

اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه صنعت گردشگری سلامت ایران در افق ۱۴۱۴ با رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری

کیوان پلوئی^۱، صفر فضلی^۲، فرهاد درویشی سه تالانی^۳، روح‌الله بیات^۴، اسماعیل قادری^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۴

چکیده

گردشگری سلامت در رشد و رونق سایر بخش‌های مؤثر در توسعه کشور نقشی غیرقابل‌انکار دارد، به‌گونه‌ای که تقویت این بخش مسیر نوینی را برای توسعه سیاست‌های خصوصی‌سازی و تحقق اهداف چشم‌انداز ۱۴۰۴ مبنی بر تبدیل ایران به قطب سلامت منطقه ارائه می‌دهد. فقدان برنامه‌ای جامع و منسجم در کشور که دربرگیرنده کلیه مسائل این صنعت باشد، موجب شده تا ایران، با داشتن منابع بالقوه در این حوزه، نتواند بهره لازم را ببرد و وابستگی خود را به منابع نفتی کاهش دهد. مهم‌ترین پیش‌نیاز تهیه و تدوین این برنامه شناسایی عوامل، اولویت‌ها و روابط آن‌ها با یکدیگر در افق زمانی مدنظر است. پژوهش حاضر از حیث موضوع و همچنین نوع روش مورد استفاده در حوزه گردشگری سلامت دارای نوآوری است. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، پژوهشی توصیفی - تحلیلی است. در این پژوهش، پس از شناسایی معیارهای اولیه از طریق ادبیات پژوهش و مصاحبه (۱۴۳ معیار)، از طریق تحلیل عاملی اکتشافی معیارهای مؤثر در توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ مشخص (۲۸ معیار) و نهایتاً به وسیله روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری، عوامل کلیدی مؤثر و سنگ زیربنایی حوزه گردشگری سلامت کشور (۱۳ معیار) و روابط آن‌ها با یکدیگر استخراج شده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمای مناسبی برای سیاست‌گذاران و متولیان حوزه گردشگری سلامت در راستای اتخاذ سیاست‌ها و راهبردهای مناسب برای مواجهه با تهدیدها و چالش‌های آینده این صنعت باشد.

واژه‌های کلیدی: گردشگری، گردشگری سلامت، مدل‌سازی ساختاری تفسیری.

۱- دانشجوی دکتری آینده‌پژوهی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران؛
۲- نویسنده مسئول: دانشیار گروه آینده‌پژوهی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران
(fazli@soc.ikiu.ac.ir)

۳- دانشیار گروه آینده‌پژوهی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران؛

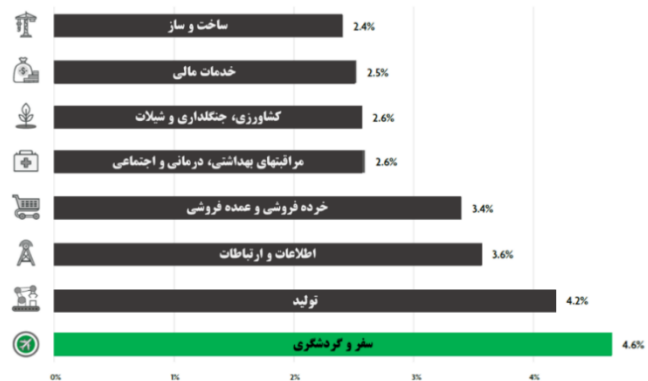
۴- دانشیار گروه آینده‌پژوهی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران؛

۵- استادیار گروه مدیریت جهانگردی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

مقدمه

گردشگری یکی از پویاترین صنایع جهان است که به سرعت در حال رشد است. سازمان ملل متحد این صنعت را به‌منزله یکی از ابزارهای اصلی توسعه اقتصادی، اشتغال و منبعی برای کسب درآمد بیشتر به رسمیت شناخته است. در کشورهای در حال توسعه، گردشگری باعث تنوع درآمد و یک‌پارچگی در اقتصاد می‌شود و فرصتی برای صادرات با شیوه‌ای سریع‌تر از روش‌های سنتی پدید می‌آورد (Izadi et al., 2013).

براساس گزارش سازمان جهانی گردشگری، ۱ تعداد یک میلیارد و ۳۲۶ میلیون نفر در سراسر جهان به امر گردشگری پرداخته‌اند که نسبت به سال گذشته ۹۱ میلیون نفر (۷ درصد) افزایش یافته و ارزش آن به میزان ۱/۶ تریلیون دلار و معادل ۷ درصد صادرات جهان است. براساس گزارش مجمع جهانی سفر و گردشگری، این صنعت حدود ۱۰ درصد تولید ناخالص ملی جهان را دربر می‌گیرد (مستقیم و غیرمستقیم) و نسبت به صنایع دیگر بیشترین تأثیر را در این حوزه بر تولید ناخالص در جهان می‌گذارد. همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، تأثیر این حوزه بر تولید ناخالص در جهان ۴/۶ درصد بوده است و بعد از آن، صنایع تولیدی و اطلاعات و ارتباطات، به ترتیب با ۴/۲ و ۳/۶ درصد، در رتبه دوم و سوم عوامل مؤثر بر تولید ناخالص در جهان قرار دارند. گستردگی این صنعت به‌گونه‌ای است که از هر ده نفر شاغل در جهان، یک نفر در این صنعت فعال است و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ تعداد گردشگران در جهان به یک میلیارد و هشتصد میلیون نفر برسد (World Tourism Organization, 2018).



شکل ۱: متوسط میزان تأثیرگذاری بخش‌های مختلف بر تولید ناخالص ملی در جهان (World Tourism Organization, 2018)

امروزه جهانی‌شدن خدمات بهداشتی به رشد شاخه جدیدی از گردشگری به نام گردشگری سلامت ۲ منجر شده است. از این‌رو کشورهای زیادی در حال ایجاد و تصویب طرح‌های قانونی و

1. World Tourism Organization (UNWTO)
2. Health Tourism

کاربردی با هدف اجرای گردشگری سلامت‌اند. کاهش هزینه‌های حمل‌ونقل، درآمدهای زیاد، انتقال فناوری و دانش و قیمت‌های رقابتی همگی دلایلی هستند که گردشگران سلامت را به سفر به کشورهای دوردست وامی‌دارد. سرمایه‌گذاری در صنعت پزشکی و درمانی راهی برای افزایش تولید ناخالص داخلی، بهبود خدمات، تولید ارز خارجی، ایجاد توازن مطلوب‌تر در تجارت و گردشگری است. بسیاری از کشورها فرصت‌های کسب‌وکار حاصل از سفرهای پزشکی و درمانی را به رسمیت شناخته‌اند، به‌خصوص از زمانی که با صنعت گردشگری ترکیب شده است (Heung et al., 2010, pp. 236-251).

توسعه صنعت گردشگری سلامت، به‌ویژه برای کشورهای درحال توسعه که با معضلاتی همچون بیکاری زیاد، محدودیت منابع ارزی و اقتصاد تک‌محصولی مواجه‌اند، از اهمیت فراوانی برخوردار است. اقتصاد ایران نیز اتکالی زیادی به درآمدهای حاصل از صادرات نفت دارد و متغیرهای کلان اقتصادی آن، با پیروی از قیمت جهانی نفت در طی زمان، دچار نوسانات شدیدی می‌شود. روند حاکم بر متغیرهایی مانند تولید ناخالص ملی، سرمایه‌گذاری ناخالص و درآمد سرانه در سه دهه اخیر ایران به‌روشنی نشان‌دهنده این موضوع است. هم‌زمان با کاهش جهانی قیمت نفت و برنامه‌ریزی برای کاهش وابستگی به درآمدهای منابع طبیعی، ایران نیز همانند بسیاری از اقتصادهای سنتی وابسته به نفت، به صنایع خدماتی مانند گردشگری سلامت جهت‌گیری راهبردی داشته است. به‌منظور تنوع‌بخشیدن به منابع رشد اقتصادی و درآمدهای ارزی و همچنین ابعاد فرصت‌های جدید شغلی در کشور، با توجه به وجود ظرفیت‌های بالقوه این حوزه (نظیر امکانات و تجهیزات پزشکی، چشمه‌های آب گرم و معدنی، نمک‌درمانی، نیروی متخصص حوزه پزشکی)، توسعه صنعت گردشگری در ایران از اهمیت فراوانی برخوردار بوده است. این اهمیت را می‌توان در سیاست‌گذاری‌های اخیر کشور مشاهده نمود؛ مواردی نظیر تهیه و تدوین چشم‌انداز بیست‌ساله کشور در حوزه گردشگری (رسیدن به بیست میلیون گردشگر تا سال ۱۴۰۴)، نقش و جایگاه گردشگری در برنامه پنج‌ساله ششم توسعه، نقش و جایگاه گردشگری در بیانات مقام معظم رهبری^۱ (مرکز مطالعات پژوهش‌های مجلس، ۱۳۹۲)، سیاست‌های کلی نظام،^۲ سیاست‌های کلی اشتغال،^۳ نقشه مهندسی فرهنگی کشور،^۴ سیاست‌های کلان بخش میراث فرهنگی و گردشگری،^۵ نقشه جامع علمی کشور،^۶ اصل ۴۴ قانون اساسی،^۷ سند

۱- مجموعه بیانات مقام معظم رهبری از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۲

۲- رشد اقتصادی، رقابت‌پذیری و کسب مزیت‌های رقابتی، کارآفرینی، حضور مؤثر در بازارهای جهانی و توسعه صادرات غیرنفتی (مقام معظم رهبری، ۱۳۸۲)

۳- تأکید بر گسترش و استفاده بهینه از ظرفیت‌های اقتصادی گردشگری (مقام معظم رهبری، ۱۳۹۰)

۴- اشاره مستقیم به مدیریت فرهنگی - اسلامی و نهادینه‌سازی الگوهای گردشگری، توسعه گردشگری دینی، جذب و گسترش گردشگری خارجی در زمینه دینی، زیارتی، درمانی، علمی و فرهنگی (شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۹۱)

۵- توسعه بخش گردشگری و ارائه سیاست‌های کلان این حوزه (مصوب ۱۳۸۳/۰۷/۰۴)

۶- تبدیل شدن به قطب پزشکی منطقه تا سال ۱۴۰۴.

