

## Research Paper

# Developing a framework for the development of health tourism infrastructure in Iran

Maysam Chegin\*<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran



10.22080/JTPD.2022.21610.3558

**Received:**

June 8, 2021

**Accepted:**

November 22, 2021

**Available online:**

July 9, 2022

**Keywords:**

Infrastructure  
Development, Health  
Tourism, Theme Analysis,  
Framework Development.

## Abstract

Health tourism has many dimensions and for comprehensive and sustainable development, this issue should be considered from different perspectives. According to research, one of the factors slowing down the development of health tourism in the country is the issue of infrastructure. The present study answers the questions that how many categories are health tourism infrastructures in the country divided into? What are the institutions responsible for developing health tourism infrastructure in the country? What should be the pattern of development of health tourism infrastructure in the country? Findings including tourism, medicine, and health, transportation, banking and insurance, foreign affairs, and academia, reflect that. The development of health tourism depends on paying attention to seven categories of infrastructure, including economic, social, systemic, regulatory, transportation, physical and communal, and while determining the responsible organizations and institutions, the model of infrastructure development with emphasis on two concepts (Renovation and Modernity) are suggested.

\*Corresponding Author: Maysam Chegin

**Address:** Assistant Professor, Department of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran

**Email:** [maysam64@gmail.com](mailto:maysam64@gmail.com)

**Tel:** 09128880331



## Extended abstract

### 1. Introduction

Tourism is a very dynamic part of the economy, the growth of which affect the performance and prosperity of the national economy. The tourism sector is a part of the chain of development plans in every economic structure (Agyeiwaah, 2019: 100). Tourism has been obviously linked to economic development and other economic activities (Zhang, 2015:11).

The study of the economics of different countries shows that many countries consider health tourism as one of the axes of job creation and foreign exchange earnings. According to the 20-year vision plan, Iran should be the first country in the region in the field of tourism, and according to this goal, our country should receive 20 million tourists by 1404 (2025) and have a revenue of 15 billion dollars in this area (Mahdavi, 2013:114).

Recent research in the country shows that the first step to create a suitable environment for comprehensive services to patients and applicants for health tourism services is to provide appropriate infrastructure for service providers. Attention to medical infrastructure, housing, visas, recreational supplies, hospital licenses, banking exchanges and electronic payments, communication services and transportation should be a priority in health tourism policy in the country (Chegin, 1397).

The subject of this article is to review the existing infrastructure and develop a model for the development of health tourism infrastructure in the country. This article indicates that the future development of tourism in the country as an important factor in the development of the tourism sector depends on intensive

investment in infrastructure and its modernization. After reviewing the theoretical foundations, research methodology, analysis of findings and conclusions will be discussed.

### 2. Materials and Methods

The method of this research is qualitative; to extract data and components, expert interviews and expert reports were reviewed and analyzed using content analysis method as one of the methods of qualitative content analysis. Given that the purpose of the research is exploratory and seeks to construct concepts, patterns and frameworks, most of the final findings are not known in advance.

Reliability and validity in the study, as is common in qualitative research, "with emphasis on reliability, data originality, relevance, and consistency" (Braun & Clarke, 2006:80). In this study, quantitative techniques for measuring generalizability of Qualitative research are also used .To calculate the reliability of this study, krippendorff alpha was used.

Information analysis in the context analysis method is based on the "coding" process. The theme is a pattern found in the data that at least describes and organizes the observations and at most interprets aspects of the phenomenon under study (Xu & Zammit, 2020: 7).

### 3. Discussion and Results

After an in-depth study of academic reports, articles and researches and interviews with experts and officials in various fields including tourism, medicine and health, transportation, banking and insurance, foreign affairs and university, 238 sentences and phrases and consequently 238 codes Inferred from the text. 50 basic themes and seven organizing themes with the titles (Economic

Infrastructure, Social Infrastructure, System Infrastructure, Regulatory Infrastructure, Transportation Infrastructure, Physical Infrastructure and Communal Infrastructure) with the Global theme of "Health Tourism Infrastructure in Iran" Has been extracted.

After examining the open source and finally the basic themes, seven major categories of infrastructures were obtained, which are more complete and native than the four categories of infrastructures identified in the research literature. Therefore, as seven organizing themes; Economic infrastructure, Social infrastructure, Systematic infrastructure, Regulatory infrastructure, Transportation infrastructure, Physical infrastructure and Communal infrastructure are considered. Determining the Global theme can be done from different perspectives. Due to the centrality of the issue of infrastructure in obstacles to the development of health tourism, which is emphasized in the statements of most of the interviewees, as well as reports and research, so "health

tourism infrastructure in Iran" was selected with a critical view on this issue.

#### 4. Conclusions

In this study, based on interviews and field research, a framework for the development of health tourism infrastructure was designed. In this framework, the organizations responsible for providing each of the infrastructures are designated. It is worth mentioning that due to the common tasks of the devices and the inter-sectoral nature of health tourism, it is natural that for each category of identified infrastructure, several institutions or organizations can be determined.

Another important component of the framework is the concepts of infrastructure Renovation and Modernity. Creating a cycle of Renovation and Modernity is inevitable and continuous due to the increasing progress of countries in this field, and identifying the needs and wants of health tourists should always be considered in this framework.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی



علمی پژوهشی

# طراحی چارچوب توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت در کشور

دکتر میثم چگین\*<sup>۱</sup> ID

<sup>۱</sup> استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

doi 10.22080/JTPD.2022.21610.3558

## چکیده

گردشگری سلامت ابعاد متعددی دارد و برای توسعه همه جانبه و پایدار باید این موضوع از منظرهای مختلف بررسی شود. بر اساس پژوهش‌های انجام شده، یکی از عوامل کندی روند توسعه گردشگری سلامت در کشور، موضوع زیرساخت هاست. پژوهش حاضر با اتخاذ رویکرد کیفی مبتنی بر روش تحلیل مضمون به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهد که زیرساخت های گردشگری سلامت در کشور چند دسته هستند؟ نهادهای مسئول برای توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت در کشور کدام هستند؟ چارچوب توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت در کشور باید چگونه باشد؟ در نتیجه، یافته های حاصل از مطالعه عمیق گزارش ها، پژوهش ها و مصاحبه‌ها بیانگر آن است که توسعه گردشگری سلامت در گرو توجه به هفت دسته از زیرساخت ها از جمله اقتصادی، اجتماعی، سیستمی، نظارتی، حمل و نقل، فیزیکی و اشتراکی است و ضمن تعیین نهادهای مسئول، چارچوب توسعه زیرساخت ها با تأکید بر دو مفهوم نوسازی و نوگرایی پیشنهاد شده است.

تاریخ دریافت:

۱۸ خرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش:

۱ آذر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار:

۱۸ تیر ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

توسعه زیرساخت‌ها، گردشگری سلامت، تحلیل مضمون، طراحی چارچوب.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

\* نویسنده مسئول: دکتر میثم چگین

آدرس: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

ایمیل: [maysam64@gmail.com](mailto:maysam64@gmail.com)

تلفن: ۰۹۱۲۸۸۸۰۳۳۱

## ۱ مقدمه

(114) که با توجه به ظرفیت‌ها و توان کشور در حوزه پزشکی و سلامت، گردشگری سلامت می‌تواند در تحقق بخش مهمی از این هدف، نقش مؤثر داشته باشد. ضمن اینکه در همین راستا تبدیل شدن به کشور اول منطقه در حوزه گردشگری سلامت نیز دور از دسترس نیست.

موضوع گردشگری سلامت در سال‌های اخیر و به دنبال پیشرفت این صنعت در سایر کشورها، مورد توجه بسیاری از دولت‌ها بخصوص کشورهای آسیایی قرار گرفته است (Meléndez & Del-Águila-Obra, 2016: 87). در کشور ما نیز به طور کلی اقداماتی در این زمینه انجام شده است که متناسب با اهداف تعیین‌شده و ظرفیت‌های موجود نیست. هر چند برخی پژوهش‌ها در کشور حاکی از این است که گردشگری سلامت در ایران، به طور نامنظم و هدایت نشده‌ای رو به رشد است (جابری، ۱۳۸۷)، با این حال در سال‌های اخیر تلاش‌هایی در راستای جهت‌دهی و هدایت فعالیت‌های پراکنده در این حوزه صورت گرفته است. بسیاری از کشورهای منطقه هم به نحو همه‌جانبه‌ای به این موضوع نگرسته و آن را پیگیری می‌کنند. پژوهش‌های اخیر در کشور نشان می‌دهد اولین گام برای ایجاد زمینه مناسب خدمت‌رسانی همه‌جانبه به بیماران و متقاضیان خدمات گردشگری سلامت، تأمین زیرساخت‌های مناسب برای ارائه دهندگان این خدمات است. توجه به زیرساخت‌های درمانی، سکونت، ویزا، تدارکات تفریحی، مجوزهای بیمارستانی، تبادلات بانکی و پرداخت‌های الکترونیکی، خدمات ارتباطاتی و حمل و نقل باید در اولویت سیاست‌گذاری گردشگری سلامت در کشور قرار گیرد. در غیر این‌صورت ظرفیت‌های مهم موجود در کشور در زمینه گردشگری سلامت (از جمله ارزانی خدمات، برخورداری از کادر پزشکی مجرب نسبت به کشورهای منطقه و برخورداری از مقاصد منحصر به فرد گردشگری) امکان بروز و ظهور ندارند (چگین، ۱۳۹۷).

گردشگری یک بخش بسیار پیچیده از اقتصاد است که توسعه آن بر پیشرفت و رونق اقتصاد ملی تأثیر می‌گذارد. بخش گردشگری یک جزء از زنجیره طرح‌های توسعه در هر نظام اقتصادی است (Agyeiwaah, 2019: 100). بدیهی است که گردشگری با رشد اقتصادی و سایر فعالیت‌های اقتصادی در یک رابطه وابسته به هم قرار دارد (Zhang, 2015: 11).

