیرش و درمان در مشهد، ضعف سیستم پذیرش الکترونیکی بیماران، نحوه پرداخت هزینه‌ها و ضعف سیستم مبادلات مالی در بیمارستان‌ها، نبود پشتیبانی زبان‌های خارجی، فقدان بسته‌های کامل گردشگری سلامت، مشکلات مربوط به فرایندهای اخذ ویزا و حمل‌ونقل درون‌شهری.</p>	<p>ملکی و توانگر (۱۳۹۴)</p>	<p>بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی</p>
<p>به‌علت تمایل به توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل و با توجه به مشکلات متعدد در این حوزه، محققان به بررسی موانع توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل پرداختند. مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی اردبیل در حوزه‌های سیستم‌های اطلاعاتی و بازاریابی، خط‌مشی و قوانین، زیرساخت‌ها، توسعه محصول، کیفیت خدمات، نگرش مدیران، نیروی انسانی، عوامل اجتماعی-فرهنگی و اقتصادی مشاهده شدند.</p>	<p>نعمتی، ابراهیم‌پور، بابائی و عباسقلی‌زاده (۱۳۹۵)</p>	<p>ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل)</p>
<p>مطالعه با هدف شناسایی موانع توسعه گردشگری سلامت استان یزد انجام شد و تحلیل داده‌های مصاحبه با خبرگان نشان داد که بالابودن هزینه‌ها، قوانین و مقررات سخت و دشوار، نیازهای درمانی جامعه محلی، کمبود نیروی انسانی و تبلیغات محدود جزو مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری سلامت در استان یزد است.</p>	<p>عزیزی و زاهدی (۱۳۹۴)</p>	<p>شناسایی و ارزیابی موانع توسعه گردشگری سلامت در استان یزد</p>
<p>در این مقاله، بیمارستان‌ها بر اساس چهار شاخص میانگین دما، تراکم بیمارستان، بزرگی بیمارستان و تراکم جمعیت بررسی شد</p>	<p>فریدی ماسوله</p>	<p>ارزیابی استان‌ها برای گردشگری پزشکی با</p>

و نگرشی کلی از شرایط موردنیاز این حوزه از گردشگری و همچنین وجود این امکانات و ارتباط آن با تراکم جمعیت استان به دست آمد. نتایج نشان داد که بیشتر استان‌های شمال و شمال غربی و استان خراسان در شرق و چهارمحال و بختیاری در جنوب غربی حائز بیشترین امتیازات از نظر شاخص‌های مذکور برای توسعه گ. پ شدند	(۱۳۹۵)	استفاده از نرم‌افزار Arc GIS (مطالعه موردی: کشور ایران).
هدف از پژوهش سنجش میزان اهمیت عوامل مؤثر بر انتخاب مشهد به عنوان مقصد گردشگری پزشکی از دیدگاه گردشگران داخلی است. بر اساس یافته‌ها، «تسهیلات و تجهیزات درمانی»، «تخصص و مهارت پزشکان و کارکنان درمانی»، «تسهیلات مسافرتی و گردشگری» و «مقرون‌به‌صرفه بودن هزینه‌ها» مهم‌ترین عوامل اند.	کرمی و همکاران (۱۳۹۵)	شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی با تأکید بر گردشگران داخلی (نمونه مورد مطالعه: شهر مشهد).

مرور ادبیات و پیشینه تحقیقات گردشگری پزشکی نشان داد که پژوهش‌های موجود توسعه گردشگری پزشکی را کمتر در سطح ملی و به‌طور جامع مطالعه کرده‌اند و غالباً به جنبه‌های ارائه خدمات یا بررسی موانع و راهکارهای توسعه در شهر و استان پرداخته‌اند. صاحب‌نظران معتقدند به مطالعاتی که با نگاه کلان توسعه گردشگری پزشکی را در یک کشور و در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرایی بررسی کنند، نیاز بیشتری وجود دارد (Rokni et al., 2017). با توجه به خلأ موجود، در این پژوهش سعی شده موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران از جنبه‌های مختلف، اعم از سیاست‌گذاری، اجرا و بازارهای موردنظر، بررسی شود. انتظار می‌رود نتایج حاصل از این پژوهش درک روشنی از موانع و مشکلات توسعه گردشگری پزشکی از جنبه‌های گوناگون در ایران ارائه دهد؛ به تقویت گفتمان علمی مربوط به توسعه گردشگری پزشکی در مطالعات دانشگاهی کمک کند و همچنین دستاوردهای مناسبی برای مسئولان توسعه گردشگری پزشکی در جهت شناخت وضعیت موجود این صنعت در ایران به ارمغان آورد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل مضمون مبتنی بر مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام شده است.

جامعه مدنظر این پژوهش شامل خط‌مشی‌گذاران، استادان دانشگاه، پژوهشگران و خبرگان فعال در زمینه گردشگری پزشکی ایران در بخش‌های خصوصی و دولتی است که سوابق آموزشی و پژوهشی، اجرایی و فعالیت در عرصه گردشگری پزشکی دارند. در این پژوهش، برای انتخاب نمونه از ترکیب روش‌های هدفمند قضاوتی و روش گلوله‌برفی، که روشی غیراحتمالی است، استفاده شده است. به این صورت که مصاحبه با افرادی که جزو خبرگان این حوزه هستند و معیارهای لازم را دارند آغاز شده و

سپس درخواست شده که سایر صاحب‌نظران در این زمینه را معرفی نمایند. نمونه‌گیری بر اساس دو معیار اشباع داده‌ها و اشباع نظری ادامه یافته است. اشباع داده‌ها نشان می‌دهد که داده‌ها و شواهد لازم را در حد کفایت در دست داریم و پس از اکتشاف، آنچه در دفعات مکرر می‌بینیم نتیجه جدیدی در پی ندارد (فراست‌خواه، ۱۳۹۵). همچنین، اشباع (کفایت) نظری به حالتی اشاره دارد که در آن داده بیشتری یافت نمی‌شود که پژوهشگر به وسیله آن بتواند ویژگی‌های مقوله را ارتقا دهد (دانایی‌فرد و امامی، ۱۳۸۶). به این ترتیب، فراگرد انتخاب افراد، انجام مصاحبه و تحلیل داده‌های گردآوری شده تا رسیدن به اشباع ادامه یافته و تعداد نمونه با شانزده مصاحبه‌شونده تکمیل شده است.

