



مجله‌ی برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری

سال پنجم، شماره‌ی ۱۸، پاییز ۱۳۹۵

صفحات ۷۲-۵۴

بخش‌بندی کسب و کارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی

راحله رنجنوش^۱

حمید ضرغام بروجنی^۲

ناصر حمیدی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۳

چکیده

گردشگری پزشکی امروزه به یک صنعت تبدیل شده و برای اقتصاد بسیاری از کشورها که پتانسیل پذیرش بیماران را دارند، صنعتی ارزشمند است. گردشگری پزشکی نوعی از گردشگری سلامت است که با هدف درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انجام می‌شود. در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری باشد. در این صورت ممکن است گردشگری او با سفر به نقاطی که این امکانات را دارند تکمیل شود. هدف این پژوهش خوشه‌بندی کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی جهت جذب تعداد بیشتری گردشگر پزشکی به ایران است. به این منظور، ابتدا با مطالعه ادبیات موضوع و مصاحبه با متخصصین، کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی، ویژگی‌های آنها شناسایی گردید. در مرحله بعد با بکارگیری الگوریتم ژنتیک تحلیل خوشه‌ای فازی انجام شد. نمونه آماری این پژوهش را ۱۰۱ نفر از بیماران خارجی مراجعه‌کننده به چهار بیمارستان در شهر تهران تشکیل می‌دهند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که اولاً، برخی از بیماران خارجی به دلیل درجه عضویت نزدیک، بطور همزمان عضو چند خوشه می‌باشند. ثانیاً، باتوجه به مراکز خوشه‌ها، خوشه دو و سه از حیث نوع کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی و ویژگی‌های آنها در سطح متوسط ولی خوشه یک در سطح پایین می‌باشند. و در نهایت اگر چه برای گردشگران پزشکی جاذبه اولیه، خدمات پزشکی است، اما جهت جذب هر چه بیشتر گردشگر پزشکی و رقابت فعال در این صنعت باید توجه به سایر خدمات و تسهیلات گردشگری (خدمات غذا و آشامیدنی، خدمات رفاهی، مراکز رفاهی و...) بیشتر شود.

واژه‌های کلیدی: کسب و کارهای گردشگری پزشکی، خوشه‌بندی فازی، الگوریتم ژنتیک.

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی دانشگاه علامه طباطبایی (tr1375@gmail.com)

^۲ دانشیار گروه مدیریت دانشگاه علامه طباطبایی

^۳ دانشیار گروه مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین

مقدمه

جهانی شدن برای اقتصاد کشور های در حال توسعه، یک تغییر عمده است (یانگ شنگ^۱، ۲۰۱۳: ۱۵۲). و گردشگری پزشکی یکی از مهمترین پدیده‌هایی است که در این تغییر ماهیت، مورد توجه قرار گرفته است. گردشگری پزشکی به مثابه شکل جدیدی از بازار در صنعت گردشگری است که در سال‌های اخیر به طور چشم گیری رشد یافته است (جاتاماس^۲ و همکاران، ۲۰۱۱: ۹۵). سفر با هدف بهبود سلامت، مشخص کننده گردشگری سلامت است. گردشگری پزشکی به عنوان زیر مجموعه ای از گردشگری سلامت را می توان یک فعالیت اقتصادی در نظر گرفت که مستلزم تجارت در خدمات و مشارکت حداقل دو بخش پزشکی و گردشگری است (بوکمن^۳، ۲۰۰۷: ۱). گردشگری پزشکی به معنای مسافرت بیماران به دیگر کشورها برای دریافت بعضی اشکال خدمات پزشکی می‌باشد. این خدمات ممکن است شامل طیف وسیعی از درمان‌ها باشند، اما در اغلب موارد شامل خدمات دندانپزشکی، جراحی زیبایی و سایر انواع جراحی‌ها است. سازمان جهانی گردشگری به طور خاص گردشگری درمانی را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد، بیش از ۲۴ ساعت به طول می‌انجامد (سازمان جهانی گردشگری^۴، ۲۰۰۸).

امروزه گردشگری پزشکی به یک صنعت تبدیل شده و برای اقتصاد بسیاری از کشورها که پتانسیل پذیرش بیماران را دارند، تبدیل به صنعت ارزشمندی شده است. بر طبق نظر سازمان جهانی سلامت^۵، تمایل به گردشگری پزشکی با پیامدهای وسیع اقتصادی در حال رشد است (وود وارد^۶، ۲۰۰۲: ۷). براساس آمار جهانی، گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۲، ۱۰۰ میلیارد دلار درآمدزایی داشته است. درحالی که این عدد در سال ۲۰۱۰ تنها ۴۰ میلیارد دلار بوده است. که این نشان از رشد ۶۰ میلیارد دلاری در عرض ۲ سال دارد. البته در این بین سهم کشورهای اسلامی از درآمدهای جهانی گردشگری سلامت تنها ۳ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۲ بوده و سهم ایران هم از راه جذب این نوع گردشگر در سال ۲۰۱۲ تنها ۳۵۰ میلیون دلار بوده است؛ یعنی در سال ۲۰۱۲ تنها ۰/۳۵ درصد از درآمد جهانی گردشگری سلامت سهم ایران بوده و با این میزان درآمد، ایران از نظر جذب گردشگر سلامت در رتبه ۱۰ جهان قرار گرفته است (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴: ۸۰). در قرن گذشته کشورهای پیشرفته جهان، از قبیل آمریکا و اتحادیه اروپا، به دلیل این که زیرساخت‌های فیزیکی، تسهیلاتی و تکنولوژیکی برای ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا را در

^۱ Yung-Sheng

^۲ Jutamas

^۳ Bookman

^۴ World Tourism Organization (WTO)