مطالعه اقتصاد کشورهای مختلف نشان می‌دهد بسیاری از کشورها، گردشگری سلامت را به عنوان یکی از محورهای ایجاد اشتغال و درآمدزایی ارزی مد نظر دارند. به همه دلایلی که در مورد رشد این صنعت در کشورهای در حال توسعه بیان می‌کنند، باید این جهت‌گیری مهم کشورها را نیز افزود که آنها به پزشکی، به عنوان یک صنعت استراتژیک ملی با هدف توسعه گردشگری سلامت خود توجه ویژه داشته‌اند. کشورهای پیشگام در این عرصه، با سرمایه‌گذاری مناسب در زیرساخت‌ها و تنظیم الگوی نهادی کارآمد توسط دولت‌های متبوع خود، برنامه ریزی خوبی برای حمایت از گردشگری سلامت داشته‌اند و به موفقیت‌های مهمی دست یافته‌اند. آنها قادر به ارائه خدمات با کیفیت بالای پزشکی توسط پزشکان مجرب بوده و در این زمینه از تجهیزات پزشکی مجهزی برخوردار هستند. امروزه این اقدامات با فعالیت‌های گردشگری از جمله تفریح و سرگرمی، جذابیت‌های فرهنگی و برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت مهمانان خارجی، در مجموع گردشگری سلامت را به عنوان یک صنعت استراتژیک ملی برای قرن ۲۱ معرفی کرده است (Kim, 2009: 152).

بر اساس برنامه چشم‌انداز ۲۰ ساله، ایران باید اولین کشور منطقه در زمینه گردشگری باشد و بر اساس این هدف، کشورمان باید تا سال ۱۴۰۴ (۲۰۲۵) پذیرای ۲۰ میلیون گردشگر باشد و درآمد ۱۵ میلیارد دلاری از این حوزه داشته باشد (Mahdavi, 2013).





گردشگر سلامت از کشورهای خاورمیانه بوده است و درآمد گردشگری سلامت ایران در سال ۱۳۹۳، یک میلیارد و دویست میلیون دلار تخمین زده شده است (سایت رسمی سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، ۱۳۹۴) (سعیدبخش و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۱۰).

امروزه در اقتصاد جهانی، گردشگری بزرگ‌ترین کسب و کار در دنیاست. سهم این صنعت در تولید ناخالص ملی جهان از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ دو برابر شده است. بر اساس گزارش شورای جهانی سفر و گردشگری در سال ۲۰۱۷، سفر و گردشگری ۷٫۶ تریلیون دلار (۱۰٫۲ درصد از تولید ناخالص داخلی جهانی) و ۲۹۲ میلیون شغل در سال ۲۰۱۶ تولید کرد که برابر با ۱ شغل از ۱۰ شغل در اقتصاد جهانی است. در سال ۲۰۱۶ حدود ۶٫۶ درصد از کل صادرات و ۳۰ درصد از کل صادرات خدمات را در جهان، صادرات خدمات گردشگری تشکیل می‌دهد (شورای جهانی گردشگری و سفر، ۲۰۱۷-a).<sup>۳</sup> این در حالی است که بر اساس گزارش دیگری از شورای جهانی سفر و گردشگری، نسبت سهم گردشگری ایران از تولید ناخالص داخلی کشور و نیز سهم آن در تولید اشتغال مستقیم به ترتیب ۲٫۹ درصد و ۲٫۲ درصد بوده و این موضوع با توجه به میانگین سهم گردشگری از تولید ناخالص داخلی و ایجاد شغل مستقیم در کشورهای جهان (به ترتیب ۱۰ و ۱۰٫۲ درصد) محلّ تأمل است (شورای جهانی گردشگری و سفر، ۲۰۱۷-b).<sup>۴</sup>

برای گردشگری سلامت ابعاد متعددی ذکر شده است و در بسیاری از مطالعات این موضوع از منظر اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، حقوقی، سیاسی و اداری مورد بررسی قرار می‌گیرد. از منظر اقتصادی یکی از پیش‌نیازها و ارکان توسعه گردشگری سلامت، موضوع زیرساخت‌هاست. در برخی کشورها کمبود زیرساخت‌ها مسائلی جدی در مسیر گردشگری سلامت ایجاد می‌کند و بخش خصوصی

موضوع این مقاله بررسی زیرساخت‌های موجود و تدوین چارچوبی برای توسعه زیرساخت‌های گردشگری سلامت در کشور است. این مقاله حاکی از آن است که توسعه آینده گردشگری در کشور به عنوان یک عامل مهم توسعه بخش گردشگری به سرمایه‌گذاری فشرده در زیرساخت‌ها و نوسازی آن بستگی دارد. پس از بررسی مبانی نظری، به روش‌شناسی تحقیق، تحلیل یافته‌ها و نتیجه‌گیری پرداخته خواهد شد.

## ۲ مبانی نظری

مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی گویند (محمدی و خالدی، ۱۳۹۸: ۱۰) (Flood, 2019: 288). در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی مانند (اسپاها) باشد (Cohen, 2006: 69). در تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> گردشگری سلامت، سفرهایی بین‌المللی با هدف درمان است که بیشتر از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال بطول انجامد. در تعریفی دیگر گردشگری سلامت یکی از اقسام گردشگری است که افراد در بعضی از سفرهای خود برای دریافت درمان‌ها و خدمات پزشکی به سایر کشورها و مناطق سفر می‌کنند (Connell, 2008: 56).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴، تا سال ۲۰۱۱ میلادی، سالانه ۵۰ میلیارد دلار از طریق گردشگری سلامت عاید کشورهای مقصد شد (برگرفته از تارنمای سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>). اعتقاد بر این است که ایران توانایی جذب سالانه حدود یک میلیون گردشگر سلامت را دارد که برابر با درآمدی معادل ۷ میلیارد دلار برای کشور خواهد بود. ایران در سال ۲۰۰۷ میزبان حدود ۲۰ هزار

<sup>3</sup> World Travel & Tourism Council (WTTC)

<sup>4</sup> World Travel & Tourism Council (WTTC)

<sup>1</sup> WHO

<sup>2</sup> www.who.int

گردشگری<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۶ نشان می‌دهد که سالانه ۳۷ میلیون مورد گردشگری پزشکی انجام می‌شود و در مجموع ۳۳ میلیارد یورو درآمد برای کشورهای میزبان به همراه دارد.

## ۲٫۱ اهمیت زیرساخت‌ها

زیرساخت گردشگری، پایه و اساس توسعه گردشگری و نیز پایه‌ای برای بهره‌برداری از منابع مقصد است. بسیاری از کشورهای جهان سوم به این دلیل که زیرساخت‌های موجود در کشورشان حتی پاسخگوی نیاز داخلی نیست، در برابر پیشرفت روزافزون گردشگری سلامت در کشور خود ایستادگی می‌کنند. زیرساخت‌های گردشگری شامل تعداد زیادی خدمات است که برای رفع نیازهای گردشگران و افزایش رضایت در طول اقامت آنها در مقصد مورد نیاز است (JOVANOVIĆ & ILIĆ, 2016: 290). زیرساخت‌های گردشگری را می‌توان به عنوان عناصر فیزیکی در نظر گرفت که برای میزبانی بازدید کنندگان طراحی و ساخته شده‌اند. از نظر برخی پژوهشگران، رابطه تنگاتنگی بین توسعه گردشگری و زیرساختها وجود دارد (Adobayo; Iweka, 2014: 15).

اهمیت زیرساخت گردشگری در این است که می‌تواند به افزایش بهره‌وری تولید و توزیع خدمات گردشگری کمک کند، و در برخی موارد، مانند مقصدهای دورافتاده، حتی خدمات گردشگری را افزایش می‌دهد. نباید فراموش کرد که فقدان کیفیت و ناکافی بودن زیرساختها در سیستم سلامت داخلی سبب می‌شود گردشگران سلامت به دنبال خدمات درمانی مورد نیاز خود در خارج از کشور باشند (Glinos and et al, 2010: 1150). بنابراین گردشگران به خدمات ویژه‌ای نیاز دارند که در طول اقامت خود در مقصد احساس بهتری داشته باشند و برخورداری از خدمات زیربنایی از جمله تامین آب، دفع زباله، ارتباطات و تامین برق، به عنوان عناصر ضروری برای آسایش بیشتر در

موجود هم توان رفع همه آنها را ندارد. لذا بخش دولتی باید همانند یک پدر مهربان دست به کار شود و با تأسیس یا تجهیز فرودگاه‌ها و بزرگراه‌ها، بهبود امکانات بهداشتی و درمانی، وضع قوانین مناسب و توجه سایر ابعاد، محدودیت‌های زیرساختی را مرتفع نماید (چگین، ۱۳۹۷: ۲۵) (ابوالحسنی، ۱۳۹۳: ۹۰).

بسیاری از کشورهای جهان سوم به این دلیل که زیرساخت‌های موجود در کشورشان حتی پاسخگوی نیاز داخلی نیست، در برابر پیشرفت روزافزون گردشگری سلامت در کشور خود ایستادگی می‌کنند. آنها می‌گویند: استدلال حامیان گردشگری سلامت در مورد اینکه درآمد حاصله از درمان گردشگران و بیماران ثروتمند سایر کشورها می‌تواند صرف توسعه زیرساخت‌ها و تأمین دارو و افزایش خدمات درمانی به مردم و به طور کلی بهبود سیستم سلامت کشور میزبان شود، نادرست است (Kim, Arcodia, & Kim, 2019: 10).