فرایند مصاحبه‌ها با کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی و شرح تجارب مصاحبه‌شونده آغاز شده و با استفاده از سؤالات باز ادامه یافته است؛ سؤالاتی از این دست: «وضعیت گردشگری پزشکی در ایران چگونه است؟»، «سیر تحول گردشگری پزشکی در ایران به چه صورت است؟»، «چه عواملی در شکل‌گیری شرایط موجود گردشگری پزشکی در ایران دخیل‌اند؟»، «مهم‌ترین موانع و چالش‌های توسعه گردشگری پزشکی در ایران کدام‌اند؟»، «نقش دست‌اندرکاران در حوزه‌های گردشگری، سلامت و تجارت در بخش‌های مختلف اعم از دولت، بخش خصوصی و غیردولتی در توسعه گردشگری ایران چیست؟»، «موانع سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری پزشکی ایران کدام‌اند؟»، «موانع مربوط به تجارت و صنعت گردشگری پزشکی در ایران کدام‌اند؟». با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط شده تا امکان مرور مجدد گفت‌وگوها فراهم باشد. همچنین در طی مصاحبه یادداشت‌برداری شده است. مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شده و متن آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفته است. مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش گزارش پژوهش در دوره زمانی اسفند ۱۳۹۶ تا تیر ۱۳۹۷ انجام گرفته است.

پژوهش با استفاده از تحلیل مضمون انجام شده است. تحلیل مضمون روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌هایی غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰). در این راستا شش گام برداشته شده که عبارت‌اند از: آشنایی با داده‌ها، ایجاد کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی و تعریف مجدد مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین و در نهایت تهیه گزارش و ترسیم نقشه پایانی مضامین (Braun and Clarke, 2006).

در مطالعات کیفی، روایی به میزانی اشاره دارد که مشاهده پژوهشگر توانسته پدیده مورد مطالعه را انعکاس دهد (فقیهی و معمارزاده، ۱۳۹۴). از آنجاکه استخراج یافته‌ها بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان در پژوهش (که از خبرگان گردشگری پزشکی در ایران بودند) و همچنین ادبیات پژوهش صورت گرفته، می‌توان گفت پژوهش از روایی لازم برخوردار است. به علاوه، مضامین احصاشده با اهداف و سؤالات پژوهش مرتبط است. از سوی دیگر، برای افزایش اعتبار و روایی پژوهش از روش بررسی‌های اعضا و بررسی زوجی استفاده شده است. در بررسی اعضا، نتایج به دست آمده از تحلیل مضمون در اختیار چند تن از مشارکت‌کنندگان در پژوهش قرار داده شد و از ایشان پرسیده شد که آیا نتایج به دست آمده را می‌پذیرند. در بررسی زوجی از یک ممیز هیئت علمی متخصص، که در زمینه تحقیق صاحب‌نظر بود، خواسته شد پژوهش را بررسی کند و بر یافته‌های به دست آمده یادداشت بگذارد و نظر

خود را بیان کند. همچنین مراحل انجام پژوهش و یافته‌ها با یک دانشجوی دکتری گردشگری مرور شد و به سؤالات وی درباره روش، معانی و تفاسیر موجود در پژوهش پاسخ داده شد. برای پایایی پژوهش از روش پایایی بازآزمون استفاده شده است. به این منظور، از میان مصاحبه‌ها دو مصاحبه انتخاب شده و در فاصله زمانی ده روز دوبار کدگذاری شده است. در هریک از مصاحبه‌ها، کدهای مشابه در دو کدگذاری به‌عنوان «توافق» و کدهای غیرمشابه به‌عنوان «عدم توافق» مشخص شده‌اند. محاسبه پایایی بین کدگذاری‌های صورت گرفته بر اساس روش هولستی انجام شده که فرمول آن عبارت است از (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰):

$$\text{درصد پایایی بازآزمون} = \frac{\text{تعداد توافقات} \times 2}{\text{تعداد کل کدها}} \times 100\%$$

نتایج دو بار کدگذاری دو مصاحبه در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، تعداد کل کدها در بازه زمانی مذکور ۴۷، تعداد کل توافق‌ها ۱۷ و پایایی بازآزمون بر اساس فرمول مذکور ۷۲ درصد است. با توجه به این‌که این میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است (Kvale, 1996)، قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۴: پایایی تحقیق

ردیف	کد مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد توافق‌ها	ضریب پایایی بازآزمون
۱	مصاحبه ۱	۲۵	۱۰	۸۰٪
۲	مصاحبه ۹	۲۲	۷	۶۳٪
	کل	۴۷	۱۷	۷۲٪

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل مضمون شامل مجموعه گسترده‌ای از روش‌ها و فنون است. در این مطالعه از روش شبکه مضامین استفاده شده است که بر اساس یک رویه مشخص، مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی متن)، مضامین سازمان‌دهنده (مضامین به‌دست‌آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه) و مضامین فراگیر (مضامین عالی دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به‌مثابه کل) را نظام‌مند می‌سازد (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰). رویه مذکور به این صورت اجرا شده که، با مطالعه عمیق متن مصاحبه‌ها، ابتدا عبارت‌های مهم متن به‌صورت کدهای اولیه طبقه‌بندی شدند. سپس کدهای مختلف در قالب مضامین مرتب و همه کدهای اولیه مرتبط با هریک از مضامین پایه شناسایی و گردآوری شدند. مضامین سازمان‌دهنده به نحوی در نظر گرفته شدند که به اندازه کافی کلان باشند، با کاهش داده‌ها به مجموعه‌ای از مضامین مهم و کلیدی مبین چکیده و خلاصه‌ای از متن اصلی باشند (همان).

در یک تقسیم‌بندی که براون و کلارک (2006) ارائه کردند، مضامین از نظر منشأ شناسایی به مضمون‌های داده‌محور و نظریه‌محور تقسیم می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر، مضامین یا الگوهای داده‌ها را می‌توان به روش استقرایی (مبتنی بر داده‌ها) و روش قیاسی (مبتنی بر نظریه) شناخت. در روش

استقرایی، مضامین شناخته با خود داده‌ها ارتباط بسیاری دارد و فرایند کدگذاری داده‌ها، بدون تلاش برای انطباق آن، با چارچوب از قبل تهیه‌شده‌ای صورت می‌گیرد. در روش قیاسی، پژوهشگر کدها را بر اساس نظریه مشخصی انتخاب می‌کند و علائم، شاخص‌ها و شواهدی را که با این نظریه حمایت می‌شوند، شناسایی و کدگذاری می‌کند (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش شناسایی مضامین به صورت داده‌محور انجام شده است. جدول ۵ چند نمونه از استخراج کد اولیه از داده‌ها و مضمون پایه مربوط را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نمونه استخراج کدهای اولیه از داده‌ها