^۵ World Health Organization

^۶ David Woodward

اختیار داشتند- در حالیکه این تسهیلات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در دسترس نبودند- مقاصد محبوب برای مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شدند (لی^۱، ۲۰۱۲: ۲۱). البته تعیین مقاصد محبوب گردشگری پزشکی به دلیل این که هر کدام از کشورها در یک زمینه‌ی خاصی نسبت به سایر کشورها برتری دارند، سخت است. ولی در مجموع مقصدهای بزرگ گردشگری پزشکی جهان شامل کشورهای کاستاریکا، مکزیک، آمریکا، سنگاپور، تایلند، مالزی، هند، فیلیپین، تایوان، کره جنوبی و ترکیه هستند (رولاندی^۲، ۲۰۱۴). در ایران گردشگری پزشکی پدیده جدیدی به شمار نمی‌رود. در گذشته ساکنین کشورهای همسایه به ویژه کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس برای دریافت خدمات بهداشتی و سلامت به ایران مسافرت می‌کردند (تورانی و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۵۳). در حال حاضر علل اصلی مسافرت بیماران به ایران مربوط به کیفیت خدمات سلامت، هزینه‌های پایین دارو و درمان در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه، دسترسی به تجهیزات پیشرفته و جدید، وجود متخصصان و نیروی کارآمد در حوزه سلامت، فرهنگ و زبان مشابه و کمبود یا فقدان تجهیزات و نیروی متخصص در اغلب کشورهای مبدأ می‌باشد. در برنامه‌ی چهارم و پنجم توسعه‌ی ایران نیز در زمینه‌ی بهداشت و درمان، حضور فعال در بازارهای جهانی به دلیل رشد فزاینده‌ی مقوله‌ی جهانی‌سازی به عنوان رویکرد اصلی با هدف اشتغال‌زایی، رشد کیفی در بخش سلامت کشور و نزدیک شدن به استانداردهای جهانی، کسب درآمد و ارزآوری به کشور و حمایت از رشد اقتصادی و تبدیل شدن به قطب گردشگری سلامت در منطقه در نظر گرفته شده است. در بند ۲۹ سیاست‌های کلی برنامه‌ی پنجم توسعه نیز در سرفصل امور اقتصادی، بر راهبرد توسعه‌ی صادرات به ویژه در بخش خدمات با فناوری بالا، به نحوی که کسری تراز بازرگانی بدون نفت کاهش یابد و در تجارت خدمات توازن ایجاد گردد، تأکید شده است (جباری، ۱۳۸۸). طبق اعلام نظراشکی، دبیر کمیته گردشگری سلامت وزارت بهداشت و درمان، هر جهانگرد سلامت خارجی به طور میانگین بین ۴ تا ۶ هزار دلار پول وارد کشور می‌کند و چنانچه زیرساختهای گردشگری سلامت بدرستی در ایران فراهم گردند، کشور ایران می‌تواند به درآمد قابل توجهی از این صنعت دست یابد. با توجه به سود آور بودن این صنعت و پتانسیل بالای ایران در جذب گردشگران سلامت، گردشگری سلامت هنوز به عنوان یک صنعت ملی در ایران معرفی نگردیده است. این در حالیست که کشورهای ترکیه و هند به ترتیب سالانه ۷ و ۱۸ میلیارد دلار آمریکا از این صنعت درآمد کسب می‌کنند (ابن‌ا^۳، ۲۰۱۳). رویکرد بنیادی در توسعه خوشه‌های گردشگری به عنوان یک سیستم اقتصادی - اجتماعی، مبتنی بر دو پایه توانمندسازی و پایداری است (میلر^۴، ۲۰۰۷؛

^۱ Lee

^۲ Rollandi

^۳ ABNA

^۴ Miller

استوار^۱ و اسکینر^۲، ۲۰۰۵). دینفعان خوشه‌های گردشگری را واحدهای ارائه خدمات گردشگری، تامین‌کنندگان مواد اولیه، گردشگران، نهادهای مختلف پشتیبان، ارائه‌دهندگان خدمات کسب‌وکار، واحدهای مربوط به سیستم حمل‌ونقل عمومی و انجمن‌ها و نهادهای گردشگری شکل می‌دهند پژوهش حاضر با رویکرد کاربردی به بخش‌بندی کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی در جمهوری اسلامی ایران با استفاده از خوشه‌بندی فازی می‌پردازد. ایران به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، مزیت نسبی فراوانی در زمینه پزشکی در ابعاد گوناگون از جمله زیر ساختی، تکنولوژی، منابع پزشکی و هزینه‌های آن دارا است. اما به نظر می‌رسد با توجه به پتانسیل‌های موجود هنوز نتوانسته به جایگاه واقعی خود در جذب گردشگران پزشکی دست یابد.

ادبیات نظری

گردشگری پزشکی به عنوان یک صنعت فعال در کشورهای مختلف همچون تایلند، سنگاپور، مجارستان، آرژانتین، مالزی، کوبا، اسرائیل، برزیل، اردن، ترکیه، هند و ... می‌باشد که به توسعه‌ی پایدار و پویایی اقتصاد کشورها کمک می‌نماید (ریرکر جیمو و اسنوو، ۲۰۰۸). گردشگری پزشکی از حیطه‌ی وسیع‌تر گردشگری یعنی گردشگری سلامت نشأت گرفته است (ترنر^۳، ۲۰۱۰: ۴۴۳). در متون پزشکی و مطالعات سلامتی، گردشگری پزشکی به عنوان یک اصطلاح عمومی به کار می‌رود که منظور آن سفر خارجی با هدف جست‌وجوی درمان پزشکی است و این سفر با یا بدون خدمات گردشگری می‌باشد (هال^۴، ۲۰۱۱: ۱۲). با توجه به مطالعات انجام یافته، گردشگری پزشکی به عنوان شکل جدیدی از صنعت گردشگری، در سال ۱۹۸۰ از اروپا سرچشمه گرفت (گوچینگا و همکاران، ۲۰۱۳: ۶۷). گردشگری پزشکی، عبارت از سفر افراد به کشور دیگر برای دریافت خدمات پزشکی است که اغلب با گذراندن اوقات فراغت ترکیب می‌شود یا افراد فرصتی برای دریافت چنین درمانی در طول دوره‌ی فراغت خواهند داشت (کانل^۵، ۲۰۰۶). در مفهومی دیگر گردشگری پزشکی فرآیند ترک خانه برای انجام درمان و مراقبت درمانی در خارج از کشور است (دلویته^۶، ۲۰۰۸: ۲۸). براساس دیدگاه بوکمن، گردشگری پزشکی یک فعالیت اقتصادی مبتنی بر تجارت خدمات است که حداقل پیوند بین دو بخش پزشکی و گردشگری را تبیین می‌کند (بوکمن^۷، ۲۰۰۷: ۱). مطابق تعریف کوهن (۲۰۰۸)، گردشگر به عنوان فردی است که در زمان گذران اوقات فراغت در کشور