۷- دولت موظف است، علاوه بر تأمین امنیت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، راهکارهای توسعه بخش خصوصی را در تمامی ابعاد اقتصادی به‌ویژه در بخش درمان اجرا کند.

سلامت کشور^۱ (کروبی و همکاران، ۱۳۹۲). علاوه بر موارد مذکور، می‌توان نقش و جایگاه این صنعت را در قرآن کریم^۲ نیز جست‌وجو کرد که در ۱۴ آیه (مستقیم و غیرمستقیم) به این موضوع اشاره شده است (سقای و آبدار، ۱۳۹۳).

عدم قطعیت‌ها و ابهام از ویژگی‌های ساختاری صنعت گردشگری سلامت در دوران کنونی است. عصری که در آن تحولات سریع و شگفت‌انگیز به علت پیشرفت سریع علم و فناوری، تصمیم‌گیری‌های سیاسی دولت‌ها و دیگر عوامل خرد و کلان برق‌آسا از راه می‌رسند و تأثیرات عمیق و ساختارشکنی بر روندهای حاکم می‌گذارند. فعالان صنعت گردشگری سلامت، در این محیط کاملاً بی‌ثبات، باید قابل‌اتکاترین رویکردها و روش‌ها را برای برنامه‌ریزی برگزینند، به‌گونه‌ای که کلیه جنبه‌های تأثیرگذار این صنعت را فرا گیرد تا بتوان با اشراف بر آن‌ها به تهیه برنامه‌ای جامع اقدام کرد. شناسایی عوامل کلیدی حوزه گردشگری سلامت کشور اولین گام در برنامه‌ریزی این حوزه است؛ زیرا تا زمانی که اعضای فعال در این حوزه، در جایگاه مجری، حول این عوامل اتفاق نظر نداشته باشند و در شناخت و ادراک آن‌ها برای چگونگی پیاده‌سازی اختلاف نظر وجود داشته باشد، شکست چنین برنامه‌هایی حتمی به نظر می‌رسد.

شناسایی عوامل مؤثر و به‌تبع آن برنامه‌ریزی کلان و منسجم مبتنی بر این شناخت منجر خواهد شد به این‌که حوزه تحت‌نظر، خود را در برابر اتفاقات ممکن آینده آماده سازد و از منفعل بودن بپرهیزد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که لازمه بقاء در صنعت گردشگری سلامت و رقابت‌پذیر بودن آن با سایر کشورها داشتن برنامه‌ای کلان، جامع، منسجم، راهبردی و بلندمدت است که منطبق بر شناسایی عوامل مؤثر و کلیدی تأثیرگذار در این حوزه باشد؛ مسئولان باید توجه داشته باشند در صورتی که در زمان مناسب به موضوع گردشگری سلامت نپردازند - موضوعی که تأثیرات چشمگیری در رونق صنعت گردشگری کشور در وهله اول و اقتصاد کشور و اشتغال‌زایی در وهله دوم دارد - به سبب اشباع شدن بازار از سوی رقبا، ورود به آن در سال‌های بعد بسیار سخت و هزینه‌بر و حتی غیرممکن خواهد بود.

ازسوی دیگر، مطالعات موجود در ادبیات موضوع بر ابعادی خاص از گردشگری سلامت تأکید داشته و از حیث قلمرو به جغرافیای منطقه‌ای محدود شده است. لیکن در این مطالعه، در راستای سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی و چشم‌انداز ۱۴۰۴، رویکردی جامع به همه ابعاد گردشگری سلامت اتخاذ شده و روابط بین منطقه‌ای در کل کشور مدنظر قرار گرفته است.

با توجه به مباحث مطرح‌شده، مهم‌ترین هدف از این پژوهش شناسایی ابعاد مؤثر بر توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ و همچنین تعیین ارتباط و توالی عوامل بوده تا با ارائه نقشه راه برای فعالان این حوزه بتوان سهم ناچیزی در شفاف‌سازی مسائل پیش‌روی این صنعت و شناسایی

۱- ارائه هدف‌ها و سامان‌دهی حوزه سلامت کشور در افق ۱۴۰۴ (مصوب سال ۱۳۹۷).

۲- یازده آیه در مکه و سه آیه در مدینه نازل شده که بیشترین تأکید قرآن در انجام سیاحت و گردشگری، مشاهده سرانجام تکذیب‌کنندگان است: آل عمران، ۱۳۷؛ انعام، ۱۱؛ عنکبوت، ۲۰؛ نحل، ۳۶؛ روم، ۹ و ۴۲؛ نمل، ۶۹؛ سبأ، ۱۸؛ یوسف، ۱۰۹؛ حج، ۴۶؛ فاطر، ۴۴؛ مومن، ۲۱ و ۸۲؛ محمد، ۱۰.

گلوگاه‌ها و اولویت‌ها در افق مدنظر داشت و به سیاست‌گذاران این حوزه در تدوین و طراحی برنامه‌های مناسب در جهت ایجاد مزیت رقابتی در این صنعت و توسعه مؤثر گردشگری سلامت و اقتصاد کشور یاری رساند. با توجه به موارد مذکور، ابتدا عوامل مؤثر و کلیدی تأثیرگذار در توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ تعیین می‌شود. در ادامه روابط میان این عوامل بررسی می‌شود و در نهایت عوامل کلیدی و مؤثر شناسایی شده با بیشترین تأثیر در توسعه این حوزه در افق ۱۴۱۴ مشخص می‌شوند.

ادبیات موضوعی

گردشگری سلامت

واژه توریسم^۱، معادل انگلیسی گردشگری، نخستین بار در مجله‌ای انگلیسی در سال ۱۸۱۱ به کار برده شد. در آن زمان، این لغت به معنای مسافرت به منظور تماشای آثار تاریخی و بازدید از مناظر طبیعی برای کسب لذت به کار می‌رفت (صیدایی، ۱۳۸۹). امروزه گردشگری نه تنها صنعت پیشینه‌داری به شمار می‌رود، بلکه به علت ویژگی‌های منحصر به فردی که دارد مفهوم صنعت را توسعه داده و فناوری خود را مطرح کرده است. به بیان ساده‌تر، صنعت گردشگری، به مثابه یک مجموعه صنعت، نیروی محرکه‌ای فراهم می‌سازد تا با تکیه بر آن چرخ‌های صنایع حیاتی با شتاب بیشتری حرکت کنند و راه توسعه محلی و ملی هموار شود. گردشگری پدیده‌ای اجتماعی و به مفهوم هرگونه جابه‌جایی افراد از مکانی به مکان دیگر و اقامت در محلی غیر از محل معمول زندگی خود است. این جابه‌جایی به صورت تعامل با اقوام و ملل گوناگون و آشنایی با عقاید، نگرش‌ها، انتظارات و شیوه زندگی آن‌ها صورت می‌گیرد و در نهایت به تأثیرگذاری و تأثیرپذیری میهمان و میزبان از یکدیگر منجر می‌شود (Sharpley, 2014).