شماره پاسخ‌گو	متن مصاحبه (داده)	کد اولیه	مضمون پایه
۲	مهم‌ترین جزء بسته محصول گ. پ خدمات درمانی است، و تصمیمات مهم گ. پ باید در حیطه اختیارات وزارت بهداشت باشد. اگر درمان نباشد، گردشگری پزشکی اصلاً شکل نمی‌گیرد. بنابراین، محور وزارت بهداشت است	ماهیت درهم‌تنیده محصول گ. پ	تداخل حوزه سیاستی گردشگری و سلامت
۱۲	گ. پ هم یک نوع سفر است و اقامت و حمل‌ونقل و... لازم دارد، بدون حمل‌ونقل و اقامت، بیمار جرأت نمی‌کند به سفر درمانی برود. بنابراین متولی اصلی سازمان گردشگری است.	ماهیت درهم‌تنیده محصول گ. پ	تداخل حوزه سیاستی گردشگری و سلامت
۱۰	وزارت بهداشت برای تعیین بیمارستان‌های مجاز به ارائه خدمات گ. پ، دستورالعمل IPD تنظیم کرد، ولی شرایط احراز قیدشده در این دستورالعمل مرتب عوض شد.	بی‌ثباتی و ضعف مجوزهای ورود به صنعت	ضعف نظارت و پایش

یافته‌ها

بر اساس تحلیل مضمون دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان، موانع توسعه گردشگری پزشکی ایران در قالب ۶۰ کد اولیه، ۱۲ مضمون پایه و ۳ مضمون سازمان‌دهنده شناسایی شده است (جدول ۶). ابتدا یافته‌های مربوط به موانع توسعه گردشگری پزشکی به تفکیک بررسی شده و در نهایت شبکه مضامین پژوهش شامل کلیه مضامین پایه و سازمان‌دهنده ارائه شده است (شکل ۱). مطابق جدول ۶، موانع توسعه گردشگری پزشکی ایران با مضامین سازمان‌دهنده «مشکلات نظام اداری و خط‌مشی‌گذاری»، «مشکلات زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی» و «مشکلات مربوط به بازارهای هدف گردشگری پزشکی» دسته‌بندی شده‌اند.

جدول ۶: احصای مضامین سازمان دهنده از مضامین پایه (مشکلات توسعه گردشگری پزشکی در ایران)

مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه	کد اولیه	
مشکلات نظام اداری و خطمشی گذاری	ضعف‌های نظام اداری	ناآگاهی سیاست‌گذاران و مدیران ارشد درباره مشکلات و فرصت‌های گ. پ ایران	
		فقدان اراده و انسجام جدی در حاکمیت برای توسعه گ. پ	
		ضعف ساختاری و ناکارآمدی نهاد تصمیم‌گیرنده	
		فقدان خطمشی گذاری فعالانه، فقدان الگوی جامع خطمشی گذاری و خطمشی مدون گ. پ (ضعف سیاست گذاری)	
		فقدان برنامه راهبردی و برنامه عملیاتی در حوزه گ. پ (سطح برنامه‌ریزی و پشتیبانی)	
		بی‌ثباتی در قوانین و آیین‌نامه‌های موجود در حوزه گ. پ (سطح اجرا)	
		عدم تخصیص بودجه و سایر منابع به توسعه گ. پ	
	مسائل ناشی از تداخل حوزه سیاستی گردشگری و سلامت	ماهیت درهم‌تنیده محصول گ. پ	
		ابهام و نبود تفاهم بر سر اختیارات و وظایف نهادهای ذی‌ربط	
		جزیره‌ای عمل کردن و نبود هماهنگی بین نهادهای ذی‌ربط	
		متولی نامشخص و فقدان اراده واحد	
	ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی	مانع‌تراشی و حمایت نکردن دولت از بخش خصوصی فعال در گ. پ	
		اقتصاد دولتی، تضعیف توان عملیاتی و قدرت رقابتی بخش خصوصی	
		رقابت ناسالم شرکت‌های دولتی و شبه‌دولتی با بخش خصوصی	
	ضعف نظام آماری و اطلاعات	کمبود اطلاعات و آمار لازم برای تدوین و ارزیابی خطمشی	
		آمارهای متناقض و فقدان آمار و اطلاعات دقیق و به‌روز	
		بی‌انگیزگی فعالان عرصه گ. پ برای اعلام آمار دقیق بیماران خارجی و...	
		ضعف در زیرساخت‌ها و فرایندهای اطلاع‌رسانی به بازارهای هدف	
	ضعف نظارت و پایش	فقدان استانداردهای خدماتی و تعرفه‌ای برای نظام گ. پ	
		ضعف سازوکارهای تنبیهی برای متخلفان در نظام گ. پ	
		بی‌ثباتی و ضعف در شرایط اخذ مجوز رسمی فعالیت در زنجیره ارائه خدمات گ. پ	
		عدم طراحی نظام ارائه خدمت قابل نظارت و قابل حمایت برای گ. پ	
		تأثیر منفی بر نظام سلامت داخلی به سبب نبود مدیریت گ. پ خارجی	
	مشکلات زنجیره ارائه خدمات	ضعف فرایند ارائه خدمت در	عدم شناسایی دقیق نیازهای بیمار خارجی و تعامل مناسب با او قبل، حین و پس از سفر