بحث دیگری هم هست و آن اینکه بیماران مرفه سایر کشورها تمایل دارند که خدمات درمانی منحصر به فرد در بیمارستان‌های شیک و منحصر به فردی به آنها ارائه شود و این باعث می‌شود که مسئولین کشورهای فقیر میزبان نسبت به بیمارستان‌های لوکس که برای کشور درآمد بیشتری دارند، توجه بیشتری داشته باشند (Deka, 2019: 145). این اقدام سبب می‌شود بیمارستان‌های عمومی همچنان ناکارآمد، شلوغ و دچار کمبود بودجه باشند. همچنین با توجه به تمرکز این کشورها بر درمان بیماران خارجی، شانس شهروندان برای درمان باکیفیت کاهش می‌یابد (Ramirez, 2007: 195). البته از نگاهی دیگر بسیاری از کشورها که میزبان گردشگران پزشکی می‌شوند، این تجارت را برای افزایش درآمدهای ارزی و برخی دیگر از کشورها هم برای بهبود زیرساخت‌ها و بهبود خدمت‌رسانی به بیماران داخلی، خدمات سلامت خود را ارتقا می‌دهند. گزارش گروه بازاریابی و تحقیقات

<sup>1</sup> TRAM



ارزش طبیعی است و به پارک‌های ملی، پارک‌های آبی و گنجینه‌های طبیعی اشاره دارد که می‌توانند مقصد سفرهای بازدیدکنندگان باشد. علاوه بر این سه نوع زیرساخت، زیرساخت اشتراکی هم هست که شبکه‌ای از سازمان‌های گردشگری منطقه‌ای، ایالتی و ملی یک مقصد توریستی است و در توزیع محصولات گردشگری دخالت دارد (انجمن گردشگری و سفر، ۲۰۱۲)<sup>۲</sup>

مساله مالکیت زیرساخت گردشگری که عنصر اصلی زنجیره تامین گردشگری است به بخش مشاهده شده بستگی دارد. زیرساخت در حوزه گردشگری عمدتاً مبتنی بر سرمایه‌گذاری است و سرمایه‌گذاری هم غالباً توسط بخش خصوصی انجام می‌شود. سرمایه‌گذاری توسط بخش خصوصی، ۷۸٪ کل سرمایه‌گذاری در صنعت توریسم را شامل می‌شود (انجمن گردشگری و سفر، ۲۰۱۲)<sup>۳</sup>. زیرساخت اجتماعی هم عمدتاً توسط بخش خصوصی تامین مالی می‌شود، در حالی که زیرساخت زیست‌محیطی متعلق به دولت است و شامل کالاهای عمومی می‌شود. زیرساخت حمل و نقل اغلب متعلق به دولت است و مستقیماً مسئول سرمایه‌گذاری در این حوزه و نیز توسعه است. تشکیل زیرساخت گردشگری به طور قابل توجهی به افزایش پیچیدگی پدیده گردشگری در یک منطقه کمک می‌کند و قابلیت رقابت و جایگاه یک مقصد گردشگری را نسبت به سایر مناطق تغییر می‌دهد (Lovelock, 2013: 151).

امروزه، توسعه زیرساخت گردشگری مورد توجه تعداد زیادی از کشورها واقع شده و تمایل به دستیابی به جایگاه بهتر در زمینه گردشگری و کمک به توسعه اقتصادی از این طریق انگیزه اصلی آنها است. دستیابی به نتایج مثبت در این زمینه، منوط به نحوه ایجاد ارتباط بین زیرساخت‌های گردشگری، گردشگری و اقتصاد محلی است (Swyngedouw, 2000: 560). پس از آن، هم دولت و هم شرکت‌های

مقصد، همیشه مورد انتظار گردشگران بوده است. زیرساخت‌هایی مانند تامین امنیت عمومی، خدمات حمل و نقل، سیستم‌های پزشکی، سیستم‌های مالی، سیستم‌های آموزشی و سایر خدمات موجود در کلیه جوامع و کشورها، مورد تقاضای گردشگران نیز هست (Ritchie & Crouch, 2005: 13). بنابراین اگر به گردشگری سلامت به عنوان یک کالای قابل ارائه نگاه شود، زیرساختها جزئی از این کالا هستند و رشد و پیشرفت گردشگری سلامت در هر منطقه ای در بلندمدت در گرو ارائه خدمات مورد نیاز گردشگران سلامت است (JOVANOVIĆ & ILIĆ, 2016: 290).

دیدگاه‌های متفاوتی درباره تعداد و نوع اجزای تشکیل دهنده زیرساخت گردشگری وجود دارد. از دیدگاه انجمن حمل و نقل و گردشگری، زیرساخت گردشگری شامل زنجیره ای متشکل از زیرساخت‌های تامین حمل و نقل، زیرساخت‌های اجتماعی و زیرساخت‌های زیست‌محیطی است که در سطح یک منطقه مشخص، برای ایجاد یک مقصد گردشگری جذاب هم‌کاری می‌کنند (انجمن گردشگری و سفر، ۲۰۱۲)<sup>۱</sup> زیرساخت‌های تامین حمل و نقل، دسترسی گردشگران به مقصد را از بازارهای بین‌المللی و داخلی فراهم می‌آورد و شامل جاده‌ها، فرودگاه‌ها، و راه‌آهن می‌شود. البته زیرساخت‌های دیگری هم برای مقابله با مخاطرات احتمالی مورد نیاز است چرا که احتمال گسترش سریع این بیماری‌ها نه تنها از طریق حمل و نقل هوایی، بلکه توسط خدمت‌کاران و کارگزاران تورها هم محتمل است (Giorgi, et al., 2020: 1161).

زیرساخت اجتماعی مربوط به امکانات رفاهی و دیگر ساختمان‌های فیزیکی برای اسکان توریست‌ها و انواع فعالیت‌ها و خدمات مختلف است که سبب جذب توریست می‌شود. این زیرساخت‌ها شامل هتل‌ها، مراکز همایش، استادیوم‌ها، گالری‌ها و سایر امکانات ضروری می‌باشد. زیرساخت محیطی یک

<sup>3</sup> Tourism & Transport

<sup>1</sup> Tourism & Transport

<sup>2</sup> Tourism & Transport

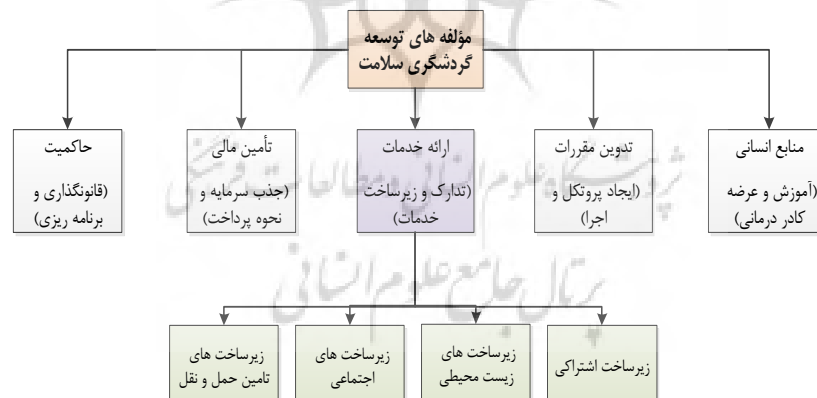


توسعه اندک زیرساخت گردشگری یا نبود آن در یک مکان توریستی یا حوالی آن، از موانعی است که می‌تواند بر تجربه و رضایت توریست‌ها در خصوص آن مکان تاثیر بگذارد. مطالعات نشان می‌دهد پس از بازدید از یک مقصد گردشگری، زیرساخت‌ها نقش مهمی در رضایتمندی گردشگران داشته است (Gianfaldoni, 2017: 567).

دولتی و هم بخش خصوصی مسئول کیفیت زیرساخت هستند. برنامه‌ریزی توسعه پایدار زیرساخت گردشگری در راستای این امر، نیازمند توسعه متوازن و همه جانبه تسهیلات گردشگری از جمله زیرساخت‌ها و تاسیسات زیربنایی است.

جدول ۱ دسته بندی زیرساخت های گردشگری سلامت، موضوعات زیرمجموعه و مالکیت هر دسته

| مالکیت           | هدف و موضوعات زیرمجموعه  | دسته ها                     |
|------------------|--|-----------------------------|
| غالباً دولت      | جهت دسترسی گردشگران به مقصد از بازارهای بین‌المللی و داخلی شامل جاده‌ها، فرودگاه‌ها، و راه‌آهن، وسایل حمل و نقل شهری   | زیرساخت های تامین حمل و نقل |
| غالباً بخش خصوصی | جهت اسکان توریست‌ها و انواع فعالیت‌ها و خدمات مختلف شامل امکانات رفاهی و دیگر ساختمان‌های فیزیکی مانند بیمارستان‌ها، هتل‌ها، مراکز همایش، استادیوم‌ها، گالری‌ها و سایر امکانات ضروری | زیرساخت های اجتماعی         |
| غالباً دولت      | به عنوان مقصد سفرهای بازدیدکنندگان شامل پارک‌های ملی، پارک‌های آبی و گنجینه‌های طبیعی  | زیرساخت های زیست‌محیطی      |
| اشتراکی          | جهت توزیع محصولات گردشگری شامل شبکه‌ای از سازمان‌های گردشگری منطقه‌ای، ایالتی و ملی در یک مقصد توریستی (از جمله بیمه، بانک‌ها)   | زیرساخت اشتراکی             |



نمودار ۱ چارچوب نظری جایگاه زیرساخت‌ها در توسعه گردشگری سلامت

منبع: بررسی های تحقیق حاضر



## ۲،۲ تجارب سایر کشورها در زمینه توسعه زیرساخت‌های گردشگری

### سلامت

سرمایه‌گذاری یک جزء اساسی از توسعه بیشتر و سریع‌تر زیرساخت‌ها، محصولات و خدمات یک مقصد گردشگری است. هر مقصدی، برای بهبود وضعیت جاری و با وجود محیط پویای و تغییرات دائمی پیرامون خود، نیازمند سرمایه‌گذاری است. سرمایه‌گذاری در درجه اول با به کارگیری دستاوردهای جدید از قبیل بهبود محصولات، خدمات و امکانات مورد نیاز گردشگری همراه است تا مقصد بتواند سطح به‌دست‌آمده از رقابت را حفظ کرده یا حتی آن را افزایش دهد. سرمایه‌گذاری در زیرساخت گردشگری می‌تواند با سرمایه‌گذاری دولتی، سرمایه‌گذاری خصوصی صاحبان کسب‌وکار که می‌خواهند تجارت خود را توسعه دهند، یا توسط سرمایه‌گذاران خارجی جدید که مایل به سرمایه‌گذاری در پیشرفت گسترده یک مقصد توریستی هستند، ایجاد شود (Semenova, Chistobaev, & Grudtcyn, 2020: 14).