فرهنگ آکسفورد توریسم را تجارت تهیه خدمات و پذیرایی برای مردمانی دانسته که از مکانی دیدار می‌کنند. در فرهنگ وبستر، توریسم مسافری است که به منظور تجارت/صنعت و یادگیری سفر می‌کند و سپس به نقطه شروع باز می‌گردد. در متون فارسی، معادل‌های گوناگونی برای واژه توریسم ذکر شده است؛ مانند: گردشگری، جهانگردی، سیاحت، تفریح و حتی ایرانگردی. از دیدگاه سازمان جهانی گردشگری، توریسم به مجموعه فعالیت‌های فرد یا افرادی گفته می‌شود که به مکانی غیر از مکان عادی خود سفر می‌کنند و حداقل یک شب و حداکثر یک سال در آنجا اقامت می‌کنند و هدف از مسافرت گذران اوقات فراغت، تفریح، تجارت یا فعالیت‌های دیگر است و اهدافی نظیر اشتغال و کسب درآمد در منطقه مورد نظر را دربر نمی‌گیرد. به عبارتی، باید هدف از سفر گرفتن دستمزد نباشد. با توجه به طول مدت مسافرت، وسیله مسافرت و نوع تأسیساتی که به خدمت گرفته می‌شود، فصل و چگونگی سازمان‌دهی مسافرت، همچنین انگیزه‌های گوناگون که موجب پیدایش یک جریان توریستی می‌شوند، می‌توان اشکال مختلفی از گردشگری را از یکدیگر تمیز داد. اما عواملی که برای طبقه‌بندی اشکال مختلف گردشگری مورد استفاده قرار می‌گیرند یکسان نیستند (فرجی‌راد و آقاجانی، ۱۳۸۸).

عبارت گردشگری سلامت را گودریچ^۱ در سال ۱۹۸۷ مطرح کرد و سپس در دانشگاه‌های آمریکا و انگلستان گسترش یافت (نیک‌رفتار و همکاران، ۱۳۹۵). گردشگری سلامت سفری است که برای ابقا و نگهداری شرایط سلامت فیزیکی و روانی فرد به‌طور منظم طراحی شده است (Carrera and Bridges, 2006). از دیدگاه سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت مسافرت افراد از محل دائم زندگی خود جهت به‌دست‌آوردن سلامت روانی و جسمی یا حفظ و بهبود آن به مدت بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال است. ابراهیم‌زاده و همکاران (2013) گردشگری سلامت را به سه دسته زیر تقسیم کرده‌اند:

گردشگری تندرستی (پیش‌گیرانه)^۲: سفر به مناطق دارای منابع آب‌های معدنی و آب‌های گرم برای رهایی از فشارهای روزمره زندگی و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی، در مواردی که گردشگر بیماری جسمی خاصی ندارد.

گردشگری درمانی (صحت)^۳: سفر با هدف استفاده از منابع طبیعی (آب معدنی، نمک، گل و...) برای درمان برخی بیماری‌ها یا گذراندن دوره بهبود تحت نظارت و مداخله یک درمانگر. گردشگری پزشکی^۴: نوع دیگری از گردشگری سلامت است که با هدف درمان فیزیکی و انجام یک نوع عمل جراحی تحت نظارت درمانگران در بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی انجام می‌شود.

با توجه به گزارش سازمان جهانی گردشگری در سال ۲۰۱۸، قاره‌های اروپا، آسیا و اقیانوسیه، آمریکا، آفریقا و خاورمیانه به ترتیب ۵۱ درصد، ۲۴ درصد، ۱۶ درصد، ۵ درصد و ۴ درصد از سهم گردشگران دنیا را به خود اختصاص داده‌اند که در این میان آسیا و اقیانوسیه با میانگین رشد سالانه ورود گردشگر به میزان ۶/۴ درصد نسبت به سایر قاره‌ها از رشد بالایی برخوردار بوده و آفریقا و خاورمیانه، به ترتیب با میانگین رشد ۵ درصد و ۴/۷ درصد، در جایگاه دوم و سوم قرار دارند که با توجه به میانگین رشد سالانه گردشگری در جهان (۴/۹ درصد) نشان از پتانسیل بالقوه و ظرفیت بالای توسعه گردشگری در این مناطق دارد. به‌طور کلی ۵۵ درصد از سفرها به کشورهای توسعه‌یافته و ۴۵ درصد به کشورهای در حال توسعه صورت پذیرفته و پیش‌بینی می‌شود این درصدها در آینده دچار تغییراتی اساسی شود؛ به‌گونه‌ای که در سال ۲۰۳۰ به ۴۲ درصد کشورهای توسعه‌یافته و ۵۸ درصد کشورهای در حال توسعه تغییر یابد. با توجه به مسافرت‌های صورت‌گرفته در سال ۲۰۱۸، ۵۷ درصد گردشگران از مسیر هوایی، ۳۷ درصد از مسیر زمینی، ۴ درصد از مسیر آبی و ۲ درصد از مسیر ریلی برای مسافرت و جابه‌جایی استفاده کرده‌اند. با توجه به موقعیت مکانی ایران (دسترسی به هر چهار مسیر) و همچنین جایگاه توسعه این راه‌ها در برنامه‌های توسعه کشور، ظرفیت فعال‌سازی آن‌ها وجود دارد که در این نوشتار مجالی برای پرداختن بدان نیست.

طبق گزارش سال ۲۰۱۸ مجمع جهانی اقتصاد، با ورود ۵/۲ میلیون گردشگر بین‌المللی به ایران و حدود ۳/۵ میلیون دلار هزینه‌های پرداخته‌شده توسط آن‌ها، متوسط دریافتی‌های ایران به‌ازای هر گردشگر ۶۶۵/۱ دلار بوده است. بنابراین، این صنعت با ارزش افزوده حدود ۱۰/۱ میلیارد دلاری سهم

1. Goodrich
2. Wellness Tourism
3. Curative Tourism
4. Medical Tourism

۲/۵ درصدی از کل تولید ناخالص داخلی ایران را تشکیل داده و با ایجاد ۴۷۶ هزار شغل سهم ۱/۹ درصدی از کل اشتغال کشور را به خود اختصاص داده است. براساس این گزارش، امتیاز ایران در شاخص رقابت‌پذیری گردشگری و سفر معادل ۳/۴ و در سال ۲۰۱۵، ۳/۳ بوده که با چهار پله صعود نسبت به آن سال، به رتبه ۹۳ از میان ۱۳۶ کشور جهان رسیده و رتبه ایران از جایگاه نهم در بین کشورهای خاورمیانه در سال ۲۰۱۵ به جایگاه هشتم در سال ۲۰۱۷ بهبود یافته است. در سال ۲۰۱۷، کشور امارات متحده عربی در جایگاه اول شاخص رقابت‌پذیری سفر و گردشگری و پس از آن قطر و بحرین در جایگاه دوم و سوم در سطح منطقه خاورمیانه قرار گرفته‌اند. شایان ذکر است که کشورهای امارات متحده عربی، قطر و بحرین از نظر شاخص رقابت‌پذیری سفر و گردشگری به ترتیب در جایگاه ۲۹ام، ۴۷ام و ۶۰ام جهان قرار دارند (World Economic Forum, 2017).

در پژوهشی میدانی، حوزه‌های موردنیاز گردشگران سلامت تعیین شده که بیشترین علت سفر در حوزه‌های سلامت متعلق به طب جایگزین، دندان، زیبایی و چشمه‌های آب گرم تشخیص داده شده است (Heung, 2011). ظرفیت و پتانسیل‌های کشور و پراکندگی آن‌ها در سراسر کشور نشان از وجود مزیت رقابتی در حوزه گردشگری سلامت دارد. چشمه‌های آب گرم و معدنی (وجود بیش از ۱۰۰ چشمه آب گرم و معدنی در استان‌های آذربایجان غربی و شرقی، مازندران، سیستان و بلوچستان و... با خواص درمانی گوناگون)، نمک غار درمانی^۱ یا نمک درمانی^۲ در محدوده خلیج فارس، زاگرس، قم، سمنان، کرمان، یزد و آذربایجان^۳ و لجن‌درمانی^۴ همگی از جمله ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های بالقوه کشور در حوزه گردشگری سلامت به‌شمار می‌روند (دستغیب، ۱۳۹۶).

هزینه‌های معالجه و درمان در ایران خیلی کمتر از کشورهای توسعه‌یافته است و حتی قابلیت رقابت با کشورهای منطقه مانند اردن، ترکیه، امارات، عربستان، و بحرین همچنین کشورهای جنوب شرق آسیا مانند تایلند، سنگاپور، مالزی، فیلیپین و هند وجود دارد (Jabbari et al., 2012). براساس گزارش رقابت‌پذیری جهان^۵ در سال ۲۰۱۸، ایران در این شاخص رتبه اول را در جهان دارد که نشان‌دهنده مزیتی رقابتی در حوزه گردشگری سلامت است. درخصوص اهمیت این عامل در پژوهشی که صورت‌پذیرفته، مهم‌ترین علت در میان علل مسافرت در حوزه گردشگری سلامت هزینه‌های درمانی است.

۱- Cave Salt Therapy: غاردرمانی به معنی استفاده از محیط‌زیست غارهای زیرزمینی برای درمان است. تنفس در فضاها طبیعی و مصنوعی نمکی که سرشار از عناصر خاصی چون منیزیم، ید، سدیم، کلسیم، سلنیم و برم است، نقش بسزایی در درمان بیماری‌هایی چون آلرژی، برونشیت، کم‌کاری غده تیروئید، بیماری‌های قلبی، فشار خون، امراض پوستی، بیماری‌های عصبی و استرس، آسم، تب یونجه و التهاب حلق دارد.