^۱ Stewart

^۲ Skinner

^۳ Turner

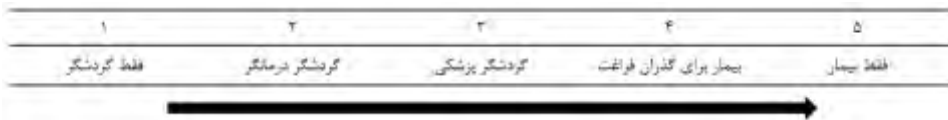
^۴ Hall

^۵ Connell

^۶ Deloitte

^۷ Bookman

میزبان هیچ استفاده‌ای از خدمات پزشکی ندارد. یک گردشگر درمانگر فردی است که درمان پزشکی را در زمانی که در طول سفر برای وی ناگهان مشکلات سلامتی رخ می‌دهد، دریافت می‌کند. گردشگر پزشکی فردی است که در کشور میزبان خدمات پزشکی و خدمات گردشگری را با هم دریافت می‌کند، سفر گردشگر با انگیزه‌ی دریافت خدمات درمانی در کنار گذران فراغت بوده است. بیمار برای گذران فراغت فردی است که کشور میزبان را برای هدف دریافت خدمات پزشکی انتخاب می‌کند، اما به طور ناگهانی از خدمات اوقات فراغت به خصوص در طول دوره‌ی نقاهت و پیگیری یک عمل جراحی یا درمان خاص بهره می‌گیرد. در نهایت یک بیمار فردی است که کشور میزبان را فقط برای دریافت خدمات پزشکی انتخاب نموده است.



شکل (۱) جایگاه گردشگری پزشکی

منبع: (کوهن^۱، ۲۰۰۸)

گوپتا^۲ (۲۰۰۷) گردشگری سلامت را ارائه خدمات پزشکی با کیفیت بالا و قیمت رقابتی و ارزان می‌داند که با همکاری صنعت گردشگری برای بیمارانی که به عمل‌های جراحی و دیگر خدمات تخصصی نیاز دارند، ارایه می‌شود. براساس هدف گردشگران سلامت از مسافرت به دیگر کشورها می‌توان گردشگری سلامت را به سه نوع تقسیم کرد:

الف- گردشگری تندرستی: مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم (اسپاها) برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی را در مواردی که گردشگر بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد

ب- گردشگری بازتوانی: مسافرت به منظور استفاده از منابع سلامت طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی.

ج- گردشگری پزشکی: مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی (کابالرو^۳ و موگومبک^۴، ۲۰۰۶).

^۱ Cohen

^۲ Gupta

^۳ Caballero

^۴ Mugomba

دو توسعه‌ی مرتبط که تقاضا برای گردشگری پزشکی را تسهیل می‌نمایند، کالاسازی خدمات و جهانی‌سازی خدمات هستند. کالاسازی فرآیندی است که بازار را از یک تولید منحصر به فرد به یک بازار بر اساس رقابت منتقل می‌کند که در آن تولید به دامنه یا حیطه‌ای رسیده است که می‌تواند در آزادسازی اقتصادی گام بردارد. فاکتور کلیدی دیگر در توسعه‌ی گردشگری پزشکی جهانی‌سازی خدمات است. بر اساس تعاریف ارائه شده در موافقتنامه‌ی عمومی تجارت خدمات^۱ حوزه‌ی تجارت خدمات بسیار وسیع است و کلیه‌ی جنبه‌های مثلث جهانی شدن اقتصادی شامل تجارت، سرمایه‌گذاری و مهاجرت را در بر می‌گیرد (تورانی و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۵۳). دلایل عمده‌ای وجود دارد که باعث می‌شود افراد برای دریافت مراقبت‌های سلامتی سفرهای بین‌المللی را انتخاب کنند، از جمله لیست‌های انتظار طولانی در کشورهای توسعه یافته، هزینه‌های پایین درمان‌های پزشکی در کشورهای در حال توسعه (بویر^۲، ۲۰۰۸)، مقرون به صرفه بودن هزینه‌های حمل و نقل بین‌المللی، توسعه‌ی اینترنت و ظهور شرکت‌های ارتباطی که به عنوان واسطه‌ی بین بیماران بین‌المللی و شبکه‌های بیمارستانی عمل می‌کنند و باعث دسترسی آسان بیماران به اطلاعات و قیمت‌ها می‌شوند و در نهایت، فناوری‌های پیشرفته که با خدمات مراقبت‌های بهداشتی جدید ایجاد شده است (سوتین^۳ و همکاران، ۲۰۰۷: ۲۳).

تنوع کسب و کارهای درگیر در گردشگری درمانی اتکا به نظام مدیریتی کارآمد را ضروری ساخته است. بررسی تجارب مختلف نشان داده است که خوشه بندی کسب و کارهای این صنعت دستیابی به مدیریت کارآمد را تسهیل می‌کند. یک خوشه مجموعه‌ای از بنگاه‌های تجاری و غیرتجاری متمرکز در یک منطقه جغرافیایی در یک منطقه اقتصادی را شامل می‌شود که برای تولید یک یا چند محصول نهایی مشابه و مرتبط برای کسب صرفه‌های اقتصادی بیرونی با یکدیگر ارتباطات عمودی و افقی برقرار نموده و ضمن رقابت با یکدیگر در بسیاری از موارد همکاری جمعی و اقدامات مشترک دارند. ساختار خوشه گردشگری به صورتی ساده شده دارای ساختاری پنج بخشی است. بخش مرکزی خوشه را واحدهای اصلی خوشه تشکیل می‌دهند و در اطراف هسته اصلی خوشه، مجموعه‌ای از نهادهای حمایتی پشتیبان، تامین‌کنندگان مواد اولیه، ارائه دهندگان خدمات کسب‌وکار و مشتریان/ گردشگران قرار دارند (ضرغام، ۱۳۹۴: ۵۳).