گردشگری پزشکی	زنجیره خدمات گردشگری پزشکی	ناآگاهی ارائه‌دهندگان خدمات و ورود افراد غیرمتخصص و فاقد صلاحیت به این حوزه
		ضعف فرایندها و استانداردهای ارائه خدمات در مراکز درمانی
		ضعف سازوکارهای بیماریابی و هدایت بیمار
		فقدان دانش تخصصی پزشکی در راهنمایان گ. پ
		ضعف فالوآپ و خدمات پس از درمان
		مشکلات مربوط به ویزای درمانی
		ناکارآمدی و ضعف همکاری بین حلقه‌های زنجیره خدمات گ. پ
		خلاً قوانین حمایت‌کننده از فعالان سیستم ارائه خدمات گ. پ
		فقدان عوامل انگیزاننده کافی برای ثبت رسمی فعالیت در زنجیره ارائه خدمات
فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گ. پ	حمایت نکردن دولت از واحدهای رسمی و مانع‌تراشی برای آنها	
	مطب‌محوری به جای محوریت مراکز درمانی قابل نظارت	
	دلالت‌محوری و ضعف عملکرد تسهیل‌گران پزشکی قابل نظارت	
	جایگاه ضعیف ایران در رتبه‌بندی‌های بین‌المللی مقصدهای گ. پ	
ضعف رقابت‌پذیری خدمات گ. پ ایران در بازارهای بین‌المللی	بهای تمام‌شده زیاد خدمات بسته گ. پ (درمان، اقامت، حمل‌ونقل و...) در ایران	
	افت رقابت‌پذیری قیمتی و نامتوازنی قیمت و کیفیت در مقایسه با رقبا	
	منفعت‌طلبی و نگاه کوتاه‌مدت فعالان گ. پ ایران به فرصت‌های موجود در بازار	
	برخوردار نبودن مراکز درمانی از اعتبارنامه‌های بین‌المللی	
	ضعف عرضه‌کنندگان در بهره‌برداری مناسب از اینترنت و فضای مجازی	
	ضعف در زیرساخت‌های نقل‌وانتقال پول	
	ضعف در قابلیت انتقال بیمه و ارائه پوشش‌های رقابتی بیمه	
موانع سرمایه‌گذاری	افت انگیزه سرمایه‌گذاری به سبب نرخ رشد پایین صنعت در ایران و اطمینان نداشتن به بازده سرمایه‌گذاری	
	بی‌ثباتی درآمدهای گ. پ (تعداد بیماران خارجی ورودی) در ایران	
	بهره‌نبردن مراکز ارائه‌دهنده خدمات از درآمدهای گ. پ (سهام بالای دلان)	
	زمان‌بر و هزینه‌بر بودن ساخت و ارتقای مراکز درمانی بر اساس استانداردهای بین‌المللی	
	کمبود مشوق‌های سرمایه‌گذاری در گ. پ	
	موانع جذب سرمایه‌گذاری خارجی	

مشکلات بازاریابی	مشکلات مربوط به رضایت بیماران	نارضایتی بیمار خارجی از بسته گ. پ در ایران
		بی‌اعتمادی بازارهای هدف به خدمات گ. پ در ایران
		مشکلات بیمار خارجی در طرح شکایات و پیگیری حقوق و مطالبات
		افزایش آگاهی‌های عمومی و سطح انتظارات بیماران خارجی از خدمات گ. پ
		مشکلات فرهنگی و ارتباطی بیمار خارجی
	مشکلات برندسازی و تبلیغات	ضعف در برندسازی ایران به‌عنوان مقصد و تصویر منفی ایران در بازارهای خارجی
		ضعف کسب‌وکارهای گ. پ ایران در زمینه بازاریابی و تبلیغات بین‌المللی
		فقدان سیستم مناسب ارتباط با مشتری در زنجیره ارائه خدمت گ. پ ایران
	مسائل بهبود جایگاه رقابتی	توسعه و بهبود نظام سلامت در کشورهای گردشگرفرست
		افزایش توان رقابتی رقبا و ظهور رقبا جدید

مشکلات نظام اداری و خط‌مشی‌گذاری

بخش عمده‌ای از موانع شناسایی‌شده در این مطالعه به نظام اداری و خط‌مشی‌گذاری ارتباط دارد. نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر آن است که گردشگری پزشکی ایران از نظر نظام اداری و تصمیم‌گیری با موانع زیادی مواجه است و مشکلات این بخش بر کلیت توسعه گردشگری پزشکی تأثیرات غیرقابل‌انکاری دارد. نبود عزم و اراده جدی حاکمیت برای توسعه این صنعت، فقدان خط‌مشی منسجم و تخصیص نیافتن بودجه و منابع از مهم‌ترین موانعی است که مشارکت‌کنندگان در این زمینه اظهار کرده‌اند. در این باره یکی از مشارکت‌کنندگان پژوهش چنین بیان کرده: «...فرمول‌های توسعه این صنعت مشخص‌اند، اما دولت اراده‌ای برای حل این مسئله ندارد. ما اصلاً خط‌مشی نداریم. ضمناً حمایت هم لازم است. تا به حال از طرف دولت برای گردشگری سلامت سرمایه‌گذاری نشده، بودجه تخصیص داده نشده و تسهیلاتی برای بیمارستان‌ها در نظر گرفته نشده است...»

دسته‌ای دیگر از موانع ناشی از تداخل حوزه‌های سیاستی گردشگری و سلامت است. گردشگری پزشکی بسته محصولی است که شامل مجموعه‌ای از خدمات از جمله حمل‌ونقل، ویزا، اقامت و درمان می‌شود. خدماتی که به حوزه‌های سیاستی متنوعی مربوط است و مهم‌ترین آن‌ها گردشگری و سلامت است. اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که پیچیدگی محصول گردشگری پزشکی باعث شده تصمیم‌گیرندگان ارشد دربارهٔ اختیارات و وظایف نهادهای ذی‌ربط اختلاف‌نظرهای زیادی داشته باشند و این موضوع تصمیم‌گیری و اجرای برنامه‌های توسعه در سطوح مختلف را مختل کرده است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص گفته: «...موفقیت در این شرایط پیچیده مستلزم این است که

ارگان‌های ذی‌ربط بر نقش و مسئولیت یکدیگر تفاهم داشته باشند. مثلاً وقتی وزارت بهداشت نقش من گردشگر را به رسمیت نمی‌شناسد یا برعکس، چه تفاهمی ممکن است وجود داشته باشد؟ دولت می‌خواهد در این شرایط برای بقیه ریل‌گذاری کند که بخش خصوصی فعال شود؟ طبیعتاً نمی‌شود.»

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ضعف همکاری بین بخش خصوصی و دولتی یکی از موانع اثرگذار بر توسعه گردشگری پزشکی است. اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که رویکرد دولت در قبال بخش خصوصی نه تنها حمایتی نیست، بلکه موانعی نیز برای آن ایجاد کرده است. از جمله، فرایندهای طولانی اخذ مجوز یا ورود شرکت‌های شبه‌دولتی به عرصه گردشگری پزشکی، با استفاده از امکانات و امتیازات خاصی که دارند، شرایط فعالیت را برای شرکت‌های خصوصی دشوارتر می‌کنند.

ضعف نظام آماری یکی از مشکلات اساسی مدیریت گردشگری ایران است و گردشگری پزشکی نیز از این قاعده مستثنا نیست. بدون آمار و اطلاعات صحیح، قابل‌اتکا و به‌روز، امکان برنامه‌ریزی و کنترل وجود ندارد. پاسخ‌دهندگان معتقدند، به‌علت فقدان حمایت کافی دولت از شرکت‌های فعال در گردشگری پزشکی، فعالان این حوزه انگیزه کافی برای اعلام آمارهای رسمی ندارند. هنگامی که آمار دقیقی از تعداد گردشگران پزشکی ورودی، خدمات خریداری‌شده، هزینه‌های پرداختی ایشان، نرخ ناراضی‌آنان و... در دست نباشد، نمی‌توان برنامه‌ریزی دقیق داشت.