2. Salt Therapy

۳- درحالی‌که در برخی از کشورها برای ساخت غارهای نمکی مصنوعی و تأمین نمک لازم مبالغ زیادی هزینه می‌شود، کشور ایران، با داشتن غارهای نمکی طبیعی و زیبا، ذخیره نمک بالغ بر یک میلیارد تن را دارد

۴- لجن‌درمانی یکی از حوزه‌های گردشگری سلامت به‌شمار می‌رود. گل و لجن به شکل خمیری سیاه‌رنگ است که خاصیت درمانی دارد. در این حوزه، دریاچه ارومیه در طول تاریخ همواره برای استفاده از خواص درمانی آن مورد توجه بوده است. از ویژگی‌های مهم این دریاچه وجود املاح متعدد معدنی مانند کلسیم، فسفر، منیزیم، آهن، سدیم، پتاسیم، برم، ید، سلنیوم، مس و روی است که دارای خواص مختلف درمانی است و در ساخت محصولات آرایشی و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

5. The Global Competitiveness Report, 2018

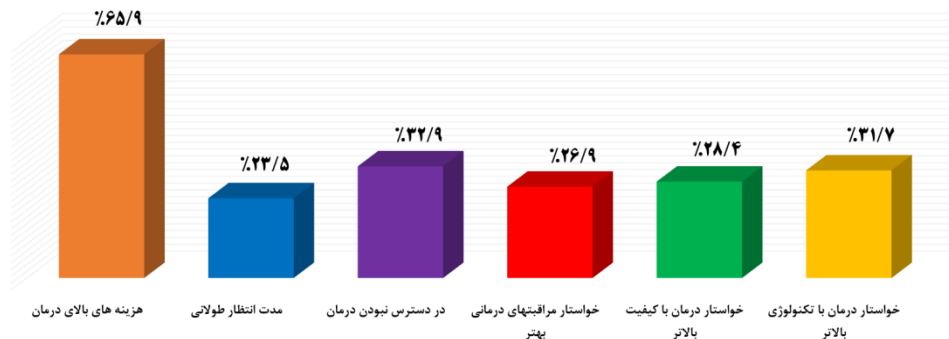
گسترده‌تری موضوع گردشگری سلامت سبب شده تا عواملی که صنعت گردشگری سلامت یک کشور از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد بسیار متنوع باشد و این مسئله ایجاب می‌کند که از زوایای مختلف به آن پرداخته شود. برای مثال، هیونگ (2011) مدلی دومرحله‌ای برای این موضوع ارائه می‌کند که در مرحله اول عواملی شناسایی شده که در انتخاب مقصد گردشگری درمانی تأثیر دارد؛ همچون عوامل اقتصادی، سیاسی - امنیتی، قانونی و دولتی، فناوری و زیرساختی، فرهنگی - اجتماعی و کیفیت و هزینه درمان. در مرحله دوم عواملی که انتخاب مراکز درمانی را متأثر می‌سازد مشخص شده است؛ مانند هزینه‌های درمان، اعتبار بیمارستان، کیفیت درمان و آموزش پزشکان، منابع انسانی و جهانی‌شدن. در بررسی پژوهش‌های صورت‌گرفته درخصوص عوامل مؤثر و کلیدی حوزه گردشگری سلامت، هریک از پژوهشگران بر یک یا چند بعد تأثیرگذار تأکید کرده و شاخص‌ها و زیرمعیارهای آن‌ها را ارائه نموده‌اند. برای مثال، اسپوک و هنگفوا (2016) و بیات و همکاران (۱۳۹۵) به معرفی عوامل سیاسی و امنیتی پرداخته و بر این نظرند که این موضوع باید از سوی دولت تأمین شود و زیرمعیارهایی از قبیل ثبات محیط سطح امنیت را مطرح می‌کنند.

واعظی و همکاران (۱۳۹۷) بر عوامل اقتصادی تأکید کرده و بر این نظرند که گردشگری سلامت یکی از انواع گردشگری است که علاوه بر داشتن مزایای اقتصادی و ارزی به رشد صنعت بهداشت و درمان و گردشگری منجر می‌شود. فیتشرین و همکاران^۱ (2016) به بررسی عوامل قانونی و دولتی پرداخته و به عوامل این حوزه از قبیل قوانین درمانی و بیمه‌ای کشور و توافقات دوجانبه میان کشورها به‌منظور جلوگیری از خطاهای حرفه‌ای اشاره می‌کنند. نیک‌رفتار و همکاران (۱۳۹۵) به عوامل فناوری و زیرساختی اشاره می‌کنند و بر عواملی تأکید می‌کنند که موجب کاهش نگرانی‌های بیماران خارجی می‌شود. عواملی مانند حضور مترجم، نحوه تبادل ارز، نحوه و مراحل اخذ ویزا، سیستم مراقبت‌های پس از درمان و امکان حضور همراهان بیمار. در این قسمت نباید از سایر زیرساخت‌ها غافل شد. زیرساخت‌هایی مانند سیستم ارتباطات و اطلاعات مناسب، دسترسی آسان و سریع به وسایل ارتباطی مانند تلفن و اینترنت و همچنین زیرساخت‌های راه‌وتراپی نیز در این حوزه اهمیت زیادی دارند. نزدیکی به فرودگاه‌های بین‌المللی، وجود سیستم حمل‌ونقل مناسب و دردسترس نیز مهم است. علاوه بر زیرساخت‌های کلان، مجهز و به‌روزبودن مراکز درمانی و توجه به تسهیلات و امکانات مراکز اقامتی و تفریحی متناسب با استانداردهای بین‌المللی در جذب گردشگران درمانی مؤثر است (بیات، ۱۳۹۵).

آیدین و کارامهت (2017) به عوامل فرهنگی و اجتماعی تأکید کرده و در این حوزه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی گردشگران اشاره نموده‌اند. بنابر نظر آنان اولویت‌های گردشگران در گردشگری درمانی براین‌اساس متفاوت خواهد بود. لذا باید به این تفاوت‌ها توجه کرد و در امور درمانی باید از کادر درمانی‌ای استفاده کرد که متخصص باشند و به زبان بین‌المللی صحبت کنند. جنتی و همکاران (2013) به برخی عوامل مؤثر بر کیفیت درمان اشاره می‌کنند که در انتخاب مقصد گردشگری سلامت اهمیت دارند: کاهش زمان انتظار و تمرکز بر فناوری‌های بالا و توسعه فناوری

1. Fetscherin, M., & Stephano, R

اطلاعات، معرفی توسط پزشکان، جنسیت، نزدیکی بیمارستان، آگاهی از خدماتی که گردشگران دریافت خواهند کرد، حمایت اجتماعی و نوع بیمه، درآمد خانواده، هزینه و کیفیت خدمات و... . هزینه‌های درمان عامل دیگری است که در گردشگری سلامت و انتخاب گردشگران در مقصد گردشگری تأثیر بسزایی دارد و حتی برخی این عامل را مهم‌ترین عامل تأثیرگذار و مهم‌ترین علت انگیزشی سفر در میان گردشگران حوزه سلامت مطرح می‌کنند (شکل شماره ۲) (Altes, 2015).



شکل ۲: علل مسافرت با انگیزه گردشگری سلامت (Altes, 2015)

یو و همکاران (2012) اعتبار بیمارستان‌ها در سطح جهانی در جذب گردشگران سلامت را بسیار مؤثر دانسته و ایجاد استانداردهای بین‌المللی و گواهینامه‌های معتبر برای مراکز درمانی را از الزامات این حوزه می‌دانند. در نهایت جهانی‌شدن عاملی است که باید بدان توجه شود، چراکه در کوتاه‌مدت موجب افزایش یکپارچگی اقتصادی، وابستگی متقابل دولت‌ها و مناطق و تسریع اثر رشد بازار بین‌المللی در خدمات بهداشتی می‌شود و تولیدات و جابه‌جایی آزادانه مردم و کالاها را در پی دارد؛ بنابراین، در چنین شرایطی، افزایش حرکات برون‌مرزی چالش‌های فراوانی را پیش روی حاکمیت و حفظ مراقبت از گردشگران سلامت قرار داده است (هرندی و همکاران، ۱۳۹۶).

مدل‌سازی ساختاری تفسیری^۱

این روش یکی از باسابقه‌ترین و پرکاربردترین روش‌های تحلیل متقابل و ماتریسی است که به اختصار آی. اس. ام خوانده می‌شود. این روش در تشخیص روابط درونی متغیرها کمک می‌کند و برای تجزیه و تحلیل تأثیر یک متغیر بر متغیرهای دیگر مناسب است. با کمک این روش می‌توان در اولویت‌بندی و تعیین سطح عناصر یک سیستم برای اجرای هرچه بهتر مدل طراحی‌شده بهره برد (Fazli et al., 2012; Poloie et al., 2012; مروتی شریف‌آبادی و اسدیان ارکانی، ۱۳۹۳). با بررسی پژوهش‌های صورت‌گرفته در حوزه‌های گوناگون گردشگری، از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری در سطوح منطقه‌ای و ملی استفاده شده است که به شرح جدول شماره ۱ ارائه می‌شود.