پیشینه تحقیق

در زمینه تحقیق حاضر مطالعات چندی توسط محققان مختلف انجام گرفته که برخی از آنها عبارتند از:

^۱ General agreement on trade in services(GATS)

^۲ Bovier

^۳ Suthin

سانگ هان^۱ (۲۰۱۴)، در پژوهشی به حفظ مشتری در صنعت گردشگری پزشکی، به توسعه مدلی از شرح شکل‌گیری قصد مسافران پزشکی بین‌المللی با در نظر گرفتن تاثیر کیفیت، رضایت، اعتماد و معقول بودن قیمت می‌پردازد. لیدیا ال جان (۲۰۱۱)، در پژوهشی با عنوان تسهیل گردشگری پزشکی (الگوهای تمایز خدمات)، به بررسی ماهیت تمایز در بازار برای تسهیل گردشگری پزشکی در ایالات متحده آمریکا پرداخته است. در این تحقیق از روش تجزیه تحلیل آنالیز اجزا اصلی استفاده نموده و تاکید بر نگرانی پزشکی، تاکید بر جنبه‌های سفر گردشگری پزشکی، تجزیه و تحلیل شرکت‌ها به ۶ نوع جداگانه بوده است. مارینا نولی و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهشی با عنوان شبکه‌ها، خلاقیت و خوشه‌سازی در گردشگری، به بررسی تجربه بریتانیا در زمینه استفاده از شبکه و خوشه در یک محیط رقابتی گردشگری می‌پردازد بر شیوه زیست سالم در گردشگری تمرکز دارد. سارا نوردین^۲ (۲۰۰۳)، در پژوهشی با عنوان خوشه‌سازی و خلاقیت در گردشگری، خوشه‌سازی را به عنوان راهی برای رشد و توسعه اقتصادی می‌داند. همچنین در این تحقیق ضمن بررسی خلاقیت و خوشه‌سازی، آموزه‌هایی از سایر کشورها را تحلیل و تفسیر کرده است. دانایی و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیقی با عنوان بخش‌بندی بازار توریسم درمانی در ایران با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه‌ای توریسم درمانی و تحلیل خوشه‌ای، به بخش‌بندی مشتریان خارجی براساس منافع مورد انتظارشان از خدمات درمانی پرداختند. نتایج نشان داد در بین چهار خوشه استخراج شده افراد بیشترین درصد اهمیت را به ارائه مراقبت توأم با احترام اختصاص داده‌اند.

رستمی (۱۳۹۲)، در پژوهشی با عنوان بخش‌بندی بازار گردشگری پزشکی ورودی ایران (مورد مطالعه بیمارستان‌های منتخب شهر تهران) پرداختند. نتایج تحقیق چهار خوشه متفاوت گردشگران پزشکی را نشان داد. این خوشه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات و درآمد)، جغرافیایی (کشور مبدا) و برخی متغیرهای رفتاری (مدت زمان اقامت، نوع خدمت درمانی، منبع اصلی اطلاعات برای سفر و انجام فعالیت جانبی) نیز با هم تفاوت معنادار داشتند. جباری (۱۳۹۱)، در پژوهشی با عنوان وضعیت موجود گردشگری پزشکی (مطالعه موردی کشور ایران) پرداخت. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش الماس مزیت و تحلیل محتوا استفاده شده و پژوهش از نوع مطالعات توصیفی، کاربردی و موردی است. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که ایران در زمینه زیرساخت‌های پایه و درمانی، حمایت‌های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی، مشارکت و هماهنگی بین بخشی در سطح کلان و عملیاتی، داشتن مراکز ارایه دهنده خدمات سلامت با اعتبار بین‌المللی، ترفیع و بازاریابی منسجم با چالش‌هایی روبرو است.

در تحقیق حاضر سعی شده است با استفاده از الگوریتم ژنتیک متکی بر تحلیل خوشه‌ای فازی - که یک روش نسبتاً جدید در زمینه خوشه‌سازی کسب و کارهای گردشگری پزشکی است و بهره

^۱ Sunghyup Sean Hyun

^۲ Sara Nordin

گیری از شاخص‌ها و ویژگی‌های ملوس تر از دیدگاه گردشگران پزشکی که می‌تواند جهت اولویت این کسب و کارها، مهم باشد به موضوع پرداخته شود.

روش‌شناسی تحقیق

این تحقیق از نظر هدف از نوع کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها از نوع پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش ۱۳۷ نفر از بیماران خارجی (کشورهای حوزه خلیج فارس، آذربایجان و ارمنستان و ...) مراجعه کننده به چهار بیمارستان در شهر تهران تشکیل می‌دهند. برای تعیین نمونه آماری از روش نمونه‌گیری دردسترس و جهت تعیین حجم نمونه نیز از فرمول کوکران استفاده شده، تعداد نمونه آماری ۱۰۱ نفر تعیین گردید. در این پژوهش از دو شیوه روش کتابخانه‌ای و پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. سوالات پرسش‌نامه درباره ویژگی‌های کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی از دیدگاه بیماران خارجی با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت شامل ۲۸ سوال می‌باشد، که روایی آن توسط چند نفر از استادان مدیریت و صاحب نظران گردشگری پزشکی تایید و پایایی آن بر اساس آزمون آلفای کرونباخ $0/887$ (۸۸/۷ درصد) محاسبه گردید.

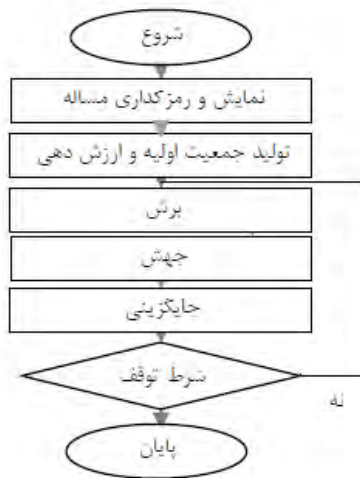
از آنجایی که خوشه‌بندی در زمره مسائل NP^۱-Hard قرار دارد. برای حل آن معمولاً از الگوریتم‌های هیوریستیک استفاده می‌شود. معروفترین این الگوریتم‌ها، الگوریتم ژنتیک^۲ است که بدلیل قابلیت زیاد آن در اجرای موازی و نیز پایین بودن احتمال به تله افتادن آن در مینیمم‌های محلی، محبوبیت بیشتری دارد. این الگوریتم یک روش جستجوی توسعه یافته توسط هولاند^۳ در سال ۱۹۷۵ می‌باشد. و بر مبنای مکانیسم انتخاب طبیعی و تولید مثل، جهت یک جستجوی تصادفی ولی جهت‌دار از میان فضای تصمیم‌گیری، برای یافتن راه‌حل‌های بهینه جامع، استوار می‌باشد (اشتهاردیان و همکاران، ۱۳۸۵). فلوچارت کلی الگوریتم ژنتیک به ترتیب شکل (۲) ۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ Non-deterministic Polynomial-time