در برخی از کشورهای جنوب شرقی اروپا، وزرای گردشگری از نظر ترویج پیشرفت زیرساخت‌های گردشگری، ابتکار را به دست گرفتند. آنها اهمیت بسیار زیادی برای تقویت رقابت‌پذیری بخش گردشگری قائل شدند. بنابراین، کرواسی برای کمک به بهبود زیرساخت گردشگری عمومی موجود و حفظ منابع گردشگری فراخوان عمومی اعلام کرد و در وهله نخست توجه خود را به جاذبه‌های گردشگری که سهم قابل‌توجهی در جذب گردشگران داخلی و خارجی دارند، معطوف ساخت. جذب سرمایه توسط این کشور برای توسعه سواحل، موزه‌ها، و پارک‌های تفریحی در نظر گرفته شده‌است که جذابیت یک مقصد گردشگری را تقویت خواهد کرد و در دراز مدت، رقابت گردشگری

این کشور را تقویت خواهد کرد (JOVANOVIĆ & ILIĆ, 2016: 292).

بوسنی و هرزگوین زیرساخت‌هایی را شناسایی کردند که با سرمایه‌گذاری کم، به حل یک مشکل بزرگ در توسعه گردشگری کمک کند. مثلاً برخی سرمایه‌گذاری‌های خارجی در این حوزه به درستی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، چون زیرساخت‌های ضعیفی مانند جاده‌های بی کیفیت تا حد زیادی مانع توسعه است و درآمدهای این بخش را طی سال‌های آتی کاهش می‌دهد. لذا دولت وظیفه دارد برای اجرای پروژه‌های جدید جذب گردشگر و جذب سرمایه‌گذار خارجی، به تعریف پروژه‌هایی بپردازد که با افزایش کیفیت جاده‌ها یا موارد مشابه، سبب تشویق سرمایه‌گذاری‌های بعدی شود (Mijajlović, et al., 2020: 8584).

به تازگی در صربستان، فراخوان عمومی برای پروژه‌های توسعه زیرساخت گردشگری اعلام شده است که ارزش این پروژه‌ها بالغ بر ۴۵۰ میلیون دینار (معادل بیش از ۳.۷ میلیون یورو) است (وزارت تجارت، گردشگری و مخابرات جمهوری صربستان، ۲۰۱۵). در مقدونیه، سرمایه‌گذاری در زیرساخت ترابری و بازسازی دو فرودگاه، به ارزش ۸۷ میلیون یورو، برنامه‌ریزی شده است. در مونته‌نگرو در طول دهه گذشته سرمایه‌گذاری‌هایی برای بهبود زیرساخت گردشگری (شامل امکانات جدید، حمل و نقل، فرهنگ و ورزش، زمین‌های گلف، پارک‌های آبی، رویدادها، مناسبت‌ها و غیره) انجام شده‌است و هدف آن تبدیل شدن به یکی از محبوب‌ترین مقصدهای گردشگری جهان است. این کشورها سرمایه‌زیادی از اتحادیه اروپا جذب کرده‌اند که قرار است برای تامین مالی سه گروه از پروژه‌های گردشگری: زیرساخت گردشگری عمومی، زیرساخت گردشگری تجاری و پتانسیل‌های انسانی در گردشگری صرف شود (Benner, 2019: 2625).

جدول ۲ جمع بندی اقدامات برخی کشورها در زمینه زیرساختهای گردشگری سلامت

| کشور   | خطامشی های منتخب  |
|--|---|
| اردن (Watson, 2012; 89)  | سرمایه گذاری هایی برای جذب پزشکان مجرب (عمدتاً دارای مدرک تحصیلی و گواهی پزشکی از امریکا و بریتانیا)  |
| تایلند (Hall, 2013: 96)  | توسعه بیمارستان های خصوصی مجهز و پیشرفته  |
| کرواسی (JOVANOVIĆ & ILIĆ, 2016: 292)                           | توسعه سواحل، موزه ها، و پارک های تفریحی<br>بهبود زیرساخت گردشگری عمومی موجود و حفظ منابع گردشگری  |
| بوسنی و هرزگوین (Mijajlović, et al., 2020: 8584)               | انتخاب زیرساخت هایی با هدف سرمایه گذاری کم و حل یک مشکل بزرگ<br>سرمایه گذاری برای افزایش کیفیت جاده ها<br>توسعه بیمارستان های خصوصی مجهز و پیشرفته  |
| صربستان (وزارت تجارت، گردشگری و مخابرات جمهوری صربستان، ۲۰۱۵). | توسعه زیرساخت گردشگری   |
| مقدونیه  | سرمایه گذاری در زیرساخت ترابری و بازسازی دو فرودگاه   |
| مونته نگرو (Benner, 2019: 2625).                               | سرمایه گذاری هایی برای بهبود زیرساخت گردشگری (شامل امکانات جدید، حمل و نقل، فرهنگ و ورزش، زمین های گلف، پارک های آبی، رویدادها، مناسبت ها و غیره)   |
| ترکیه (Altin, 2012: 1005)                                      | ساخت بیمارستان های شهری و مناطق آزاد بهداشت و درمان<br>تسهیل سرمایه گذاری خصوصی<br>کسب مجوزهای استاندارد بین المللی (برای بیش از ۴۸ بیمارستان، کلینیک و مرکز درمانی)  |
| سنگاپور (Hall, 2013: 96)                                       | ارائه قیمت های جذاب و معقول<br>حمایت دولت از بیمارستان هایی که قصد خرید زمین دارند  |
| فیلیپین (شالافیان، ۱۳۹۴: ۵۷)                                   | تأمین کنندگان اصلی برای دیگر کشورها<br>سرمایه گذاری هایی برای کاهش هزینه اقدامات پزشکی، اقامت و حمل و نقل   |
| مالزی (Chee, 2007: 22)   | سرمایه گذاری برای تبلیغ جهت استفاده از کارکنان پزشکی مسلط بر زبان انگلیسی<br>سرمایه گذاری برای تبلیغ جهت اجرای برخی از پیچیده ترین درمان ها در جهان<br>سرمایه گذاری برای افزایش سطح کیفیت خدمات پزشکی و دندان پزشکی کشور نسبت به کشورهای توسعه یافته<br>سرمایه گذاری برای تبلیغ جهت جاذبه های گردشگری مانند سواحل زیبا و تفرجگاه ها |
| هند (Cohen I., 2012: 12)                                       | ساخت بیمارستان های معظم با ظرفیت بسیار زیاد<br>صدور ویزای پزشکی<br>کسب مجوزهای استاندارد بین المللی برای مراکز درمانی   |

منبع: مندرج در جدول

### ۳ روش تحقیق

روش انجام این تحقیق، کیفی است؛ برای استخراج داده‌ها و مؤلفه‌ها، مصاحبه صاحب‌نظران و گزارش‌های کارشناسی بررسی شدند و با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون به عنوان یکی از روش‌های تحلیل محتوای کیفی، مورد تحلیل قرار گرفتند. با توجه به اینکه هدف پژوهش، اکتشافی است و به دنبال ساخت مفاهیم، الگوها و چارچوب‌ها است، اغلب یافته‌های نهایی از پیش معلوم نیستند. با توجه به پیاز فرایند پژوهش، از نظر جهت‌گیری‌های پژوهش، این پژوهش کاربردی و از لحاظ فلسفه‌های پژوهش، تفسیری است.

بر اساس تعاریف موجود، تحلیل مضمون، لذا تحلیل مضمون فقط یک روش کیفی نیست بلکه فرایندی است که می‌تواند در اکثر روش‌های کیفی به کار رود. همچنین این روش، امکان تبدیل اطلاعات کیفی به کمی را فراهم می‌کند. تحلیل مضمون روشی است که به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد و در عین حال غالباً به درستی درک نمی‌شود. این نوع تحلیل، یک ابزار مفید و در دسترس برای محققان کیفی است، اما سردرگمی در مورد زمینه‌های فلسفی و عدم دقت در نحوه توصیف، استفاده و پذیرش آن را در بین محققان، سخت کرده است (Kiger & Varpio, 2020: 850).

### ۳٫۱ روش و ابزار گردآوری اطلاعات

در روش تحلیل مضمون، مضامین به صورت استقرایی از الگوهای موجود در داده‌ها تولید می‌شوند که با تهیه دانش موجود از ادبیات به دست می‌آیند. در این روش داده‌ها به صورت برداشت‌های فوری ارائه می‌شوند که در کنار هم زمینه ساز نمایش نتایج بزرگتری از یافته‌ها می‌شوند. در واقع محقق با طی کردن مسیر رفت و برگشتی درون متن، یافته‌های جزئی که ناسازگار با سایر یافته‌ها هستند، کنار می‌گذارد تا تناقض‌ها به طور کامل حذف شوند (Peel, 2020: 25).

با نگاهی به سیاست‌ها، گزارش‌ها و مقالات تخصصی موجود در حوزه گردشگری سلامت، مشخص می‌شود که علی‌رغم وجود اظهارنظرهای تخصصی و متنوع در زمینه گردشگری سلامت، در خصوص شیوه توسعه زیرساخت‌های آن در کشور، مطالعات کافی وجود ندارد. لذا طراحی پرسش‌های ساختارمند بر مبنای ادبیات تحقیق انجام شد و ضمن آگاهی از خلأها و زمینه‌های قابل توسعه در این حوزه، مجموعه کاملی از زیرساخت‌های نیازمند توجه در گردشگری سلامت کشور به دست آمد. در این مسیر، ابتدا کدها، مضمون‌های پایه و مضمون‌های ساختاریافته از این مصاحبه‌ها به دقت استخراج شدند تا مبنای طراحی چارچوب توسعه زیرساخت‌های گردشگری سلامت قرار گیرند. قلمرو زمانی تحقیق به لحاظ گزارش‌ها و مصاحبه‌های بررسی شده مرتبط با حوزه گردشگری سلامت، تا مهر ۱۳۹۸ می‌باشد.