1. Interpretive Structural modeling

جدول ۱: کاربرد روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری در حوزه گردشگری

ردیف	نویسنده	سال	حوزه مورد مطالعه	سطح کاربرد
۱	اسعدی و همکاران	۱۳۹۵	راهکارهای توسعه گردشگری سالمندی	منطقه‌ای
۲	دلشاد و همکاران	۱۳۹۷	تحلیل موانع توسعه گردشگری الکترونیک	ملی
۳	امیری	۱۳۹۴	تحلیل عوامل مؤثر توسعه گردشگری تاریخی	منطقه‌ای
۴	مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی	۱۳۹۳	توسعه گردشگری سلامت	منطقه‌ای
۵	جعفری مهرآبادی و همکاران	۱۳۹۶	توسعه گردشگری غذا	منطقه‌ای
۶	فیروزجائیان و همکاران	۱۳۹۲	تحلیل آسیب شناسانه حوزه گردشگری	ملی
۷	تقوی فرد و اسدیان اردکانی	۱۳۹۵	توسعه مدل گردشگری الکترونیکی	ملی
۸	روی و میسرا	۲۰۱۶	قابلیت‌های سفر و گردشگری	ملی
۹	کریمی شیرازی و همکاران	۲۰۱۷	گردشگری پزشکی (کیفیت خدمات دندانپزشکی)	ملی
۱۰	طلیب و رحمان	۲۰۱۵	گردشگری درمانی پایدار	ملی
۱۱	جین و آجمرا	۲۰۱۸	گردشگری درمانی	ملی
۱۲	رنجان و همکاران	۲۰۱۳	گردشگری درمانی	ملی
۱۳	ساده و قارکاز	۲۰۱۸	گردشگری پزشکی و درمانی	ملی
۱۴	سرما و رحمان	۲۰۱۸	نوآوری خدمات گردشگری	ملی

یکی از محدودیت‌های اساسی در بسیاری از روش‌ها این است که رویدادها و روندها یک‌به‌یک پیش‌بینی می‌شوند، بدون آن‌که اشاره آشکاری به تأثیر احتمالی آن‌ها بر یکدیگر شود. اغلب رویدادها و روندها کم‌وبیش و به‌گونه‌ای با یکدیگر مرتبط‌اند. اکثر تحلیل‌گران آگاه‌اند که احتمال هر رخداد تا حدی مشروط به وقوع سایر رخدادهاست. وابستگی میان این رخدادها و روندها را می‌توان برای پیش‌بینی‌های استوارتر و دقیق‌تر مورد توجه و ملاحظه قرار داد. به‌عبارت‌دیگر، پیش‌فرض استفاده از این شیوه تحلیل این است که اکثر وقایع و تحولات به‌نحوی با سایر وقایع و مسائل مرتبط است. سابقه استفاده از این روش به دهه ۱۹۶۰ برمی‌گردد، اما در سال‌های اخیر یک آینده‌پژوه برجسته فرانسوی، به نام گوده، پیشگام معرفی این روش و استفاده از آن بوده و از آن در شناسایی، طبقه‌بندی و رتبه‌بندی عناصر تأثیرگذار بر آینده سیستم‌های مختلف استفاده کرده است (طالبیان و مولایی، ۱۳۹۵).

مرحله اول: تعیین رابطه مفهومی بین ابعاد یا شاخص‌ها.

مرحله دوم: ماتریس خودتعاملی ساختاری.^۱

1. Structural self-interaction matrix

مرحله سوم: ماتریس دریافتی.

مرحله چهارم: روابط و سطوح ابعاد و شاخص‌ها.

مرحله پنجم: استخراج ماتریس قدرت نفوذ - وابستگی شاخص‌ها.

روش‌شناسی پژوهش

روش‌شناسی پژوهش به‌طور ضمنی چارچوب نظری - فلسفی پژوهش، مهارت‌های پژوهشی موردنیاز و سایر پیش‌فرض‌های پژوهش را آشکار می‌کند. پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی (از نوع توسعه‌ای راهبردی) و از نظر ماهیت و روش، توصیفی - تحلیلی و به‌لحاظ روش، ترکیبی (کمی و کیفی) و به‌لحاظ رویکرد پژوهش، استقرایی است. اطلاعات به دو روش کتابخانه‌ای و میدانی گردآوری شده است. در این روش از ابزارهای گوناگونی نظیر مصاحبه و پرسش‌نامه استفاده شده است. به‌منظور شناسایی اولیه عوامل مؤثر و کلیدی گردشگری سلامت در افق ۱۴۱۴، از روش کتابخانه‌ای و درنهایت میدانی (مصاحبه) استفاده شده و به‌منظور نهایی کردن این عوامل و تعیین روابط آن‌ها از روش میدانی (پرسش‌نامه) استفاده شده است. به‌طورکلی در این پژوهش از دو نوع پرسش‌نامه استفاده شده است: پرسش‌نامه تعیین نهایی عوامل مؤثر و کلیدی صنعت گردشگری سلامت در افق ۱۴۱۴ (پرسش‌نامه تحلیل عاملی اکتشافی) و پرسش‌نامه تعیین ارتباط و توالی عوامل مؤثر و کلیدی صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ (مدل‌سازی ساختاری تفسیری).

جامعه آماری پژوهش حاضر دربردارنده متخصصان و خبرگانی است که درزمینه توسعه گردشگری سلامت کشور از دانش کافی برخوردارند. این گروه از جامعه آماری شامل فعالان سازمان‌های خصوصی و دولتی مرتبط با گردشگری سلامت، مراکز علمی معتبر و بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در این بخش است که با مفاهیم و ادبیات مربوط به گردشگری سلامت آشنا هستند. به‌این‌ترتیب، جامعه آماری پژوهش حاضر برحسب نوع دانش عملی و علمی به دو دسته تفکیک می‌شود:

خبرگان نظری (متکی بر دانش نظری درخصوص گردشگری سلامت)

خبرگان تجربی (دانش تجربی مبتنی بر فعالیت در گردشگری سلامت دارند و یکی از ذی‌نفعان در

سازمان‌های دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی محسوب می‌شوند).

ازآنجاکه افراد و سازمان‌های مختلف مرتبط با حیطه پژوهش دارای تأثیرات و سطح فعالیت‌های یکسانی نیستند، به‌منظور شناسایی خبرگان و نمونه آماری مناسب برای پژوهش از روش گلوله برفی استفاده شده است. براین‌اساس، پس از پنج دور، تعداد ۴۱ خبره که بیشترین فراوانی تکرار را در دوره‌های مختلف پرسش داشتند به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. متأسفانه به علل مختلفی از جمله دسترسی نداشتن به خبرگان، مشغله کاری زیاد و نداشتن تمایل به همکاری استفاده از همه این خبرگان در کل فرایند پژوهش ممکن نبوده است. لذا در این پژوهش برای شناسایی اولیه عوامل مؤثر و کلیدی توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ از ۳۳ نفر از خبرگان و به‌منظور نهایی کردن این عوامل نیز (تشکیل پانل تخصصی و انجام روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری) از ۷

نفر از خبرگان استفاده شده است. ورودی‌ها و داده‌ها در این پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری تحلیل شده است. در شکل شماره ۳ فرایند کلی پژوهش حاضر ارائه شده که از چهار گام تشکیل شده است:



شکل ۲: فرایند کلی پژوهش

یافته‌های پژوهش

شناسایی اولیه عوامل کلیدی و مؤثر در صنعت گردشگری سلامت کشور

در فرایند شناسایی ابتدایی عوامل کلیدی مؤثر در حوزه گردشگری سلامت، ابتدا و براساس مرور ادبیات پژوهشی ۱۰۹ عامل شناسایی شد. سپس این عوامل، در قالب مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته، با خبرگان حوزه به بحث و تبادل نظر گذاشته شد و نظر آنان در خصوص عوامل شناسایی شده و سایر عواملی که ممکن است بر توسعه گردشگری سلامت کشور اثرگذار باشند اخذ شد. در نتیجه این امر، عوامل دیگری شناسایی شد و ۳۴ عامل به عوامل شناسایی شده اضافه گردید. در مجموع تعداد ۱۴۳ عامل به‌منزله عوامل اولیه کلیدی و مؤثر در صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ شناسایی شده است (جدول پیوست).