^۲ Genetic Algorithm

^۳ Holland



شکل (۲) فلوچارت الگوریتم ژنتیک

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

الگوریتم خوشه‌بندی فازی Fuzzy C-Means

در خوشه‌بندی کلاسیک هر نمونه ورودی متعلق به یک و فقط یک خوشه می‌باشد و نمی‌تواند عضو دو یا چند خوشه باشد؛ یعنی خوشه‌ها همپوشانی ندارند. حال حالتی را در نظر بگیرید که میزان تشابه یک نمونه با دو خوشه و یا بیشتر یکسان باشد؛ در خوشه‌بندی کلاسیک باید تصمیم‌گیری شود که این نمونه متعلق به کدام خوشه است. تفاوت اصلی خوشه‌بندی کلاسیک و خوشه‌بندی فازی در این است که یک نمونه میانگین c می‌تواند متعلق به بیش از یک خوشه باشد. مشابه الگوریتم کلاسیک در این الگوریتم نیز تعداد خوشه‌ها از قبل مشخص شده است. تابع هدف این الگوریتم نیز بصورت زیر می‌باشد:

(۱)

$$J = \sum_{i=1}^c \sum_{k=1}^n u_{ik}^m d_{ik}^2 = \sum_{i=1}^c \sum_{k=1}^n u_{ik}^m \|x_k - v_i\|^2$$

در فرمول فوق m یک عدد حقیقی بزرگتر از ۱ است که در اکثر موارد برای m عدد ۲ انتخاب می‌شود. x_k نمونه k ام است و v_i نماینده یا مرکز خوشه i ام است و u_{ik} میزان تعلق نمونه i ام در خوشه k ام را نشان می‌دهد. علامت $\|*\|$ میزان تشابه (فاصله) نمونه با (از) مرکز خوشه می‌باشد که می‌توان از هر تابعی که بیانگر تشابه نمونه و مرکز خوشه باشد را استفاده کرد. از روی u_{ik} می‌توان یک

ماتریس u تعریف کرد که دارای c سطر و n ستون می‌باشد و مولفه‌های آن هر مقداری بین 0 تا 1 را می‌توانند اختیار کنند. اگر تمامی مولفه‌های ماتریس u بصورت 0 و یا 1 باشند الگوریتم مشابه c میانگین کلاسیک خواهد بود. با اینکه مولفه‌های ماتریس u می‌توانند هر مقداری بین 0 تا 1 را اختیار کنند اما مجموع مولفه‌های هر یک از ستون‌ها باید برابر 1 باشد و داریم:

$$\sum_{i=1}^c u_{ik} = 1 \quad \forall k = 1, \dots, n$$

معنای این شرط این است که مجموع تعلق هر نمونه به c خوشه باید برابر 1 باشد. با استفاده از شرط فوق و مینیمم کردن تابع هدف خواهیم داشت (بیابانی و همکاران، ۱۳۹۱).

$$u_{ik} = \frac{\sum_{k=1}^n u_{ik}^m x_k}{\sum_{k=1}^n u_{ik}^m} \quad , \quad u_{ik} = \frac{1}{\sum_{j=1}^c \left(\frac{d_{ik}}{d_{jk}} \right)^{2/(m-1)}}$$

تجزیه و تحلیل

براساس اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌آماري (۱۰۱ نفر از بیماران خارجی)، ۳۸ نفر مرد و ۶۳ نفر زن، ۱۸ نفر دارای تحصیلات زیردیپلم، ۴۳ نفر دارای دیپلم و فوق‌دیپلم، ۳۶ نفر دارای لیسانس، ۴ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و دکتری می‌باشند. همچنین اکثریت پاسخگویان دارای سنی بین ۲۱ تا ۳۵ سال می‌باشند. به منظور خوشه‌بندی داده‌های حاصل از نظر کسب و کارها، ابتدا از طریق مطالعه ادبیات موضوع، کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی و ویژگی‌های آنها در ایران به ترتیب جدول (۱) شناسایی گردیدند.

جدول (۱) کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی

کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی
۱- مراکز پزشکی و درمانی (بیمارستان، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها و...)
۲- مراکز عمومی (سازمان میراث فرهنگی، وزارت امور خارجه و ...)
۳- مراکز خصوصی (آژانس‌های مسافرتی، شرکت‌های واسطه و...)
۴- مراکز رفاهی - اقامتی (هتل، هتل آپارتمان و...)
۵- حمل و نقل (هوایی، زمینی و دریایی)
۶- خدمات غذا و آشامیدنی

۷- جاذبه‌ها (فرهنگی، تاریخی، طبیعی و...)

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

سپس داده‌های ۱۰۱ بیمار خارجی در قالب هفت کسب‌وکار گردشگری پزشکی ارائه شده در جدول (۲) جمع‌آوری و نرم‌الایز گردیدند. سپس جهت خوشه‌بندی فازی داده‌ها از نرم افزار GA-Fuzzy Clustering استفاده گردیده است. این نرم افزار، خوشه‌بندی داده‌ها را با تلیق دو الگوریتم Fuzzy C-Means و GA انجام می‌دهد. پارامترهای این دو الگوریتم در جدول (۲) آورده شده است.

جدول (۲): پارامترهای الگوریتم‌های GA و C-Means

الگوریتم	پارامتر	مقدار
الگوریتم (C-Means)	تعداد خوشه	۳
	شرط توقف	۰/۱
الگوریتم ژنتیک (GA)	تعداد جمعیت اولیه	۱۰
	فروانی جهش	۰/۵
	فروانی تقاطع	۱
	درصد(نرخ) تقاطع	۰/۵

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

پس از اجرای نرم‌افزار، داده‌ها به سه خوشه و میزان درجه عضویت (تعلق) هر داده به هر یک از خوشه‌ها تعیین گردید (جداول ۳ و ۴). همچنین مراکز خوشه‌ها نیز به ترتیب جدول (۵) می باشد.