ضعف پایش و نظارت یکی دیگر از مشکلات نظام اداری گردشگری پزشکی ایران است که سبب شده تدوین و ارزیابی برنامه ممکن نباشد. مشارکت‌کنندگان فقدان طراحی و مدیریت یک سیستم قابل‌حمایت و قابل‌نظارت، خلأهای موجود در استانداردهای خدماتی و تعرفه‌ای گردشگری پزشکی ایران، و بی‌ثباتی در شرایط لازم برای اخذ مجوزهای رسمی را جزو موانع مهم در این زمینه می‌دانند که سبب بلا تکلیفی واحدهای فعال و همچنین تضعیف سازوکارهای نظارتی در گردشگری پزشکی ایران شده است. همچنین به‌علت فقدان نظارت کافی، بهره‌مندی بیماران داخلی از حقوق شهروندی در حوزه سلامت و درمان کاهش می‌یابد. در این باره یکی از مشارکت‌کنندگان چنین گفته: «ضعف‌های قانونی زیادی داریم، مثلاً قانون برای کنترل دلالت‌هایی که مافیای ویزا تشکیل داده‌اند یا دلالت‌هایی که به‌صورت غیررسمی بیمار را به مراکز درمانی و حتی مطب‌های شخصی بدون استانداردهای لازم می‌برند، هیچ پیش‌بینی مشخصی ندارد و متأسفانه نظارتی وجود ندارد!»

مشکلات زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی

تحلیل دیدگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که فرایند ارائه خدمات گردشگری پزشکی در ایران، در مراحل قبل از سفر (زمانی که بیمار خارجی در منزل خود درصدد تصمیم برای سفر درمانی است)، حین سفر (سفر درمانی و اقامت در ایران) و پس از سفر (بازگشت به منزل) مشکلات بسیاری دارد. مشارکت‌کنندگان بر این نظر بودند که بخش‌های گوناگون این صنعت از جمله مراکز درمانی، تسهیل‌گران پزشکی، راهنمایان تور، حمل‌ونقل و اقامت نقایص زیادی در ارائه خدمت به بیمار خارجی دارند و این موضوع، تجربه بسیاری از بیماران خارجی از سفر به ایران، که محصول کلیدی در

گردشگری پزشکی است، را مخدوش کرده و سبب افت قدرت رقابتی و سهم بازار ایران شده است. یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که پاسخ‌دهندگان تأکید بسیاری بر آن داشتند، حجم زیاد فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در این حوزه است که مسائل متعددی ایجاد کرده است. از جمله این که فعالیت زیرزمینی دلال‌ها، به‌عنوان عوامل اصلی هدایت بیمار، صدمات جدی به سودآوری شرکت‌های تسهیل‌گر پزشکی وارد کرده و موارد متعددی از تضییع حقوق بیماران خارجی مشاهده شده است. مشارکت‌کنندگان در پژوهش یکی از عوامل اصلی شکل‌گیری فعالیت‌های زیرزمینی را فقدان عوامل انگیزاننده کافی برای ثبت رسمی فعالیت‌ها و همچنین مشکلات متعدد فعالیت در واحدهای رسمی عنوان کرده‌اند. در این خصوص به گفته‌های یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره می‌شود: «...بازار ما به‌جای بیمارستان‌محوری و شرکت تسهیل‌گر محوری به‌سمت دلال‌محوری و پزشک‌محوری رفته است. علت افزایش دلالی این است که انگیزه کافی برای فعالیت قانونی و رسمی وجود ندارد. دولت هیچ حمایت خاصی برای تسهیل‌گر در برابر دلال قائل نیست؛ در مراکز درمانی هم همین‌طور. به همین سبب دلال‌ها و مطب‌ها گسترش یافته‌اند که به نارضایتی بیمار خارجی و واحدهای رسمی منجر شده است...»

یکی دیگر از مشکلات گردشگری پزشکی در ایران افت رقابت‌پذیری خدمات این حوزه در بازارهای بین‌المللی است که بنا بر اظهارات مشارکت‌کنندگان به عللی همچون زیادبودن بهای تمام‌شده خدمات، فقدان توازن قیمت - کیفیت، سودطلبی و نگاه کوتاه‌مدت به‌وجود آمده است. مشارکت‌کنندگان پوشش‌های بیمه‌ای مخصوص گردشگری پزشکی و اعتبارنامه‌های بین‌المللی را نوعی مزیت رقابتی می‌دانند.

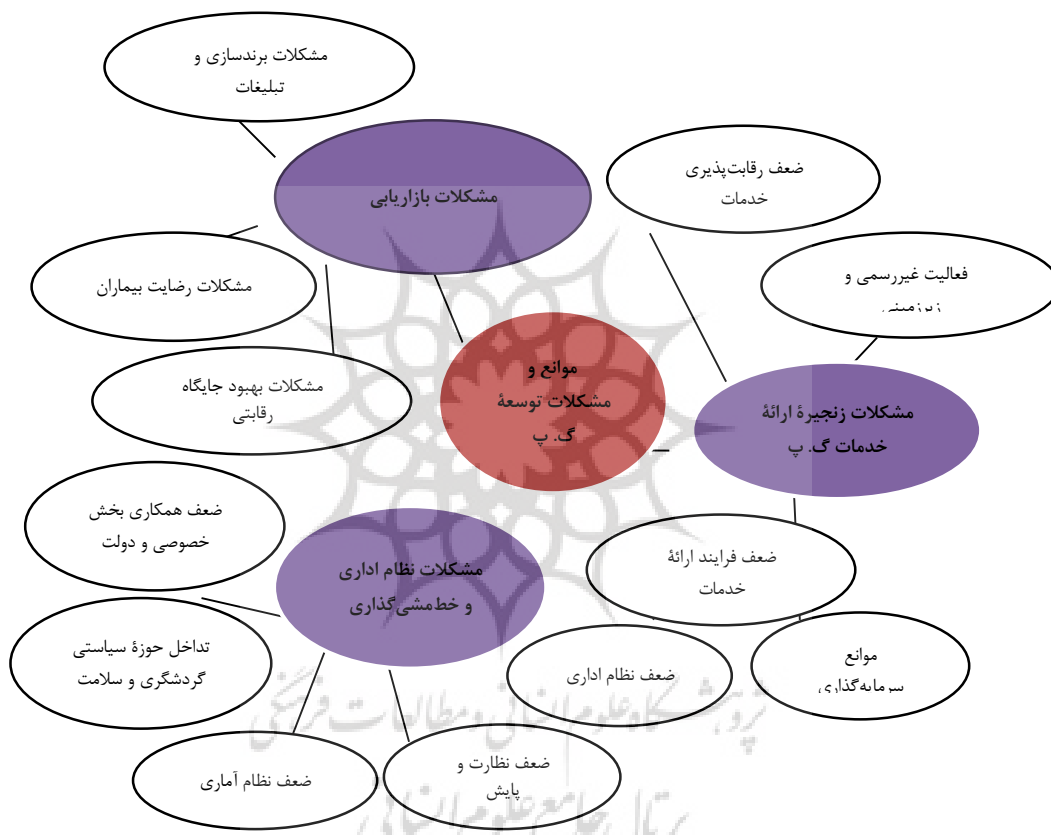
بنا بر دیدگاه مشارکت‌کنندگان، با وجود رشد پرشتاب گردشگری پزشکی در جهان، سهم ایران از این بازار طی سال‌های اخیر کاهش یافته و این موضوع تأثیر منفی بر تمایل به سرمایه‌گذاری در این حوزه گذاشته است. بازده نامطمئن، دوره بازگشت سرمایه طولانی، کمبود مشوق‌های سرمایه‌گذاری، سهم زیاد دلال‌ها و زیادبودن درآمد پزشکان نام‌دار (که سرمایه‌گذاران اصلی در مراکز درمانی‌اند) از محل درمان بیماران داخلی، سرمایه‌گذاری در این بخش و توسعه آن را با مشکل مواجه کرده است.