شناسایی نهایی عوامل کلیدی و مؤثر در صنعت گردشگری سلامت کشور

همان‌گونه که پیش‌تر توضیح داده شد، به‌منظور شناسایی و کشف نهایی عوامل کلیدی و مؤثر در صنعت گردشگری سلامت کشور از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده می‌شود. در این روش، عوامل مؤثر شناسایی و سهم واریانس تبیین می‌شود. بدین‌منظور، عوامل از طریق پرسش‌نامه ارزیابی می‌شود و عامل‌های مشترک از دیدگاه خبرگان در دسته‌هایی مشترک طبقه‌بندی می‌گردند و در نهایت با نظر ایشان نامی مناسب برای آن دسته از عوامل انتخاب می‌شود، به‌گونه‌ای که نام انتخابی معرف کلیه

ویژگی‌های عوامل طبقه‌بندی شده در آن دسته باشد. در پژوهش حاضر، در پرسش‌نامه‌ای (با طیف لیکرت درجه ۱۰) از خبرگان خواسته شده تا درباره ۱۴۳ عامل شناسایی شده اولیه اظهار نظر کنند. با توجه به آرای خبرگان، عوامل اولیه به ۲۸ دسته تقسیم شده است. با توجه به این که مقدار آلفای کرونباخ محاسباتی برای همه متغیرها بالاتر از ۷۰ درصد است، پایایی سوالات پرسش‌نامه تأیید می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که برای همه متغیرهای پژوهش مقدار آزمون کا. ام. او ۱ بالاتر از ۷۰ درصد بوده (معادل ۰/۷۴۵) و مقدار احتمال برای آماره بارتلت کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرض صفر مبنی بر عدم کفایت نمونه رد می‌شود. مقدار احتمال آماره بارتلت نیز حاکی از رد فرض صفر مبنی بر عدم کفایت نمونه است، زیرا مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ به دست آمده است. با توجه به تحلیل عاملی صورت گرفته، ۲۸ عامل مندرج در جدول شماره ۲ عوامل کلیدی و مؤثر شناخته شده‌اند.

جدول ۲: عوامل مؤثر و کلیدی شناسایی شده در حوزه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴

ردیف	عوامل مؤثر و کلیدی در گردشگری سلامت	ردیف	عوامل مؤثر و کلیدی در گردشگری سلامت
۱	مشارکت بخش خصوصی در حوزه گردشگری سلامت	۱۵	هوش فرهنگی و اجتماعی
۲	تنوع در ارائه خدمات گردشگری و گردشگری سلامت	۱۶	نوآوری در گردشگری و گردشگری سلامت
۳	تصویر ذهنی مقصد گردشگری (رضایتمندی از ارائه خدمات گردشگری و گردشگری سلامت)	۱۷	پیوستگی میان اجزای زنجیره گردشگری و گردشگری سلامت
۴	سرمایه‌گذاری	۱۸	ثبات سیاسی و اقتصادی
۵	جهانی‌شدن خدمات	۱۹	رویکرد سیاست خارجی ایران در قبال سیاست خارجه کشورهای جهان
۶	زیرساخت‌های سخت گردشگری و گردشگری سلامت	۲۰	رویکرد سیاست خارجه جهان (آمریکا، اتحادیه اروپا، شورای همکاری خلیج فارس و...) در خصوص ایران
۷	زیرساخت‌های نرم گردشگری و گردشگری سلامت	۲۱	موقعیت ژئوپولیتیک ایران
۸	فناوری و تکنولوژی روز دنیا	۲۲	توانایی پاسخ‌گویی به تقاضای حوزه سلامت در جهان
۹	آژانس‌های مسافرتی	۲۳	قوانین ملی
۱۰	سطح رقابت‌پذیری کشور	۲۴	قوانین بین‌المللی
۱۱	نیروی انسانی متخصص	۲۵	کیفیت و استاندارد خدمات گردشگری و گردشگری سلامت
۱۲	تبلیغات و بازاریابی مؤثر	۲۶	پوشش بیمه‌ای بین‌الملل

1. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling =KMO

ردیف	عوامل مؤثر و کلیدی در گردشگری سلامت	ردیف	عوامل مؤثر و کلیدی در گردشگری سلامت
۱۳	هزینه خدمات گردشگری و گردشگری سلامت	۲۷	وجود جاذبه‌های محیطی و انسان‌ساخت در حوزه گردشگری و گردشگری سلامت
۱۴	دسترسی به خدمت گردشگری و گردشگری سلامت	۲۸	رعایت مسائل زیست محیطی

شناسایی عوامل مؤثر و کلیدی نهایی و روابط میان آنها در صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ به‌منظور شناسایی عوامل مؤثر و کلیدی در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ و همچنین تعیین روابط میان آن‌ها، از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شده است که فرایند اجرای آن در این پژوهش به شرح ذیل است:

۱. تعیین متغیرهای مورد استفاده در مدل: مدل‌سازی ساختاری تفسیری با شناسایی متغیرها شروع می‌شود. در این پژوهش، همان ۲۸ عامل کلیدی و مؤثر برای توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ شناسایی شده است.

۲. به‌دست‌آوردن ماتریس ساختاری روابط درونی متغیرها (SSIM₁): پس از شناسایی متغیرها، نوبت به وارد کردن این متغیرها در ماتریس ساختاری روابط درونی متغیرها می‌رسد. متغیرهای شناسایی‌شده (۲۸ متغیر) برای توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ در سطر و ستون اول جدول ذکر شده و از پاسخ‌دهندگان خواسته شد که، با توجه به نمادهای معرفی‌شده در مرحله دوم روش مدل‌سازی ساختاری - تفسیری (V, X, A, O)، نوع ارتباط دوه‌دوی عوامل را مشخص کنند. این پرسش‌نامه در اختیار هفت نفر از خبرگان این پژوهش قرار گرفت و تکمیل شد. سپس نتایج به‌دست‌آمده از این پرسش‌نامه‌ها در اختیار یک گروه سه‌نفره از همان هفت نفر خبره قرار گرفت و این گروه، با تشکیل جلسه‌ای، این پرسش‌نامه را تکمیل نهایی کردند.

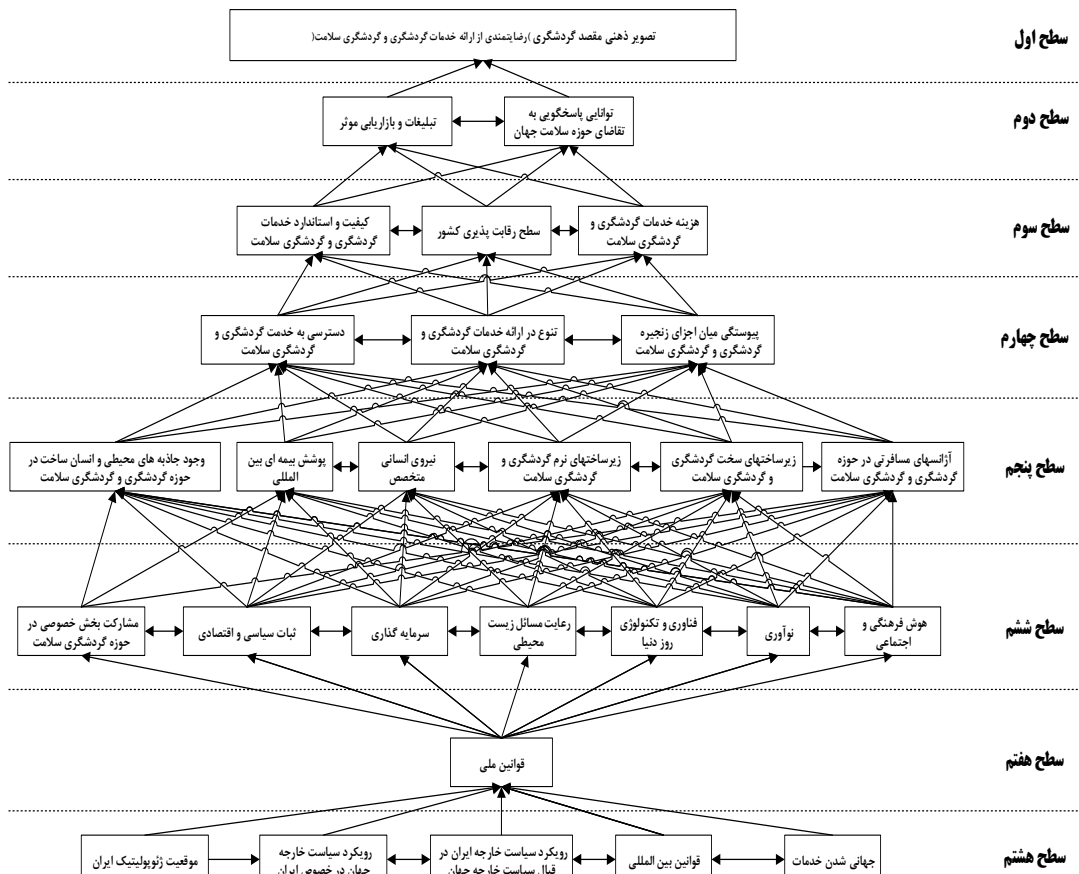
۳. به‌دست‌آوردن ماتریس دستیابی: با تبدیل نمادهای روابط ماتریس ساختاری به اعداد صفر و یک برحسب قواعد این روش، می‌توان به این ماتریس دست یافت.