جدول (۳): خوشه بندی داده ها

خوشه یک		خوشه دو		خوشه سه	
شماره DM	درجه عضویت	شماره DM	درجه عضویت	شماره DM	درجه عضویت
DM98	0.999872	DM91	0.999919	DM25	0.999900
DM27	0.999869	DM66	0.999870	DM71	0.999880
DM95	0.999387	DM19	0.999758	DM23	0.999878
DM61	0.998583	DM80	0.999748	DM57	0.999534
DM30	0.998379	DM101	0.999717	DM03	0.999486
DM70	0.998253	DM37	0.999070	DM97	0.999455
DM65	0.996863	DM40	0.999051	DM34	0.999447
DM83	0.994539	DM68	0.999008	DM33	0.999153
DM55	0.994505	DM87	0.998874	DM24	0.998774
DM86	0.994009	DM54	0.998601	DM09	0.998531
DM81	0.987723	DM31	0.998556	DM63	0.998482
DM92	0.973055	DM12	0.998539	DM84	0.997928

DM17	0.931274	DM56	0.997888	DM96	0.997305
DM46	0.925653	DM49	0.997812	DM85	0.997256
DM75	0.91197	DM59	0.997291	DM01	0.994816
DM79	0.787185	DM13	0.996196	DM15	0.993560
DM18	0.785358	DM100	0.995982	DM35	0.993509
DM47	0.71339	DM99	0.995823	DM10	0.990100
DM64	0.691748	DM67	0.995113	DM53	0.983859
DM43	0.424972	DM88	0.994432	DM05	0.975214
DM58	0.352719	DM42	0.993589	DM73	0.974840
		DM50	0.993413	DM28	0.960654
		DM93	0.992235	DM72	0.948761
		DM90	0.989283	DM51	0.928396
		DM82	0.986841	DM11	0.879724
		DM45	0.982283	DM26	0.861806
		DM74	0.977920	DM22	0.706167
		DM60	0.977405	DM78	0.507820
		DM77	0.973457	DM76	0.473369
		DM04	0.971072		
		DM62	0.966574		

ادامه جدول (۳): خوشه بندی داده‌ها

خوشه یک		خوشه دو		خوشه سه	
شماره DM	درجه عضویت	شماره DM	درجه عضویت	شماره DM	درجه عضویت
		DM02	0.963950		
		DM29	0.962011		
		DM48	0.960228		
		DM69	0.935424		
		DM44	0.935301		
		DM41	0.928022		
		DM39	0.926222		
		DM94	0.913079		
		DM14	0.902824		
		DM21	0.902630		
		DM32	0.897228		
		DM07	0.893496		
		DM08	0.852404		
		DM89	0.821099		
		DM52	0.817333		

	DM38	0.775256		
	DM16	0.768022		
	DM36	0.709942		
	DM20	0.703006		
	DM06	0.627336		
	DM58	0.552416		
	DM43	0.546253		
	DM76	0.525625		
	DM78	0.489138		

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

جدول (۴): درجه عضویت داده‌ها به خوشه‌ها

شماره DM	میزان تعلق به خوشه یک	میزان تعلق به خوشه دو	میزان تعلق به خوشه سه
DM01	0.000009	0.005176	0.994816
DM02	0.002994	0.963950	0.033056
DM03	0.000000	0.000514	0.999486
DM04	0.002976	0.971072	0.025952
DM05	0.000169	0.024617	0.975214
DM06	0.295811	0.627336	0.076854
DM07	0.008982	0.893496	0.097522
DM08	0.073344	0.852404	0.074252
DM09	0.000029	0.001440	0.998531
DM10	0.000018	0.009881	0.990100
DM11	0.000061	0.120215	0.879724
DM12	0.001015	0.998539	0.000446
DM13	0.000568	0.996196	0.003236
DM14	0.032258	0.902824	0.064918
DM15	0.000200	0.006240	0.993560
DM16	0.229026	0.768022	0.002951
DM17	0.931274	0.068592	0.000135
DM18	0.785358	0.211354	0.003289
DM19	0.000199	0.999758	0.000043
DM20	0.296932	0.703006	0.000063
DM21	0.097207	0.902630	0.000164
DM22	0.000040	0.293794	0.706167
DM23	0.000000	0.000122	0.999878
DM24	0.000007	0.001219	0.998774
DM25	0.000000	0.000100	0.999900
DM26	0.007696	0.130498	0.861806

0.000001	0.000130	0.999869	DM27
0.960654	0.038770	0.000576	DM28
0.031491	0.962011	0.006498	DM29
0.000003	0.001618	0.998379	DM30
0.000201	0.998556	0.001243	DM31
0.076307	0.897228	0.026466	DM32
0.999153	0.000842	0.000005	DM33
0.999447	0.000552	0.000002	DM34
0.993509	0.006376	0.000115	DM35
0.226691	0.709942	0.063367	DM36
0.000929	0.999070	0.000001	DM37
0.003054	0.775256	0.221690	DM38
0.000465	0.926222	0.073313	DM39
0.000092	0.999051	0.000857	DM40
0.071696	0.928022	0.000282	DM41
0.005179	0.993589	0.001232	DM42
0.028775	0.546253	0.424972	DM43
0.019146	0.935301	0.045553	DM44
0.014608	0.982283	0.003109	DM45
0.005836	0.068511	0.925653	DM46
0.001546	0.285064	0.713390	DM47
0.039490	0.960228	0.000282	DM48
0.001446	0.997812	0.000742	DM49
0.006474	0.993413	0.000113	DM50
0.928396	0.071421	0.000182	DM51
0.152188	0.817333	0.030479	DM52
0.983859	0.016009	0.000132	DM53

ادامه جدول (۴): درجه عضویت داده‌ها به خوشه‌ها

میزان تعلق به خوشه سه	میزان تعلق به خوشه دو	میزان تعلق به خوشه یک	شماره DM
0.001315	0.998601	0.000084	DM54
0.000032	0.005462	0.994505	DM55
0.001716	0.997888	0.000396	DM56
0.999534	0.000463	0.000003	DM57
0.094865	0.552416	0.352719	DM58
0.001948	0.997291	0.000761	DM59
0.019920	0.977405	0.002675	DM60
0.000043	0.001375	0.998583	DM61
0.033382	0.966574	0.000044	DM62
0.998482	0.001505	0.000012	DM63
0.000732	0.307520	0.691748	DM64
0.000070	0.003067	0.996863	DM65
0.000118	0.999870	0.000012	DM66
0.004777	0.995113	0.000110	DM67
0.000078	0.999008	0.000915	DM68
0.050295	0.935424	0.014281	DM69
0.000005	0.001742	0.998253	DM70
0.999880	0.000120	0.000000	DM71
0.948761	0.051186	0.000054	DM72
0.974840	0.025065	0.000096	DM73
0.016920	0.977920	0.005160	DM74
0.000663	0.087367	0.911970	DM75
0.473369	0.525625	0.001006	DM76
0.000226	0.973457	0.026317	DM77