مشکلات مربوط به بازارهای هدف گردشگری پزشکی

یکی از مشکلات بسیار مهم گردشگری پزشکی در ایران تعامل نامناسب با بیماران خارجی است. دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که مواردی همچون برخوردهای ناشایست، خدمات نامناسب مراکز درمانی، ممکن‌نبودن طرح و پیگیری شکایات، کلاهبرداری و... تأثیر منفی بر رضایت، وفاداری و اعتماد بیمار خارجی داشته و در طی زمان به کاهش سهم بازار ایران منجر شده است. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه گفته است: «...شأن بیمار رعایت نمی‌شود، اتفاقات ناگواری برایشان روی می‌دهد، مثلاً با افرادی که از مرزهای زمینی می‌آیند رفتارهای نامناسب و زشتی می‌شود. قیمت‌های زیاد و خدمات نامناسب موجب شده آنان ناراضی به کشورشان بازگردند...»

ضعف در بازاریابی و تبلیغات نیز یکی دیگر از مشکلات این حوزه است. پاسخ‌دهندگان بر این

نظرند که تصویر منفی ایران در بازارهای جهانی تأثیر سوئی بر جذب گردشگران خارجی از جمله در گردشگری پزشکی دارد. علاوه بر این، شرکت‌ها و بنگاه‌های فعال در گردشگری پزشکی، ضمن ضعف در تبلیغات، ارتباط مناسبی با بیمار خارجی برقرار نمی‌کنند. در این زمینه می‌توان به اظهارات یکی از پاسخ‌دهندگان اشاره نمود: «...مرتب از ایران در جهان اخبار منفی به گوش می‌رسد. گردشگری به‌طور کلی و گردشگری سلامت به‌طور خاص لطمه دیده است. گردشگر سفر می‌کند تا بهبود یابد و نمی‌خواهد با نگرانی بیاید. علاوه بر این، شرکت‌های گردشگری سلامت هم سیستم ارتباط با مشتری منظمی ندارند و در زمینه تبلیغات بسیار ضعیف عمل می‌کنند...».



شکل ۱: شبکه مضامین موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از شناسایی سه دسته از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در ایران است. دسته نخست، مشکلات نظام اداری و خط‌مشی‌گذاری، دربردارنده عواملی است که از نظر خط‌مشی‌گذاری و اداره امور بر توسعه گردشگری پزشکی کشور تأثیرگذار است. مهم‌ترین موانع در این بخش عبارت‌اند از ضعف‌های نظام اداری، مسائل ناشی از تداخل حوزه‌های سیاستی گردشگری و

سلامت، ضعف همکاری بین بخش خصوصی و دولت، ضعف نظام آماری و اطلاعاتی و ضعف نظارت و پایش. هم‌سو با این پژوهش، پوکوک و فوا (2011)، در بررسی حوزه‌های سیاستی مهم در گردشگری پزشکی، به تأثیر حاکمیت و تنظیم مقررات و رابطه میان بخش خصوصی و دولتی اشاره نمودند. جانستون و همکاران (2016) نیز یکی از مسائل مهم در توسعه گردشگری پزشکی را ضعف برنامه‌ریزی در سطوح مختلف عنوان کردند. در حوزه مطالعات داخلی، واعظی و همکاران (۱۳۹۷) مشکلات اداری سیاست‌گذاری گردشگری سلامت را در قالب مواردی همچون موازی‌کاری دستگاه‌ها و نهادهای مسئول، نیاز به الگوی جامع خط‌مشی‌گذاری، نامناسب بودن جایگاه گردشگری سلامت در قوانین بالادستی و متناسب نبودن اقدامات انجام‌شده با اهداف تعیین‌شده مطرح نمودند. یافته‌های این بخش از پژوهش هم‌سو با نتایج پژوهش دانایی‌فرد و همکاران (۱۳۹۱) است که بر نقش تنظیمی دولت در برنامه‌ریزی ملی گردشگری، اصلاحات اداری، تأسیس مراکز حمایتی تأکید می‌کنند. هرچند در این پژوهش، بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان، یکی از موانع مهم توسعه گردشگری پزشکی ایران فقدان اراده و انسجام جدی در حاکمیت برای توسعه گردشگری پزشکی عنوان شده است، اما مطالعه شالبافیان (۱۳۹۲) نشان داد که توفیق نیافتن در عرصه گردشگری در مقطع کنونی را نمی‌توان معلول نگرش منفی و تمایل نداشتن حاکمیت به توسعه گردشگری قلمداد کرد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، درخصوص مشکلات نظام اداری پیشنهاد می‌شود کمیته‌ای فراسازمانی متشکل از نمایندگان سازمان‌های کنش‌گر، با اشراف بر قوانین و جزئیات ساختاری هر یک از سازمان‌ها، به طراحی سازوکارهایی به‌منظور تقویت هماهنگی اقدام کنند. همچنین ترتیبی اتخاذ شود که نهاد هماهنگ‌کننده گردشگری پزشکی برخوردار از ثبات و انسجام و الزام قانونی شود و اراده واحدی بر آن حاکم شود. نمایندگانی از بخش خصوصی نیز در این نهاد عضویت داشته باشند تا بتوانند مشکلات اجرایی گردشگری پزشکی را بهتر منعکس کنند و مسائل را پیگیری نمایند. همچنین تدوین خط‌مشی گردشگری پزشکی ذیل خط‌مشی گردشگری سلامت و اختصاص بودجه و منابع لازم در دستور کار قرار گیرد. تقویت نظام جمع‌آوری آمار و اطلاعات، به‌عنوان یکی از ضروریات تدوین و ارزیابی خط‌مشی، باید مورد توجه جدی مسئولان قرار گیرد. همچنین سازوکارهای نظارتی دقیق سبب کاهش دلالی و فعالیت‌های زیرزمینی شود که بهبود رضایت بیماران خارجی، ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری پزشکی و سایر ذی‌نفعان را به‌همراه خواهد داشت.