۴. سازگار کردن ماتریس (ماتریس دستیابی نهایی): پس از این که ماتریس اولیه دستیابی به‌دست آمد، باید سازگاری درونی آن برقرار شود. در این پژوهش، برای ایجاد سازگاری از روش به توان رساندن ماتریس استفاده شده که از قاعده بولن تبعیت می‌کند.

۵. تعیین سطح و اولویت متغیرها: برای تعیین سطح و اولویت متغیرها، مجموعه دستیابی ۲ و مجموعه پیش‌نیاز ۳ برای هر متغیر تعیین می‌شود و پس از آن نوبت به تعیین سطح متغیرها (عوامل) می‌رسد. در پژوهش حاضر، طی هشت جدول، سطوح هشت‌گانه متغیرهای کلیدی و مؤثر در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ به‌دست آمده است (جدول شماره ۳).

1. Structural Self-interaction Matrix
2. Reachability
3. Antecedent Set

۶. ترسیم مدل: پس از تعیین روابط و سطح متغیرها می‌توان آن‌ها را به شکل مدلی ترسیم کرد. به همین منظور، ابتدا متغیرها برحسب سطحشان به ترتیب از بالا به پایین تنظیم می‌شوند. در این پژوهش متغیرها در هشت سطح قرار گرفته‌اند. در بالاترین سطح مدل، متغیرهای تصویر ذهنی مقصد گردشگری (رضایتمندی از ارائه خدمات گردشگری و گردشگری سلامت)، متغیرهای از ارائه خدمات گردشگری و گردشگری سلامت) و توانایی پاسخ‌گویی به تقاضای حوزه سلامت و تبلیغات و بازاریابی مؤثر قرار گرفته‌اند. در پایین‌ترین سطح مدل، متغیرهای جهانی شدن خدمات، قوانین بین‌الملل، رویکرد سیاست خارجی ایران در قبال سیاست خارجی جهان، رویکرد سیاست خارجی جهان در خصوص ایران، موقعیت ژئوپولیتیک ایران و قوانین ملی قرار گرفته‌اند (شکل شماره ۴).



شکل ۳: روابط بین متغیرهای کلیدی و مؤثر در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴

۷. طبقه‌بندی معیارها و شاخص‌ها بر اساس قدرت هدایت و وابستگی^۱: متغیرها برحسب قدرت تأثیرگذاری (نفوذ)^۲ و تأثیرپذیری (وابستگی)^۳ که میزان آن در جدول شماره ۴ ارائه گردیده به چهار دسته تقسیم می‌شوند که این چهار دسته را در جدول شماره ۵ مشاهده می‌کنید.

1. MICMAC
2. Driving Power
3. Dependence Power

جدول ۴: درجه قدرت هدایت و وابستگی متغیرهای کلیدی و مؤثر توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴

شاخص‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
قدرت نفوذ	۲۲	۹	۱	۲۲	۲۸	۱۵	۱۵	۲۲	۱۵	۶	۱۵	۳	۶	۹
قدرت وابستگی	۱۳	۲۲	۲۸	۱۳	۶	۱۹	۱۹	۱۳	۱۹	۲۵	۱۹	۲۷	۲۵	۲۲
شاخص‌ها	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸
قدرت نفوذ	۲۲	۲۲	۹	۲۲	۲۸	۲۸	۲۸	۳	۲۶	۲۸	۶	۱۵	۱۵	۲۲
قدرت وابستگی	۱۳	۱۳	۲۲	۱۳	۶	۶	۶	۲۷	۶	۶	۲۵	۱۹	۱۹	۱۳

جدول ۵: طبقه‌بندی متغیرهای مؤثر توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ بر اساس قدرت هدایت و وابستگی

شماره دسته	عنوان دسته	ویژگی دسته	متغیرهای کلیدی و مؤثر در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴
اول	خودمختار ^۱	قدرت نفوذ و وابستگی ضعیف	-
دوم	وابسته ^۲	قدرت نفوذ کم و وابستگی زیاد	متغیرهای تصویر ذهنی مقصد گردشگری، بازاریابی و تبلیغات، توانایی پاسخ‌گویی به تقاضا، سطح رقابت‌پذیری کشور، هزینه خدمات، کیفیت و استاندارد خدمات، تنوع در ارائه خدمات، دسترسی به خدمات و پیوستگی میان اجزای زنجیره تامین
سوم	متصل یا پیوندی ^۳	قدرت نفوذ و وابستگی زیاد	زیرساخت‌های نرم، زیرساخت‌های سخت، آژانس‌های مسافرتی، نیروی انسانی متخصص، پوشش بیمه‌ای بین‌الملل و وجود جاذبه‌های محیطی و انسان‌ساخت
چهارم	مستقل	قدرت نفوذ زیاد و وابستگی کم	قوانین بین‌المللی، قوانین ملی، موقعیت ژئوپولیتیک، ثبات سیاسی و اقتصادی، رویکرد سیاست خارجی کشور در قبال کشورهای خارجی، سیاست کشورهای جهان در خصوص ایران، سرمایه‌گذاری، فناوری روز دنیا، هوش فرهنگی و اجتماعی، نوآوری در گردشگری و گردشگری سلامت، مشارکت بخش خصوصی در حوزه گردشگری سلامت، جهانی‌شدن خدمات سلامت و رعایت مسائل زیست‌محیطی

با توجه به طبقه‌بندی متغیرها بر اساس قدرت هدایت و وابستگی، نمودار قدرت هدایت و وابستگی متغیرهای کلیدی و مؤثر در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ به صورت شکل شماره ۵ می‌باشد.

1. Autonomous Variables
2. Dependent Variables
3. Linkage Variables

شکل ۵: نمودار قدرت هدایت و وابستگی متغیرهای کلیدی و مؤثر در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴

ردیف	ناحیه سوم: متغیرهای متصل یا پیوندی (نفوذ زیاد- وابستگی زیاد)	ناحیه دوم: متغیرهای وابسته (نفوذ کم- وابستگی زیاد)	ناحیه چهارم: متغیرهای مستقل (نفوذ زیاد- وابستگی کم)	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰				
۲۸																																				
۲۷																																				
۲۶																																				
۲۵																																				
۲۴																																				
۲۳																																				
۲۲																																				
۲۱																																				
۲۰																																				
۱۹																																				
۱۸																																				
۱۷																																				
۱۶																																				
۱۵																																				
۱۴																																				
۱۳																																				
۱۲																																				
۱۱																																				
۱۰																																				
۹																																				
۸																																				
۷																																				
۶																																				
۵																																				
۴																																				
۳																																				
۲																																				
۱																																				
۰																																				

(تاثیرپذیری) همبستگی قدرت هدایت

جمع‌بندی و پیشنهاد

امروزه توسعه گردشگری سلامت در تمام عرصه‌ها، چه ملی و منطقه‌ای و چه بین‌المللی، مورد توجه برنامه‌ریزان دولتی و شرکت‌های خصوصی قرار گرفته است. توسعه صنعت گردشگری سلامت، به‌ویژه برای کشورهای در حال توسعه، که با معضلاتی همچون بیکاری زیاد، محدودیت منابع ارزی و اقتصاد تک‌محصولی مواجه‌اند، از اهمیت فراوانی برخوردار است. اقتصاد ایران نیز اتکای زیادی به درآمدهای حاصل از صادرات نفت دارد و متغیرهای کلان اقتصادی آن با پیروی از قیمت جهانی نفت در طول زمان دچار نوسانات شدیدی می‌شود. از این‌رو، به‌منظور تنوع‌بخشیدن به منابع رشد اقتصادی و درآمدهای ارزی و همچنین ابعاد فرصت‌های جدید شغلی در کشور، توسعه صنعت گردشگری به‌ویژه گردشگری سلامت از اهمیت فراوانی برخوردار است. با وجود جاذبه‌های فراوان کشور و وجود امکانات و تجهیزات درمانی و پزشکی، آمار نشان‌دهنده سهم بسیار اندک ایران از درآمد جهانی گردشگری و به‌طور خاص گردشگری سلامت است. شواهد نشان می‌دهد که این صنعت هنوز نتوانسته سهم بازار شایسته خود را به دست آورد. این امر نه به علت فقدان جاذبه‌های طبیعی، آثار باستانی، شرایط آب‌وهوایی یا امکانات و تجهیزات و... است، بلکه صرفاً محصول بینش مدیریت و نرم‌افزار موجود در این صنعت است. دولت که باید سیاست‌گذار کلان و ارائه‌دهنده راهبرد روشن و عملی این صنعت باشد و بستر معرفی و رشد پایدار این صنعت را فراهم کند، هنوز درگیر پاره‌ای از کارهای اجرایی خود در این صنعت است. بعضی از مسائل امنیتی، اجتماعی و فرهنگی ناکارآمد حرکت این صنعت را در ایران کند و کندتر می‌کند و این در حالی است که وضعیت این صنعت در جهان رشد شتابانی را آغاز کرده است. پژوهش حاضر تلاشی است در جهت کمک به تصمیم‌گیران و تصمیم‌سازان صنعت گردشگری سلامت تا ضمن شناسایی عوامل مؤثر و کلیدی حوزه گردشگری سلامت اولویت‌های این صنعت را مشخص کند و آغازگر راهی باشد که هدف آن غنی کردن مبانی نظری این موضوع در ایران است. همان‌گونه که پیش‌تر در قسمت ادبیات موضوعی به آن پرداخته شد، غالب پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه گردشگری سلامت عموماً به یکی از ابعاد سه‌گانه این حوزه (پزشکی، درمانی و پیشگیرانه) پرداخته و هیچ‌یک حوزه گردشگری سلامت را به صورت کلی و جامع مورد بررسی قرار نداده‌اند. از سوی دیگر، پژوهش‌هایی که در حوزه گردشگری سلامت صورت پذیرفته‌اند، از نظر حیطه پژوهش از سطح منطقه فراتر نرفته‌اند. در این پژوهش سعی شده تا اولاً به حوزه گردشگری سلامت به صورت کلی و جامع (با توجه به ابعاد سه‌گانه) پرداخته شود و ثانیاً این حوزه در سطح ملی مورد بررسی قرار گیرد. لذا معیارهای شناسایی شده، به فراخور ملی بودن سطح این پژوهش، معیارهای خوشه‌بندی شده در سطح کلان است. در پژوهش پیش‌رو به دنبال پاسخ به این سؤالات بوده‌ایم: چه عواملی در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ مؤثرند؟ ارتباط بین این عوامل چگونه است؟ کدام عامل نقش کلیدی و زیربنایی را ایفا می‌کند؟