	نوشیدنی		اقامتی			درمانی	
2.007250	2.288940	2.600550	2.779740	2.620910	2.644340	3.117870	1
2.461660	3.257400	2.880030	3.163470	3.169080	3.399970	3.780050	2
2.122000	3.798740	3.312090	3.936420	3.933300	3.983620	4.111400	3

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

همان‌گونه که در جدول (۶) ملاحظه می‌شود، کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی متعلق به خوشه یک شامل مراکز عمومی، مراکز خصوصی، مراکز رفاهی و اقامتی، حمل و نقل، خدمات غذا و آشامیدنی، جاذبه‌ها، کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی متعلق به خوشه دو شامل حمل و نقل، جاذبه‌ها و کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی متعلق به خوشه سه شامل جاذبه‌ها، دارای مطلوبیت ضعیف می‌باشند. لذا باید به این کسب‌وکارها در خوشه‌های مربوطه بیشتر توجه گردد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

گردشگری پزشکی شکل جدیدی از صنعت گردشگری است که در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای رشد پیدا کرده و یک فعالیت اقتصادی مبتنی بر تجارت خدمات شده و پیوند بین دو بخش پزشکی و گردشگری را به نمایش می‌گذارد. یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در این زمینه مورد توجه قرار گیرد؛ بخش‌بندی کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی و استفاده از مزیت رقابتی نسبی است. امروزه یکی از حوزه‌هایی که کشورهای در حال توسعه مزیت رقابتی فراوانی دارند، گردشگری پزشکی است. بدین علت بسیاری از کشورهای در حال توسعه به ویژه در آسیا در یک فضای رقابتی به دنبال بازاریابی و جذب گردشگران پزشکی هستند. به نظر می‌رسد یکی از بهترین راهکارهای حل مشکلات گردشگری پزشکی ایران، تجمع کسب‌وکارهای ذیربط در قالب خوشه است. با تجمع این کسب‌وکارها امکان استفاده از تجربیات و امکانات همدیگر، ایجاد امکانات و سود مشترک به وجود می‌آید.

در این تحقیق، بخش‌بندی ویژگی‌های کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی از دیدگاه بیماران خارجی مراجعه کننده به چهار بیمارستان تهران انجام گردید. برای بررسی نحوه خوشه بندی از ۱۰۱ بیمار (گردشگر پزشکی) نظر سنجی به عمل آمد، مقرر گردید نظر خود را به صورت نمره‌ای (از ۱ تا ۵) بین پنج گزینه مطرح انتخاب کنند. در نهایت، داده‌های به دست آمده با بکارگیری نرم افزار GA-Fuzzy Clustering خوشه‌بندی گردیدند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که اولاً، برخی از بیماران خارجی به دلیل درجه عضویت نزدیک، بطور همزمان عضو چند خوشه می‌باشند. ثانیاً، باتوجه به مراکز خوشه‌ها، خوشه دو و سه از حیث نوع کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی و ویژگی‌های آنها در سطح متوسط ولی خوشه یک در سطح پایین می‌باشند.

همچنین افرادی (بیماران خارجی) که در خوشه یک (۲۰/۷۹ درصد نمونه) قرار دارند، بیشترین اهمیت را برای مراکز پزشکی و درمانی قائل هستند، افرادی که در خوشه دو (۵۴/۴۵ درصد نمونه) قرار دارند، بیشترین اهمیت (به ترتیب اولویت) را برای مراکز پزشکی و درمانی، مراکز عمومی، خدمات خوراک و آشامیدنی، مراکز خصوصی و مراکز رفاهی و اقامتی قائل هستند. در نهایت افرادی که در خوشه سه (۲۸/۷۱ درصد نمونه) قرار دارند، بیشترین اهمیت را برای مراکز پزشکی و درمانی، مراکز عمومی، مراکز رفاهی و اقامتی، مراکز خصوصی، خدمات خوراک و آشامیدنی و جاذبه‌ها قائل هستند.

بررسی تطبیقی نتایج تحقیقات مشابه در دیگر کشورها، نتایج تحقیق حاضر را تأیید می‌کنند. به طوری که سانگ‌آپ سین‌هان^۱ (۲۰۱۴)، در پژوهشی به حفظ مشتری در صنعت گردشگری پزشکی، با در نظر گرفتن کیفیت، رضایت، اعتماد و معقول بودن قیمت خدمات مراکز پزشکی و درمانی می‌پردازد. نتایج تحقیق حاکی از آن است که از دیدگاه گردشگران، ویژگی‌های مربوط به مراکز پزشکی و درمانی؛ از جمله کیفیت خدمات پزشکی و پزشکان معتبر بیشترین تأثیر را در انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی داشته است. در یک جمع‌بندی از نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه که به آنها اشاره شد، می‌توان گفت همه آنها به یک موضوع اشاره دارند برای حفظ و جذب بیشتر گردشگر پزشکی تاکید بر ویژگی‌های مراکز پزشکی و درمانی (کیفیت، قیمت و ...) است. براساس نتایج تحقیق، موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- مراکز پزشکی و درمانی، از جمله بیمارستان‌های خصوصی و باکیفیت، به منظور جذب گردشگر خارجی، براساس استانداردهای جهانی توسعه پیدا کنند.
- ارتقای مهارت‌های ارتباطی منابع انسانی (پزشکان، کادر اداری و پرستاری و...) در جهت ارائه مطلوبتر خدمات پزشکی و درمانی.
- اعمال مدیریت یکپارچه و سیستماتیک در زمینه‌ی ارائه خدمات در همه ابعاد و زمینه‌های مرتبط با گردشگری پزشکی (ورود، اقامت؛ درمان، خروج).
- اگر چه برای گردشگران پزشکی جاذبه اولیه خدمات پزشکی هستند، باید توجه به سایر موضوعات خدمات گردشگری (خدمات غذایی و نوشیدنی، مراکز رفاهی و...) بیشتر شود زیرا ارائه اینگونه خدمات جانبی در سطح عالی موجب می‌شوند که گردشگر مدت طولانی‌تر بماند و از سایر خدمات گردشگری کشور استفاده نماید و منجر به جذب بیشتر گردشگر پزشکی و نیز کسب درآمد ارزی بیشتری در کشور می‌گردد.