دسته دوم از مشکلات توسعه گردشگری پزشکی در ایران مربوط به زنجیره ارائه خدمات است که با موانعی همچون ضعف فرایند ارائه خدمات، فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی ایران، ضعف رقابت‌پذیری و موانع سرمایه‌گذاری شناسایی شده است. هم‌راستا با یافته‌های این پژوهش، واعظی و همکاران (۱۳۹۷) در قالب چالش‌های گردشگری سلامت مواردی همچون زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها برای فرار مالیاتی، توان اندک مراکز درمانی در خرید تجهیزات، ضعف تسهیلات صدور ویزای درمانی و افزایش فعالیت‌های دلالی در ارائه خدمات درمانی را مطرح نمودند. تقی‌زاده یزدی و برازنده (2017) نیز بیان کردند که گردشگران خارجی کیفیت خدمت را مهم‌ترین عامل می‌دانند.

بر اساس یافته‌های پژوهش در این بخش، با توجه به این‌که فعالیت‌های دلالی و کاسب‌کارانه یکی از مهم‌ترین معضلات مدنظر پاسخ‌دهندگان بود، پیشنهاد می‌شود ضمن تدوین استانداردهای دقیق و منطقی برای واحدهای فعال در گردشگری پزشکی، سازوکارهای نظارتی و حمایتی کارآمد و مؤثری طراحی شود تا، ضمن اعمال نظارت دقیق بر واحدهای ارائه‌دهنده خدمات، مسائل آن‌ها قابل پیگیری و مدیریت باشد.

دسته سوم از مشکلات گردشگری پزشکی ایران به بازارهای هدف ارتباط دارد. مضمون تعامل نامناسب با بیمار خارجی در این پژوهش در مطالعه واعظی و همکاران (۱۳۹۷) درباره مشکلات اجتماعی و فرهنگی گردشگری سلامت در ایران تأیید شده است. همچنین حسینی و اسعدی (۱۳۹۳) نیز بیان کردند که موانع ارتباطی، از جمله نبود شناخت، تفاوت زبان، تفاوت فرهنگی، نبود اعتماد، تعصب و برخورد کلیشه‌ای، در گردشگری پزشکی ایران بسیار مؤثرند.

براین اساس، پیشنهاد می‌شود توانمندسازی نیروی انسانی فعال در گردشگری پزشکی ایران در خصوص برقراری تعاملات مناسب، طراحی سازوکارهای دقیق برای پیگیری حقوق بیمار خارجی و حمایت از آن، طراحی سیستم‌های ارتباط با مشتری در واحدهای ارائه‌دهنده خدمت، و اخذ گواهی‌نامه‌های بین‌المللی برای جلب اعتماد بیماران خارجی مدنظر قرار گیرد.

ضعف در بازاریابی و تبلیغات نیز یکی دیگر از مضامین این دسته است که راهکار بازاریابی کلان مقصد گردشگری پزشکی برای آن مطرح شده است. در این خصوص، گنگولی و ابراهیم راهبردهای بازاریابی و برندسازی را یکی از پیش‌برنده‌های مهم گردشگری پزشکی معرفی کرده‌اند. در حوزه مطالعات داخلی نیز، تحقیق رهبری و اخوان بهبهانی (۱۳۸۹) هم‌سو با یافته‌های این پژوهش نشان داد که ایران به‌عنوان مقصد گردشگری پزشکی با مسائلی از جمله نبود تحقیقات بازاریابی خارجی، فقدان سیستم تبلیغات برون‌مرزی، شناخت ناکافی از بازارهای هدف و کمبود و ضعف نهادهای بازاریاب مواجه است.

بر اساس یافته‌های پژوهش در این بخش، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های بازاریابی و برندسازی مقصد با هدف بهبود تصویر ایران در بازارهای بین‌المللی مورد توجه جدی قرار گیرد. در این زمینه، ضمن تخصیص بودجه و طراحی برنامه‌های هوشمندانه با اتکا به دانش بومی موجود، می‌توان از ظرفیت سفارت‌خانه‌های ایران در سایر کشورها به‌طور فعال‌تری بهره برد. همچنین توصیه می‌شود انجام تحقیقات نظام‌مند و هدفمند در حوزه بازار در دستور کار قرار گیرد.