### ۳٫۲ اعتبارسنجی پژوهش

در پژوهش‌های کیفی از جمله تحلیل مضمون، معمولاً قابلیت اعتماد بستگی به میزان توافق میان کدگذاران محول می‌شود و ضرایب قابلیت اعتماد تحقیق، مرتبط با ضرایب توافق میان داوران است. برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد لازم است که حجم نمونه استاندارد باشد (Xu & Zammit, 2020:7). در این پژوهش به منظور اعتبارسنجی از شیوه کدگذاری دوگانه استفاده شد.

اندازه معمول ضریب قابلیت اعتماد مورد پذیرش برای اکثر تحقیقات بین ۸۰ تا ۹۰ درصد است (Braun & Clarke, 2006:80)، این تحقیق جزء مواردی است که برای اولین بار وارد عرصه جدید «تدوین چارچوب توسعه» می‌شود و دارای مفاهیمی است که ارزش تحلیلی بالایی دارد، لذا قابلیت اعتماد در یک حد وسط یعنی ۸۰ درصد انتخاب شد.

اعتبار و روایی در پژوهش حاضر همانند آنچه در تحقیقات کیفی مرسوم است «با تأکید بر قابلیت

است: (حداقل مقدار مورد پذیرش برای آلفا ۰٫۷ می باشد)

$$Alpha = 1 - \frac{0.0328}{0.24} \approx 0.86333$$

همچنین با توجه به اینکه ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بوده است، از رویکرد اسپیکارد به منظور ایجاد ارتباط میان پرسش‌های پژوهش و تعیین چارچوب مصاحبه‌ها استفاده شد و پروتکل مصاحبه تنظیم شد (Spickard, 2010:31). همچنین جهت ارزیابی اعتبار محتوایی پرسش‌های مصاحبه نیز از شاخص CVR استفاده شد و نظرات یک تیم ۱۰ نفری از خبرگان بررسی شد که در نتیجه تمام پرسش‌ها «ضروری» تشخیص داده شدند. با توجه به اینکه عدد محاسبه شده برای CVR، برابر ۰/۸ شد و مقدار CVR در تیم‌های ۱۰ نفره حداقل باید ۰/۶۲ باشد، بنابراین در دامنه قابل پذیرش واقع شد.

### ۳٫۳ روش و ابزار تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه و تحلیل اطلاعات در روش تحلیل مضمون مبتنی بر فرآیند «کدگذاری» است. مضمون، چارچوبی است که در داده‌ها یافت می‌شود و حداقل به توصیف و سازمان‌دهی مشاهدات و حداکثر به تفسیر جنبه‌هایی از پدیده مورد بررسی می‌پردازد (Xu & Zammit, 2020:7).

شبکه مضامین بر اساس یک رویه مشخص، مضامین زیر را نظام‌مند می‌کند:

می‌شود. چنانچه مشارکت‌کننده گزینه متوسط یا کم را علامت بزند معادل عدم توافق و در صورتی که گزینه زیاد را مشخص کند به معنی توافق است. چنین رویه‌ای هم در مورد محتوای مضامین و هم در مورد صحت طی مراحل فرآیندی روش تحقیق مورد پرسش قرار می‌گیرد.

اعتماد، اصالت داده‌ها، مربوط بودن، و موثق بودن» انجام می‌گیرد (Braun & Clarke, 2006:80) علاوه بر معیارهای مذکور تکنیک‌های کمی نیز برای سنجش قابلیت تعمیم‌پذیری پژوهش‌های کیفی پیشنهاد شده است. جهت محاسبه قابلیت اعتماد در این پژوهش از آلفای کریپندورف استفاده شد، چرا که برای حجم نمونه‌هایی نسبتاً کوچک (مانند این پژوهش) نیز قابل انطباق و به کارگیری است. محاسبه قابلیت اعتماد به صورت زیر است.

$$Alpha = 1 - \frac{Do}{Dc}$$

که در آن (Do) عدم توافق مشاهده شده، و (Dc) عدم توافق مورد انتظار بوده و مطابق با فرمول زیر محاسبه می‌شوند:<sup>۲</sup>

$$Do = \frac{1}{n} \sum_c \sum_k ock * metric \delta^2 Ck$$

$$Dc = \frac{1}{n(n-1)} \sum_c \sum_k nC * nk * metric \delta^2 Ck$$

C: تعداد سطرهای ماتریس ارزش‌ها (کدگذاران)

K: تعداد ستون‌های ماتریس ارزش‌ها (کدگذاران)

Ock: حاصل جمع عناصر c و k

در فرمول فوق، عدم توافق مشاهده شده در واقع محتوای مضامین یا تحلیل داده‌های کیفی را مورد نظر دارد. به این معنا که عنوان مضمون کدگذاری شده تا چه میزان با محتوای متن اصلی سند تطابق داشته است و عدم توافق مورد انتظار نیز به موضوع ارائه نظرات مشارکت‌کنندگان درباره فرآیند و طی درست مراحل کدگذاری می‌پردازد. بر این مبنا، آلفای به دست آمده حدود ۸۶ درصد و در حد قابل پذیرش

<sup>۱</sup> Trustworthiness

<sup>۲</sup> به منظور استخراج میزان Do و Dc، پرسشنامه‌هایی در اختیار مشارکت‌کنندگان تحقیق قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه عناوین مضامین یا خروجی‌های تحلیل کیفی به همراه نمونه‌های کدگذاری باز درج شده است و میزان مطابقت از طریق پرسش‌های گزینه‌ای تطابق زیاد-متوسط و کم مورد سوال واقع





لذا با توجه به اینکه وظیفه محقق این است که با توجه به جوانب گوناگون مربوط به تحقیق خود، در خصوص این امر تصمیم گیری کند، اینگونه تشخیص داده شد که با توجه به نوع اطلاعات گردآوری شده، عدم استفاده از نرم افزار می تواند به محقق کمک کند تا از داده ها فاصله نگیرد و تمرکز بهتری بر مضامین استخراج شده برای پاسخ به مسأله تحقیق داشته باشد.

## ۴ تجزیه و تحلیل

### ۴٫۱ استخراج کدهای مربوط به زیرساختهای گردشگری سلامت

پس از مطالعه عمیق گزارش ها، مقالات و پژوهش های دانشگاهی و مصاحبه های صاحب نظران و مسئولین حوزه های مختلفی از جمله گردشگری، پزشکی و سلامت، حمل و نقل، بانک و بیمه، امور خارجه و دانشگاه، 238 جمله و عبارت و به تبع آن 238 کد از متن استنتاج شد. 50 مضمون پایه و هفت مضمون سازمان دهنده با عناوین (زیرساخت های اقتصادی، زیرساخت های اجتماعی، زیرساخت های سیستمی، زیرساخت های نظارتی، زیرساخت های حمل و نقل، زیرساخت های فیزیکی و زیرساخت های اشتراکی) با مضمون فراگیر «زیرساختهای گردشگری سلامت در ایران» استخراج شده است. در ادامه به بخشهایی از جداول اشاره می گردد.

مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی موجود در متن)

مضامین سازمان دهنده (مقولات به دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه)

مضامین فراگیر (مضامین عالی در برگیرنده اصول حاکم بر متن به عنوان یک کل). سپس این مضامین به صورت نقشه های شبکه وب رسم می شوند که در آن مضامین برجسته هر یک از این سه سطح همراه با روابط میان آنها نشان داده می شود. شبکه مضامین به عنوان رویه ای برای تهیه مقدمات تحلیل یا ارائه نتایج پایانی تحلیل نیست، بلکه تکنیکی برای شکستن متن و یافتن نکات معقول و برجسته روشنی در درون متن است (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۷۰).

در این تحقیق از نرم افزارهای خاص تحلیل داده های کیفی استفاده نشده است، چرا که اگرچه در خصوص استفاده از این نرم افزارها به مزایایی از جمله صرفه جویی در وقت، توانایی مدیریت حجم وسیعی از اطلاعات، افزایش صحت و اعتبار داده ها و دقیق بودن شیوه برخورد با داده ها و امکان انجام تحلیل های پیچیده تر اشاره شده است، اما محدودیت هایی نیز در استفاده از این نرم افزارها وجود دارد که از جمله آنها می توان به یکنواخت سازی رویکرد های تحلیل داده های کیفی، دادن امتیاز بیش از حد به کدگذاری و فاصله گرفتن محقق از داده ها اشاره کرد (یمانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۲۳).