منابع

۱. اشتهاردیان، احسان اله، افشار، عباس، عباس‌نیا، رضا (۱۳۸۵). بهینه‌سازی موازنه هزینه - زمان (استفاده از الگوریتم ژنتیک و منطق فازی در عدم قطعیت هزینه‌ها)، کنفرانس بین‌المللی مدیریت پروژه.
۲. بیابانی، جهانگیر، شایگانی، بیتا، ندری، کامران و عبدالهی، مصعب (۱۳۹۱). امکان‌سنجی نظریه منطقه بهینه پولی همکاری اقتصادی (اکو): الگوریتم خوشه‌بندی فازی نسبت به مرکز برای کشورهای سازمان (OCA)، فصلنامه پژوهش‌ها و سیاستهای اقتصادی، سال ۲۰، شماره ۶۲: ۳۹-۷۸.
۳. جباری، علیرضا (۱۳۸۸). طراحی الگوی گردشگری پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، پایان‌نامه دکتری.
۴. دانائی، حبیب‌الله؛ رحمانی، حجت؛ ترک زاده، لیلا و نظری، محسن (۱۳۹۳). بخش‌بندی بازار توریسم درمانی در ایران با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه‌ای توریسم درمانی و تحلیل خوشه‌ای، فصلنامه بیمارستان، دوره ۱۳، شماره ۳: ۶۹-۷۶.
۵. رستمی، مروارید (۱۳۹۲). بخش‌بندی بازار گردشگری پزشکی ورودی ایران (مورد مطالعه: بیمارستان‌های منتخب شهر تهران)، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
۶. ضرغام، حمید (۱۳۹۴). خوشه‌های گردشگری از نظریه تا عمل، تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی، چاپ اول.

۷. معبودی، محمد تقی و حکیمی، هادی (۱۳۹۴). عوامل تعیین کننده گردشگری پزشکی؛ نمونه موردی، مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری، دوره ۴، شماره ۱۵: ۱۰۶-۸۰.
8. Bookman, M. and Bookman, K. (2007). **Medical Tourism in Developing Countries**, Palgrave Macmillan. Basingstoke, UK: Hants.
9. Bovier, P.A. (2008). Medical Tourism: a New Kind of Traveler?, **Rev Med Suisse**, 4(157): 1198- 1201.
10. Caballero, S.D. And Mugomba. C. (2006). **Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities**, Master thesis Göteborg University, Sweden.
11. Chi Kin (Bennet) Y. (2006). **Healthcare Destinations in Asia** (research note. Asia Case Research Center), University of Hong Kong.
12. Cohen, E. (2008). Medical Tourism in Thailand, **AU-GSB e-JOURNAL**, 1(1): 24-38.
13. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery, **Tourism Management**, 27(6): 1093-100.
14. Deloitte Development LLC (2008). Medical Tourism: Consumers in Search of Value Retrieved 2008. From http://www.deloitte.com/assets/DcomUnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy%283%29.pdf.
15. Guojinga, F.A.N. and Zhijun, L. (2013). Medical tourism: The new favorite tourist market, **Journal of Economics and International Finance**, 5(3): 65-70.
16. Gupta P. (2007). Medical Tourism in Asia, **The Lariat Journals**, 369(9674): .
17. Hall, C.M. (2011). Health and medical tourism: Kill or cure for global public health? **Tourism Review**, 66(1/2): 4-15.
18. Heesup, H. (2014). Customer Retention in the Medical Tourism Industry: Impact of Quality, Satisfaction, Trust, and Price Reasonableness, **Tourism Management**, No. 46:20-29.
19. Jutamas. R. and Lian, A. (2011). Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand. **Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts**, 3(2): 95-105.
20. Lee. C.A. (2012). Health Care at Crossroads: Medical Tourism and the Dismantling of Costa Rican Exceptionalism (Doctoral dissertation). Retrieved from Proquest Dissertations and Theses database.
21. Miller. M. (2007). Cluster-Based Development in the Tourism Industry: Putting Practice into Theory. **Applied Research in Economic Development**.
22. Nordin, S. (2003). Tourism Clustering & Innovation, Paths to economic growth and development, **European Tourism Research Institute**, Mid – Sweden University.
23. Rerkrujipimol, J. and Assenov, I. (2008). **Medical Tourism in Thailand and Its Marketing Strategies**.
24. Rollandi. I. (2014). **Top 10 Best Countries for Medical Tourism**, Cited 9 July 2015 <http://www.insidermonkey.com/blog/the-10-best-countries-for-medical-tourism-330910>.
25. Stewart, B. and Skinner, J. (2005). **Cluster Theory and Competitive Advantage: The Torquay Surfing Experience**, www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/10072/20872/1/51368_1.pdf (11/11/2016).

26. Sunghyup, S.H. (2014). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness, **Tourism Management**, No. 46:20–29.
27. Suthin, K. Assenov, I. and Tirasatayapitak, A. (2007). Medical Tourism: Can supply keep up with the demand. Proceedings of the APac-CHRIE & Asia Pacific, **Tourism Association Joint Conference**, PP: 23-27.
28. Tourani, S., Tabibi, J., Tofighi, S.H. and Shaarbafchi Zadeh, N. (2010). Medical tourism in Iran, **Research journal of Biomedical Sciences**, 5(3): 251-257.
29. Turner L. (2010). Medical tourism and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals and the search for affordable health care. *Int J Health Serv*, 40(3): 443-67.
30. UNWTO. (2008). **World Tourism Fact Book**. The World Tourism Organization.
31. Woodward, D. (2002). Globalization, Global Public Goods and Health, in WHO, Trade in Health Services: Global. Regional and Country Perspectives Washington, D.C.: Pan American Health Organization, **Program on Public Policy and Health, Division of health and Human Development**. p. 7.
32. Yung-Sheng, Y. (2013). Key success factors in medical tourism marketing, **International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences**, 3(3): 152-158.
33. ABNA.IR.(2013)<http://emadezzati.persianblog.ir/tag>