منابع

- ابوالحسنی، نازنین (۱۳۹۳). «جنبه‌های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی». *فصلنامه اخلاق زیستی*، سال چهارم، شماره ۱۲، صص ۸۱-۱۰۰.
- جباری، علیرضا (۱۳۸۷). *طراحی الگوی گردشگری پزشکی ایران*. رساله دکتری تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، تهران.
- جباری، علیرضا، فردوسی، مسعود، کیوان‌آرا، محمود، آقارحیمی، زهرا (۱۳۹۱)، «تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای مؤثر در شهر اصفهان». *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۹، شماره ۶، صص ۸۷۸-۸۸۶.
- حسینی، مهدی و اسعدی، محمود (۱۳۹۳). «بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران». *فصلنامه بیمارستان*، دوره ۱۳، شماره ۱، صص ۷۹-۸۹.
- دانایی‌فرد، حسن، جاوید، سید داریوش و فانی، علی‌اصغر (۱۳۹۱). «ارتقای ظرفیت گردشگری جمهوری اسلامی ایران: تحلیلی بر ابزارهای خط‌مشی‌گذاری ملی گردشگری». *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری*، سال هفتم، شماره ۱۹، صص ۱-۲۴.
- دانایی‌فرد، حسن و امامی، سید مجتبی (پاییز و زمستان ۱۳۸۶). «استراتژی‌های پژوهش کیفی: تأملی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد». *اندیشه مدیریت*، سال اول، شماره ۲، صص ۶۹-۹۷.
- دلگشایی، بهرام، جباری، علیرضا، فرزین، محمدرضا، شعربافچی‌زاده، نسرین، طیبی، سید جمال‌الدین (۱۳۹۱). «وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران». *فصلنامه پایش*، دوره ۱۱، شماره ۲، صص ۱۷۱-۱۷۹.
- رهبری، مریم، اخوان بهبهانی، علی (۱۳۸۹). «نگاهی به وضعیت گردشگری سلامت در ایران و جهان». مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. دفتر مطالعات اجتماعی.
- شالباغیان، علی‌اصغر (۱۳۹۲). «گردشگری از نگاه مقام معظم رهبری». مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. دفتر مطالعات فرهنگی (گروه میراث فرهنگی و گردشگری).
- شالباغیان (۱۳۹۴). *گردشگری سلامت در رویکردی جامع*. تهران: انتشارات مهکامه.
- صدرممتاز، ناصر، آقارحیمی، زهرا (۱۳۸۹). «صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه». *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۷، صص ۵۱۶-۵۲۴.
- طباطبایی‌نسب، سید محمد، نوری، ابوالفضل، محمدنبی، زهره، حشمتی، فرزانه (تابستان ۱۳۹۳). «گونه‌شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی». *فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری*، سال هشتم، شماره ۲۶، صص ۵۳-۷۶.
- عابدی جعفری، حسن، تسلیمی، محمدسعید، فقیهی، ابوالحسن و شیخ‌زاده، محمد (پاییز و زمستان ۱۳۹۰). «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی». *اندیشه مدیریت راهبردی*، سال پنجم، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۰، صص ۱۵۱-۱۹۸.
- عزیزی، فاطمه و زاهدی، شمس‌السادات (بهمن و اسفند ۱۳۹۴). «شناسایی و ارزیابی موانع توسعه گردشگری سلامت در استان یزد». *نشریه مدیریت اطلاعات سلامت*. سال دوازدهم، شماره ۶، صص ۷۹۹-۸۰۶.
- فراست‌خواه، مقصود (۱۳۹۵). *روش تحقیق کیفی در علوم اجتماعی با تأکید بر نظریه برپایه گراند تئوری* (GTM). چاپ یکم. تهران: انتشارات آگاه.

- فریدی ماسوله، علی (تابستان ۱۳۹۵). «ارزیابی استان‌ها جهت گردشگری پزشکی با استفاده از نرم‌افزار Arc GIS (مطالعه موردی: کشور ایران)». نشریه میراث و گردشگری، سال اول، شماره ۲، صص ۷۹-۹۲.
- فقیهی، مهدی و معمارزاده، غلامرضا (۱۳۹۴). «مدل توسعه دولت الکترونیک در ایران ۱۴۰۴». مدیریت فناوری اطلاعات، دوره ۷، شماره ۱، صص ۱۲۵-۱۴۲.
- کرمی، فریبا، بیاتی خطیبی، مریم و طالبزاده شوشتری، علی (پاییز و زمستان ۱۳۹۵). «شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی با تأکید بر گردشگران داخلی (نمونه مورد مطالعه: شهر مشهد)». دوفصل‌نامه جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای، شماره ۲۷، صص ۱۰۹-۱۲۸.
- ملکی، سعید و توانگر، معصومه (پاییز و زمستان ۱۳۹۴). «بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی». مجله جغرافیا و توسعه فضای شهری، سال دوم، شماره ۲، صص ۱۵۳-۱۶۵.
- نعمتی، ولی، ابراهیم‌پور، حبیب، بابایی، یاور و عباسقلی‌زاده، ناطق (۱۳۹۵). «ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل)». مجله سلامت و بهداشت، دوره ۷، شماره ۲، صص ۱۱۸-۱۳۳.
- نیک‌رفتار، طیبیه، حسینی، الهه، مقدم، عاطفه (تابستان ۱۳۹۵). «شناسایی الزامات سیاست‌گذاری گردشگری پزشکی در ایران». فصل‌نامه علمی-پژوهشی سیاست‌گذاری عمومی، دوره ۲، شماره ۲، صص ۱۴۱-۱۵۶.
- واعظی، رضا، چگین، میثم و اصلی‌پور، حسین (۱۳۹۷). «چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون». فصل‌نامه مطالعات مدیریت گردشگری، شماره ۴۱، صص ۱-۴۰.

- Botterill, D., Pennings, G. and Mainil, T. (2013). *Medical Tourism and Transnational Health Care*. Palgrave macmillan (isbn :978-1-137-33849-5).
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in psychology*, Vol. 3, No. 2, pp. 77-101.
- Cook, B. (2017). The Current (and future) medical tourism industry landscape. *Medical Tourism Magazine* (Official Publication of the MTA). Available at: <http://www.medicaltourismmag.com/current-future-medical-tourism-industry-1/12> feb 2018.
- Hoz-Correa, A., Munoz-Leiva, F., Bakucz, M. (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: a co-word analysis. *Tourism Management*. 65, pp. 200-211. International Medical Travel Journal: <http://www.imtjonline.com> ,5 Apr 2018.
- Johnston, R., Crooks, A. and Ormond, M. (2015). Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica. *Globalization and Health*. 11:29.
- Kvale, J. (1996). *Inter Views: Introduction to Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Larisa, F. and Tigu, G. (July 2017). Medical tourism market trends - an exploratory research. Proceedings of the International Conference on Business Excellence, De Gruyter Open, vol. 11(1), pp. 1111-1121.
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S., Horsfall, D., Mannion, R. (2011). *Medical tourism: treatments, markets and health system implications : a scoping review*. Paris: OECD.
- Pocock, N. S., Phua, Hx (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*. 7: 12.

- Rokni, L., Avci, T., Park, S. H. (2017). Barriers of developing medical tourism in a destination : a case of South Korea. *Iran J Public Health*, Vol. 46, No. 7. pp. 930-937.
- Taghizadeh Yazdi, M., Barazandeh, H. (2017). Identifying and ranking health tourism development barriers in Iran using fuzzy VIKOR method. *Asian Social Science*, Vol. 12, No. 5, pp. 54-63.
- Verulava. T., Jorbenadze, R. (2018). Medical tourism in Georgia: current barriers and recommendations. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, Vol. 18 (1), pp. 81-87.