### جدول ۳ بخشی از کدهای باز استخراج شده از متن مصاحبه های مرتبط با چالش های گردشگری سلامت

| ردیف | متن  | کد   |
|------|--|--|
| ۱    | متاسفانه در زمینه هتلینگ، زیرساختهای درمانی مناسبی در بیمارستان ها پیش بینی نشده است   | ضعف زیرساخت های هتلینگ درمانی  |
| ۲    | نبود بخش IPD در برخی بیمارستان ها، بیماران خارجی را سردرگم کرده است.   | ضعف بخش پذیرش بیماران خارجی در بیمارستان ها                              |
| ۳    | در زمینه نظارت های مورد نیاز نظام پزشکی در حوزه گردشگران سلامت، زیرساخت یا ساز و کار مناسبی نداریم.  | ضعف زیرساخت های نظارتی و رصد بیماران در فرایند درمان                     |
| ۴    | مشکل عدم صدور ویزای درمانی از سوی وزارت امور خارجه سبب می شود بیماران بدحال، منصرف شوند.   | ضعف در صدور به موقع ویزای درمانی   |
| ۵    | نبود آژانس های توریسم پزشکی که تنها حمل و نقل بیماران را عهده دار باشد   | ضعف در ارائه خدمات حمل و نقل خاص برای گردشگران پزشکی                     |
| ۶    | شهرک های گردشگری سلامت نیاز به توجه ویژه دارند و این شهرک هاخیلی از مسائل و نواقص موجود را رفع می کند.   | عدم حمایت کافی جهت ایجاد زیرساخت های جامع از جمله شهرک های گردشگری سلامت |
| ۷    | مراکز درمانی طبیعی از امکانات جانبی میزبانی و تفریح و کمک های اضطراری برخوردار نیستند.   | ضعف در ارائه خدمات تفریحی و اضطراری در مراکز درمانی طبیعی                |
| ۸    | زیرساخت های فعلی، امکان نظارت دولت بر تخلفات بعضی افراد و بخش ها را منتفی کرده است.  | ضعف زیرساخت های نظارتی و رصد ارائه کنندگان خدمات                         |
| ۹    | بیمه های بین المللی به ایران ورود نکرده اند و زیرساخت بیمه گردشگران سلامت فراهم نشده است.  | ضعف زیرساخت های بیمه ای بخصوص بیمه های معتبر بین المللی                  |
| ۱۰   | تدارکات تفریحی برای گردشگران سلامت (بیماران و همراهان) نادیده گرفته شده است و صرفاً بر خدمات درمانی تمرکز شده است.   | ضعف زیرساخت های تفریحی   |
| ۱۱   | سایت ها و شبکه های اطلاع رسانی و تبلیغاتی مناسبی برای جذب گردشگران پزشکی از کشورهای متقاضی وجود ندارد.   | ضعف خدمات رسانه ای و تبلیغات نامناسب و ناکافی                            |
| ۱۲   | سازوکار منسجمی برای بیمه بیماران خارجی وجود ندارد.   | ضعف زیرساخت های بیمه ای بخصوص بیمه های معتبر بین المللی                  |
| ۱۳   | بسیاری از بیمارستان ها، تجهیزات و فناوری های مورد نیاز را ندارند.  | کافی نبودن زیرساخت های فنی   |
| ۱۴   | داشتن وب سایت مرکزی برای دسترسی بیماران به اطلاعات مراکز درمانی و تسهیلات مربوط.   | ضعف خدمات مجازی و عدم ارائه اطلاعات کافی از طریق وب                      |
| ۱۵   | بیمارستان ها در ارائه خدمات با کیفیت به بیماران داخلی عاجزند، چه برسد به بیماران متوقع خارجی.  | ضعف بیمارستان های داخلی در ارائه خدمات همزمان به بیماران داخلی و خارجی   |
| ۱۶   | در خصوص بیماری هایی که می تواند از سایر کشورها وارد شود، باید فکری کرد.  | نبود تمهید لازم در خصوص بیماری های وارداتی از طریق گردشگران سلامت        |
| ۱۷   | تغییرات زیربنایی و سریع مراکز درمانی (مهندسی مجدد و ...)   | ضعف در خدمات مدیریتی از جمله بازمهندسی فرایندهای درمانی                  |
| ۱۸   | نبود زیرساخت های انتقال وجه و انجام امور بانکی کار شرکت های تسهیل گر و گردشگران را با مشکل مواجه ساخته است.  | ضعف در زیرساخت های مالی و عدم ارائه خدمات مناسب بانکی                    |
| ۱۹   | تعداد معدودی از بیمارستان ها، گواهی های استاندارد بین المللی نظیر JCI دارند و این موضوع سبب می شود بیماران اعتماد کافی به خدمات بیمارستان های ایرانی پیدا نکنند. | نداشتن گواهی های استاندارد بین المللی                                    |
| ۲۰   | آمار دقیقی از گردشگران سلامت در دسترس نیست و آمار موجود، تخمینی و غیر قابل استناد است.   | نبود نظام آماری دقیق   |

منبع: بررسی های تحقیق حاضر



جدول ۴ بخشی از جداول استخراج مضامین پایه و سازمان دهنده از کدهای باز مربوط به زیرساختهای گردشگری سلامت

| ردیف | کد   | مضمون پایه                    | مضمون سازمان دهنده |
|------|--|-------------------------------|--------------------|
| ۱    | ضعف زیرساخت های هتلینگ درمانی  | ضعف هتلینگ                    | زیرساخت فیزیکی     |
| ۲    | ضعف بخش پذیرش بیماران خارجی در بیمارستان ها (نبود بخش/عدم آموزش مناسب)   | ضعف در پذیرش                  | زیرساخت اشتراکی    |
| ۳    | ضعف زیرساخت های نظارتی و رصد بیماران در فرایند درمان                     | ضعف در نظارت                  | زیرساخت نظارتی     |
| ۴    | ضعف در صدور به موقع ویزای درمانی   | ضعف در جذب بیمار              | زیرساخت اجتماعی    |
| ۵    | ضعف در ارائه خدمات حمل و نقل خاص برای گردشگران پزشکی                     | ضعف در حمل و نقل              | زیرساخت حمل و نقل  |
| ۶    | عدم حمایت کافی جهت ایجاد زیرساخت های جامع از جمله شهرک های گردشگری سلامت | نبود زیرساخت های جامع         | زیرساخت اشتراکی    |
| ۷    | ضعف در ارائه خدمات تفریحی و اضطراری در مراکز درمانی طبیعی                | ضعف خدمات جانبی               | زیرساخت اشتراکی    |
| ۸    | ضعف زیرساخت های نظارتی و رصد ارائه کنندگان خدمات                         | ضعف در نظارت                  | زیرساخت نظارتی     |
| ۹    | ضعف زیرساخت های بیمه ای بخصوص بیمه های معتبر بین المللی                  | ضعف زیرساخت های بیمه ای       | زیرساخت سیستمی     |
| ۱۰   | ضعف زیرساخت های تفریحی   | ضعف خدمات جانبی               | زیرساخت اشتراکی    |
| ۱۱   | ضعف خدمات رسانه ای و تبلیغات نامناسب و ناکافی                            | ضعف خدمات رسانه ای            | زیرساخت اجتماعی    |
| ۱۲   | ضعف زیرساخت های بیمه ای بخصوص بیمه های معتبر بین المللی                  | ضعف زیرساخت های بیمه ای       | زیرساخت سیستمی     |
| ۱۳   | کافی نبودن زیرساخت های فنی   | ضعف زیرساخت های فنی           | زیرساخت فیزیکی     |
| ۱۴   | ضعف خدمات مجازی و عدم ارائه اطلاعات کافی از طریق وب                      | ضعف خدمات مجازی               | زیرساخت سیستمی     |
| ۱۵   | ضعف بیمارستان های داخلی در ارائه خدمات همزمان به بیماران داخلی و خارجی   | ضعف در ارائه خدمات همزمان     | زیرساخت اشتراکی    |
| ۱۶   | نبود تمهید لازم در خصوص بیماری های وارداتی از طریق گردشگران سلامت        | ضعف در جلوگیری از ورود بیماری | زیرساخت نظارتی     |
| ۱۷   | ضعف در خدمات مدیریتی از جمله بازمهندسی فرایندهای درمانی                  | ضعف در خدمات مدیریتی          | زیرساخت سیستمی     |
| ۱۸   | ضعف زیرساخت مالی و ارائه خدمات نامناسب بانکی                             | ضعف زیرساخت مالی              | زیرساخت اقتصادی    |
| ۱۹   | نداشتن گواهی های استاندارد بین المللی                                    | ن گواهی های استاندارد         | زیرساخت اشتراکی    |
| ۲۰   | نبود نظام آماری دقیق   | نبود نظام آماری               | زیرساخت سیستمی     |

منبع: بررسی های تحقیق حاضر

## ۵ نتیجه گیری

پژوهش‌های موجود در زمینه گردشگری سلامت اغلب ناظر به نقاط قوت و فرصت‌های منطقه‌ای بوده است. پژوهش‌هایی هم که با تمرکز بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت انجام شده است، به شناسایی برخی زیرساخت‌ها بسنده کرده‌اند. وجه نوآورانه این بررسی، شناسایی زیرساخت‌های گردشگری سلامت و تعیین دستگاہ‌های مسئول از منظر خط‌مشی‌گذاری و اجرا است. به عبارت دیگر از نظر نگارندگان این مقاله، بسیاری از مسائل اجرایی و فرایندهای عملیاتی معیوب در حوزه گردشگری سلامت، از زیرساخت‌های ناقص موجود در این حوزه نشأت می‌گیرد.

بنابراین در بخش نتیجه‌گیری، تلاش شده است بر اساس مصاحبه‌ها و تحقیقات میدانی پاسخی برای پرسش‌های مطرح شده در ابتدای این مقاله ارائه گردد:

### ۵٫۱ زیرساخت‌های گردشگری سلامت در کشور چند دسته هستند و نهادهای مسئول برای توسعه زیرساخت‌های گردشگری سلامت در کشور کدام هستند؟

طراحی چارچوب توسعه زیرساخت‌های گردشگری سلامت نیازمند تعیین دستگاہ‌های مسئول جهت تأمین هر یک از زیرساخت‌ها است. به همین منظور با نگاهی دوباره به مصاحبه‌های انجام شده، سازمان‌ها و نهادهای مسئول به شرح زیر استخراج شد. شایان ذکر است به دلیل اشتراک وظایف دستگاہ‌ها و بین‌بخشی بودن موضوع گردشگری سلامت، طبیعی است که برای هر دسته از زیرساخت‌های شناسایی شده، چند نهاد یا سازمان قابل تعیین باشند.

منظور از زیرساخت‌اشتراکی، زیرساخت‌هایی است که نمی‌توان به یک موضوع مرتبط دانست. برای مثال در خصوص نداشتن گواهی‌های استاندارد بین‌المللی، دلایل مختلفی از قبیل مباحث تحریم، سیاست بین‌المللی و همچنین سطح پایین استانداردهای موجود در بیمارستان‌های کشور و عدم اقدام از جانب بیمارستان‌ها برای اخذ این گواهی‌ها می‌تواند دخیل باشد)

پس از بررسی کدهای باز و در نهایت مضامین پایه، هفت دسته عمده از زیرساخت‌ها به دست آمد که نسبت به چهاردسته زیرساخت‌های شناسایی‌شده در ادبیات تحقیق، کامل‌تر و بومی‌تر است. لذا به عنوان هفت مضمون سازمان‌دهنده؛ زیرساخت‌های اقتصادی، زیرساخت‌های اجتماعی، زیرساخت‌های سیستمی، زیرساخت‌های نظارتی، زیرساخت‌های حمل و نقل، زیرساخت‌های فیزیکی و زیرساخت‌های اشتراکی در نظر گرفته شده‌اند. تعیین مضمون فراگیر از منظرهای مختلف قابل انجام است. با توجه به محوریت موضوع زیرساخت‌ها در موانع توسعه گردشگری سلامت که در بیان اغلب مصاحبه‌شوندگان و همچنین گزارش‌ها و پژوهش‌ها نیز مورد تأکید است، لذا «زیرساخت‌های گردشگری سلامت در ایران» با نگاه انتقادی به این موضوع انتخاب شد. انتخاب عنوان زیرساخت‌های گردشگری سلامت در ایران به عنوان مهم‌ترین مانع شناسایی شده در مسیر توسعه حوزه گردشگری سلامت، می‌تواند سبب توجه بیشتر به خلأهای قانونگذاری شود و بستر مناسب جهت تخصیص بودجه صحیح و تدوین و اجرای خط‌مشی‌های متناسب جهت اصلاح این نقیصه فراهم آید.



### جدول ۵ سازمان ها و نهادهای مسئول توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت

| سازمان ها و نهادهای مسئول  | زیرساخت های کلان  |
|--|-------------------|
| وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، بیمارستانها، وزارت راه و شهرسازی   | زیرساخت فیزیکی    |
| اتاق بازرگانی، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، بانک مرکزی، قوه قضائیه(دادگاه ها)، سفارتخانه‌ها  | زیرساخت اشتراکی   |
| سازمان نظام پزشکی، سازمان نظام پرستاری، موسسات ارزیابی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، انجمن‌ها و اتحادیه‌ها، پلیس(اداره گذرنامه)، وزارت کشور | زیرساخت نظارتی    |
| نهادهای مذهبی، رسانه ها، نهادها و انجمن ها، موسسات آموزشی و دانشگاه ها، صدا و سیما، وزارت کشور   | زیرساخت اجتماعی   |
| وزارت راه و شهرسازی (خطوط هوایی، آژانس ها و هتلدارها)  | زیرساخت حمل و نقل |
| بانک مرکزی، سایر بانک ها و بیمه، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، وزارت امور خارجه، سفارتخانه ها، سازمان توسعه تجارت         | زیرساخت سیستمی    |
| سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی، سایر بانک ها و بیمه، سازمان توسعه تجارت   | زیرساخت اقتصادی   |

#### منبع: بررسی های تحقیق حاضر

۳. برنامه ریزی برای ایجاد و توسعه زیرساخت‌های لازم در صنعت گردشگری سلامت در کشور

۴. تدوین دستورالعمل و آئین‌نامه های لازم به منظور ساماندهی کلی فعالیت های مرتبط با گردشگری سلامت

۵. تدوین دستورالعمل ها و آئین نامه های لازم به منظور هدایت فعالانه بخش دولتی و خصوصی و جلوگیری از فعالیت غیرقانونی فعالان صنعت گردشگری سلامت در کشور

در رهگذر طراحی چارچوب و با عطف نظر به نهادها و سازمان های مسئول و زیرساخت های مربوطه، جدول دسته بندی زیرساخت‌های مورد نیاز در فرایند گردشگری سلامت به دست می آید که تا حد زیادی به طراحی چارچوب نهایی کمک می کند:

نکته مهمی که باید در مدل نهائی بدان توجه شود، نحوه هماهنگی این سازمان ها و نهادهای مسئول و ارائه ساز و کار مناسب جهت جلوگیری از موازی کاری بین آنهاست. یکی از مهمترین روش های هماهنگی بین نهادهای بازیگر در کشور در زمینه گردشگری سلامت، تشکیل «شورای راهبری گردشگری سلامت» است که با ترکیب نهادهای مؤثر و تعیین نقش ها انجام می شود. تعیین سیاست های اجرایی، تقسیم وظایف و برخی هماهنگی ها بین نهادهای فعال در این شورا انجام می شود. اهداف این شورا عبارتست است از:

۱. هماهنگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت در صنعت گردشگری سلامت کشور

۲. برنامه ریزی برای ارتقاء و توسعه صنعت گردشگری سلامت در کشور



جدول ۶ دسته بندی زیرساختهای مورد نیاز در فرایند گردشگری سلامت

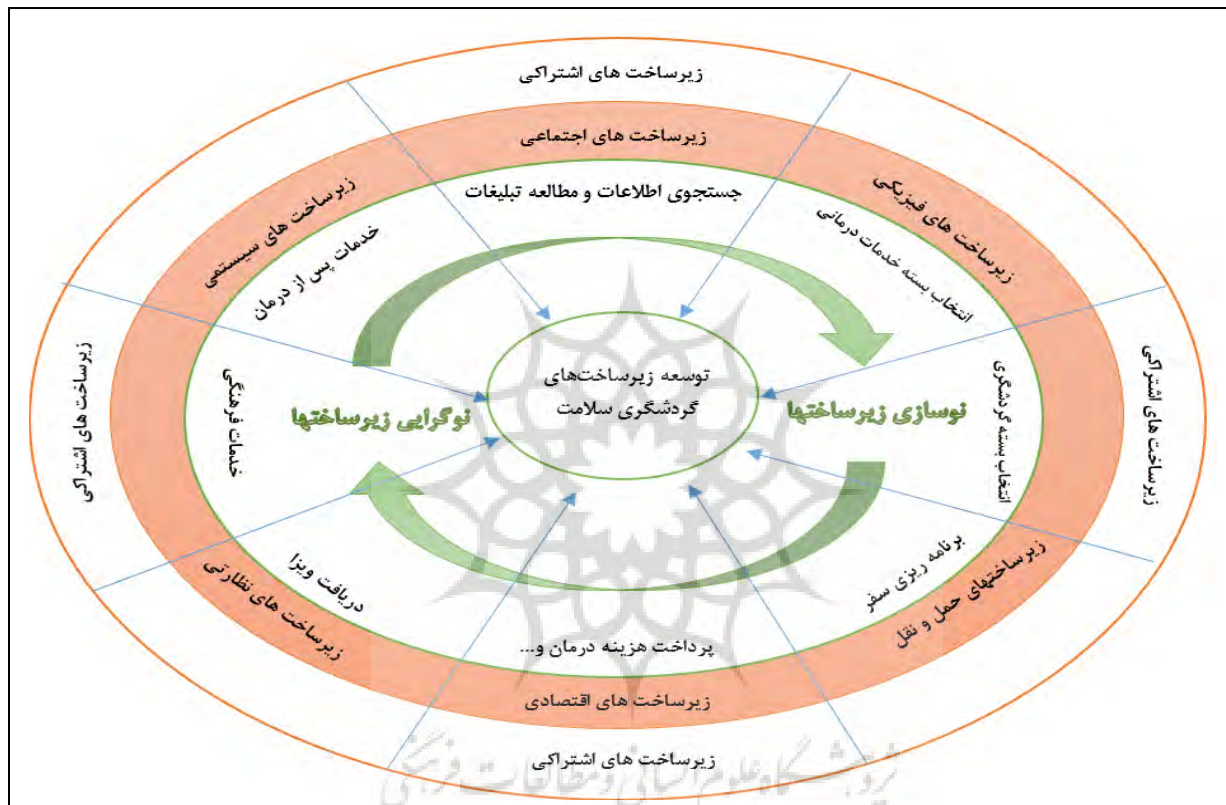
| مرحله | فرایند                          | زیرساخت مورد نیاز   | سازمان ها  |
|-------|---------------------------------|---|--|
| ۱     | جستجوی اطلاعات و مطالعه تبلیغات | مطالعه سایت بیمارستان ها  | وزارت بهداشت   |
| ۲     |                                 | مطالعه اطلاعات شرکتهای تسهیلتگر   | سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری  |
| ۳     |                                 | بررسی تبلیغات   | رسانه ها، نهادها   |
| ۴     | انتخاب بسته خدمات درمانی        |   | وزارت بهداشت، بیمارستانها، نظام پزشکی،   |
| ۵     | انتخاب بسته گردشگری             |   | سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری  |
| ۶     | تهیه بلیط هواپیمایی بین المللی  | زیرساخت حمل و نقل   | خطوط هوایی   |
| ۷     | برنامه ریزی سفر                 | رزرو هتل  | هتلدارها   |
| ۸     |                                 | حمل و نقل داخلی   | زیرساخت حمل و نقل  |
| ۹     | انجام پرداخت ها                 | هزینه درمان   | بانکها، بیمارستان ها   |
| ۱۰    |                                 | هزینه گردشگری   | بانکها، مقاصد گردشگری  |
| ۱۱    |                                 | بیمه  | شرکت های بیمه، بانک مرکزی  |
| ۱۲    | دریافت ویزا                     |   | وزارت امور خارجه   |
| ۱۳    | خدمات پس از درمان               | اسپاها  | سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری  |
| ۱۴    |                                 | شکایت از عوارض پس از درمان  | دادگاه ها، سازمان نظام پزشکی   |
| ۱۵    | خدمات مستمر (در تمام مراحل)     | امنیت، نظارت بر کیفیت خدمات، احترام به فرهنگ گردشگران، ترجمه به زبانهای مختلف، خدمات ارتباطات | پلیس، وزارت کشور، موسسات ارزیابی و سازمان نظام های پزشکی و پرستاری، موسسات آموزشی، نهادهای فرهنگی و مذهبی، |

منبع: بررسی های تحقیق حاضر

## ۵٫۲ چارچوب توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت در کشور باید چگونه باشد؟

بر اساس دسته بندی زیرساختهای مورد نیاز در فرایند گردشگری سلامت و سازمان ها، نهادها و

موسسات مسئول در هر مرحله از فرایند، می توان چارچوب توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت را به صورت زیر ترسیم کرد:



نمودار ۲ چارچوب توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت

منبع: تحقیق حاضر

یکی دیگر از مؤلفه های مهم در چارچوب موردنظر، مفاهیم نوسازی و نوگرایی زیرساخت هاست. با توجه به آمارهای اعلام شده و مصاحبه های صورت گرفته در این پژوهش، می توان گفت تمام زیرساخت های شناسایی شده در این تحقیق با میزان و سطح پیشرفت متفاوتی در کشور وجود دارد. بنابراین نمی توان گفت در این زمینه در نقطه شروع قرار داریم، چراکه ایران یکی از

یکی از نکات مهم جایگاه زیرساخت های اشتراکی نسبت به زیرساخت های دیگر است. زیرساخت های اشتراکی از جمله امنیت، خدمات ترجمه، ارتباطات و گواهی های استاندارد خدمات در موارد مختلف (مراکز درمانی، هتل و ...) فضای حاکم بر تمام زیرساخت ها است و تمام سازمان ها باید به آنها توجه داشته باشند.

۲. نوگرایی<sup>۲</sup>: این مفهوم شامل به‌روزرسانی و به‌روزآوری مبتنی بر خدمات نوین و هوشمند مورد نیاز گردشگران سلامت خواهد بود. مدرن شدن گردشگری سلامت از طریق استفاده از تجهیزات و ابزارهای هوشمند و مدرن، زمینه ساز ارائه خدمات مدرن و در مقیاس جهانی خواهد بود (Joss, 2019: 22).

ایجاد چرخه نوسازی و نوگرایی با توجه به پیشرفت روزافزون کشورها در این عرصه، امری اجتناب ناپذیر و مستمر است و تشخیص نیازها و خواسته‌های گردشگران سلامت همواره باید در این چارچوب مورد توجه قرار گیرد.

کشورهای معتبر در بسیاری از زمینه های پزشکی و همچنین مواهب طبیعی درمانی به شمار می رود. با این حال خدمات ایجادشده، با هدف گردشگری سلامت توسعه پیدا نکرده است و اغلب برای پاسخگویی به نیاز متقاضیان داخلی فراهم شده است. بنابراین دو مفهوم در چارچوب نهائی پیش‌بینی شده است.

۱. نوسازی<sup>۱</sup>: این مفهوم به بهبود و تکمیل و توسعه فیزیکی اشاره دارد و در بسیاری از کشورها با توجه به قدمت ساختمان ها و تجهیزات مورد استفاده در حوزه گردشگری سلامت، اقدامات مستمری در راستای نوسازی و بهسازی امکانات فیزیکی صورت می گیرد (Giorgi, et al., 2020:1161).

## منابع

### منابع فارسی

- ابوالحسنی، نازنین. (۱۳۹۳). جنبه های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی. اخلاق زیستی، ۱۰۰-۸۱.
- جابری، علیرضا. (1387). طراحی الگوی گردشگری سلامت ایران. پایان نامه دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، 26.
- چگین، میثم. (۱۳۹۷). تدوین الگویی برای خط مشی گذاری گردشگری پزشکی در ایران. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی. تهران
- چگین، میثم. واعظی، رضا و اصلی پور، حسین (۱۳۹۷). چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون، فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، دانشگاه علامه طباطبائی. شماره ۴۱، صص ۴۰-۱
- سعیدبخش، سعید، کاظمی، علی، نعمت بخش، محمدعلی و رنجبریان، بهرام. (۱۳۹۹). طراحی مدل بازاریابی الکترونیکی گردشگری پزشکی جمهوری اسلامی ایران. صص ۱۲۸-۱۰۵
- شالباغیان، علی اصغر (۱۳۹۴). گردشگری سلامت در رویکردی جامع. مهکامه.
- عابدی جعفری، حسن؛ تسلیمی، محمد سعید؛ فقیهی، ابوالحسن؛ شیخ زاده، محمد (۱۳۹۰). تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده های کیفی. اندیشه مدیریت راهبردی، ۱۵۱-۱۹۸.
- محمدی، سعدی، خالدی، فریدون (۱۳۹۸). تحلیل عوامل مؤثر بر رضایتمندی گردشگران خارجی سلامت مطالعه موردی: گردشگران

<sup>2</sup> Modernity

<sup>1</sup> Renovation



یمانی، نیکو، نصر، احمدرضا و منجمی، سیدامیرحسین. (۱۳۸۶). تحلیل داده های پژوهش های کیفی با استفاده از نرم افزار. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۴۲۳.

اقلیم کردستان عراق. فصلنامه گردشگری شهری، ۱۶-۱.

## منابع لاتین

- Adobayo, K.A., Iweka, C.O.A. (2014). Optimizing the Sustainability of Tourism Infrastructure in Nigeria through Design for Deconstruction Framework. *American Journal of Tourism Management*, 3(1A), 13-19.
- Agyeiwaah, E. (2019). Over-tourism and sustainable consumption of resources through sharing: the role of government. *international Journal of Tourism Cities*, Vol. 6 No. 1, 99-116.
- Altin U, Bektas G, Antep Z, et al.(2012) The international patient's portfolio and marketing of turkish health tourism. *Procedia Soc Behav Sci*. 58:1004-1007
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). "Using Thematic Analysis In Psychology". *Qualitative Research in Psychology*, 77-101.
- Benner, M. (2019). Tourism in the context of smart specialization: the example of Montenegro. *CURRENT ISSUES IN TOURISM*. 2624-2630
- Chee, H. (2007). *Medical Tourism In Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare*. Asia Research Institute Working Paper, 83, 1-32.
- Cohen, E. (2006). *Medical tourism in Thailand*. AU-GSB e-journal, 1.
- Cohen, I. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics. *Developing World Bioethics* 12(1), 9-20.
- Connell, J. (2008). *Tummy tucks and the Taj Mahal? Medical tourism and the globalization of health care*. Woodside, A. G. & Martin, D. (eds.) *Tourism management: analysis, behaviour and strategy*.: Oxford: CABI.
- Deka, A. (December 2019, Vol. 10, No. 12). Medical Tourism and its Scope in India. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 145.
- Flood, C. (2019). Medical Tourism's Impact on Health Care Equity and Access in Low- and Middle-Income Countries: Making the Case for Regulation. *The Journal of Law Medicine & Ethics* 41(1), 286-300.
- George, A. S. (2007). Medical Tourism: An Analysis with Special Reference to India. *Journal of Hospitality Application and Research (JOHAR)*, 2 (1).
- Gianfaldoni, S. T. (2017). History of the baths and thermal medicine. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, Vol. 5 No. 4, 566-568.
- Giorgi, E., Cattaneo, T., Ni, M., & Alatrisme, R. (2020). Sustainability and Effectiveness of Chinese Outline for National Tourism and Leisure. *Sustainability*.1161

- Glinos, I. B. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place* 16(6), 1145-55.
- Hall. (2013). Medical tourism: The ethics, regulation and marketing of health mobility. *Abingdon:Routledge*.
- Joss, S., Sengers, F., Schraven, D., Caprotti, F., & Dayot, Y. (2019). The Smart City as global discourse: Storylines and critical junctures across 27 cities. *J. Urban Technol.*, 3-34.
- JOVANOVIĆ, S., & ILIĆ, I. (2016). INFRASTRUCTURE AS IMPORTANT DETERMINANT OF TOURISM DEVELOPMENT IN THE COUNTRIES OF SOUTHEAST EUROPE. *ECOFORUM, Volume 5, Issue 1 (8)*, 288-295.
- Kiger, M., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher*, 846-854.
- Kim, M. & (2009). A Framework for Health Tourism: A case study of Jeju Province in the Republic of Korea (South Korea). 150-159.
- Kim, S., Arcodia, C., & Kim, I. (2019). Critical Success Factors of Medical Tourism: The Case of South Korea. *International journal of Environmental Research and Public Health*. 1-15
- Lovelock, J. L. (2013). *The Ethics of Tourism: Critical and Applied Perspectives*. USA: Routledge. 150-152
- Mahdavi, Y. (2013). The Factors in Development of Health Tourism in Iran. *International Journal of Travel Medicine & Global Health, Volume 1, Issue 3*, 113-118.
- Meléndez, & Del-Águila-Obra. (2016). Health Tourism: Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination. *Tourism & Management Studies*, 86-96.
- Mijajlović, M., Puška, A., Stević, Ž., Marinković, D., Doljanica, D., Jovanović, S., ... Beširović, J. (2020). Determining the Competitiveness of Spa-Centers in Order to Achieve Sustainability Using a Fuzzy MultiCriteria Decision-Making Model. *Sustainability*. 8584
- Peel, K. (2020). A Beginner's Guide to Applied Educational Research using Thematic Analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, Vol. 25.
- Ramirez, d. A. (2007). Patients Without Borders: the Emergence of Medical Tourism. *International Journal of Health Services*, 37 (1), 193- 98.
- Ritchie, J.R.B., Crouch G.I. (2005). *The Competitive Destination: A Sustainable Tourism Perspective*. CABI, Wallingford.
- SEMENOVA, Z. A., CHISTOBAEV, A. I., & GRUDTCYN, N. A. (2020). Management of the public-private partnership in health tourism. *Revista ESPACIOS*, 14.
- Spickard, P. (2010). The illogic of racial categories. In M. Root (ed.) *Racially Mixed people in America*, Thousand Oaks, CA: Sage: , 23-56.
- Swyngedouw, E. (2000). Elite power, global forces, and the political economy of "global" development, *The Oxford Handbook of Economic Geography*, ed. G. L. Clark, M. P. Feldman and M. S. Gertler, Oxford: Oxford University Press, p. 541-580.





- Tourism & Transport, F. (2012). *Tourism Infrastructure Policy and Priorities*. <http://www.ttf.org.au/Content/infprio201112.aspx>, accessed March 20, .
- watson, s. (2012). *medical tourism: a reference handbook*. California: Santa Barbara.
- World Travel&Tourism Council (a) (2017), *Travel & Tourism Economic Impact United States, United Kingdom*, [www.wttc.org](http://www.wttc.org)
- World Travel&Tourism Council (b) (2017), *Travel & Tourism Economic Impact 2017 Iran*, [www.wttc.org](http://www.wttc.org).
- Xu, W., & Zammit, K. (2020). Applying Thematic Analysis to Education: A Hybrid Approach to Interpreting Data in Practitioner Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1-9.
- Zhang, W.B. (2015) *Tourism, trade and wealth accumulation with endogenous income and wealth distribution among countries*, *EcoForum Journal*, 1 (6), pp. 7-13.