براین اساس، ۲۸ عامل مؤثر و کلیدی در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ شناسایی شده است: مشارکت بخش خصوصی، تنوع در ارائه خدمات، تصویر ذهنی مقصد گردشگری،

سرمایه‌گذاری، جهانی‌شدن خدمات، زیرساخت‌های نرم و سخت، فناوری، آژانس‌های مسافرتی، سطح رقابت‌پذیری، نیروی انسانی متخصص، تبلیغات و بازاریابی، هزینه خدمات، دسترسی به خدمات، هوش فرهنگی و اجتماعی، نوآوری، پیوستگی میان اجزای زنجیره، ثبات سیاسی و اقتصادی، رویکرد سیاست خارجی ایران، رویکرد سیاست خارجی جهان، موقعیت ژئوپولیتیک، توانایی پاسخ‌گویی به تقاضا، قوانین ملی، قوانین بین‌المللی، کیفیت و استاندارد، پوشش بیمه‌ای. به عبارت دیگر، کلیه فعالان حوزه گردشگری سلامت کشور، برای بقا و ادامه فعالیت خود در این حوزه و پاسخ‌گویی به تغییرات، باید به این ۲۸ عامل توجه ویژه کنند و در جهت تقویت آن‌ها گام بردارند.

در ادامه، برای به دست آوردن ارتباط میان این عوامل (ترتیب و توالی این عوامل) و شناسایی عوامل زیربنایی، از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شده که این روابط در شکل ۴ ارائه شده است. براین اساس:

۱. طی هشت جدول، سطوح هشت‌گانه متغیرهای کلیدی و مؤثر در توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ به دست آمده که متغیر تصویر ذهنی مقصد گردشگری (رضایت‌مندی از ارائه خدمات گردشگری و گردشگری سلامت) در بالاترین سطح مدل قرار گرفته است. این نتیجه بر نتایج مطالعات رضایی و محمدزاده (2016)، نیکرفتار و همکاران (۱۳۹۶)، توکلی و محمدیان (۱۳۹۵)، یانگ (2013)، زنگینگونول و همکاران (2012)، نیلی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، مهدوی و همکاران (2013)، کرمی و همکاران (۱۳۹۵)، مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی (۱۳۹۳) و حقیقی کفاش و همکاران (۱۳۸۸) منطبق است. این مطالعات نشان دادند که رضایت‌مندی از خدمات (داشتن شهرت و برند، قابل اعتماد و اطمینان بودن) و به عبارتی دیگر تصویر ذهنی مناسب نقش بسیار مهمی در توسعه صنعت گردشگری سلامت دارند. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که توانایی پاسخ‌گویی به تقاضای حوزه سلامت و تبلیغات و بازاریابی مؤثر نیز به عنوان عامل مهم و مؤثر در سطح دوم قرار گرفته‌اند. این نتایج به ترتیب در مطالعه نیکرفتار و همکاران (۱۳۹۶)، خانی و همکاران (۱۳۹۱)، خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵) مهدوی و همکاران (2013)، روحانی و زارع (۱۳۹۲)، اصلانی (۱۳۹۴) و مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی (۱۳۹۳) مورد تأکید قرار گرفته است. این بدان معنی است که مهم‌ترین هدف در افق ۱۴۱۴ حوزه گردشگری سلامت کشور ایجاد تصویر ذهنی از ایران در ذهن گردشگر خارجی است و در این راستا باید به حوزه‌های پاسخ‌گویی کشور در این حوزه و همچنین تبلیغات و بازاریابی توجه ویژه کرد.

۲. در پایین‌ترین سطح مدل، متغیرهای جهانی‌شدن خدمات، قوانین بین‌المللی، رویکرد سیاست خارجه ایران در قبال سیاست خارجه جهان، رویکرد سیاست خارجه جهان در خصوص ایران، موقعیت ژئوپولیتیک ایران و قوانین ملی قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر، شاید بتوان گفت که مهم‌ترین و زیربنایی‌ترین عوامل مدل توسعه صنعت گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ همین عوامل است که باید به آن‌ها توجه ویژه شود و روندها و تغییرات آن، به صورت مدام و مرتب، رصد و پایش شود. این نتایج با پژوهش‌های اصلانی (۱۳۹۴)، موحد (2007)، خانی و همکاران (۱۳۹۱)، خوارزمی و

همکاران (۱۳۹۵)، رضایی و محمدزاده (2016)، زالی و عطریان (۱۳۹۵)، موسوی و همکاران (۱۳۹۶)، آیدین و کارامهت (2017) و لی و کیم (2015) همخوانی دارد.

۳. در این میان نباید از عناصری که نقش کمر بند میانی مدل توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ را دارند غافل شد، چراکه این عوامل نقش میانجی و رابط میان عوامل زیربنایی و عوامل هدف این مدل را دارند و بی توجهی به آنها سبب گسستگی در مدل مذکور خواهد شد. این عوامل عبارتند از آژانس‌های مسافرتی، زیرساخت‌های نرم و سخت، نیروی انسانی، پوشش بیمه‌ای، وجود جاذبه‌های محیطی و انسان‌ساخت، پیوستگی میان اجزای زنجیره تأمین گردشگری سلامت، تنوع و دسترسی در ارائه خدمات، هزینه‌های ارائه خدمات، کیفیت و استاندارد خدمات ارائه شده و سطح رقابت‌پذیری خدمات. این نتایج با پژوهش‌های لی و کیم (2015)، نیکرفتار و همکاران (۱۳۹۶)، نیلی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، کرمی و همکاران (۱۳۹۵)، زالی و عطریان (۱۳۹۵)، سعیده زرابادی و عبدالله (۱۳۹۲)، تقوایی و همکاران (۱۳۹۱)، یانگ (2013)، کرمی دهکردی و همکاران (۱۳۹۱)، حاج‌علی‌اکبری و باطومچی (۱۳۹۶)، ونگکیت و مک‌کرچر (2013)، رضایی و محمدزاده (2016)، آزادی و همکاران (2012)، الهینای و همکاران (2011)، هیونگ و همکاران (2010) و ابراهیم‌زاده و همکاران (2013) همخوانی دارد.

۴. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند مورد استفاده مدیرانی قرار بگیرد که در محیط‌های پویا و پیچیده قرار دارند و به دنبال استفاده از منافع حاصل از توسعه گردشگری سلامت در کشورند. در این پژوهش باید به چند نکته توجه کرد:

اولین نکته مربوط به عوامل انتخاب شده است. در محیط‌های مختلف و شرایط متفاوت، اهمیت عوامل با یکدیگر فرق دارد؛ زیرا محققان مختلف در بحث توسعه گردشگری سلامت کشور به عوامل متفاوت اشاره می‌کنند. از این رو مدیر باید با توجه به سازمان و شرایط محیطی به عوامل توجه متفاوتی داشته باشد.

دومین نکته مربوط به سطح عوامل است. سطوح حاصل از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری بیانگر ترتیب و توالی عوامل از نظر اجرا شدن است. نتایج نشان می‌دهد که برای توسعه این صنعت در ابتدا باید بر روی کدام معیارها تأکید و فرایند را آغاز کرد.

سومین نکته مربوط به ارتباطات بین معیارها و شاخص‌ها است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، هیچ‌کدام از عوامل اضافه نیستند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین هرگونه نقص و نادیده گرفتن این عوامل باعث می‌شود نتیجه نهایی، که همان تصویر ذهنی مقصد گردشگری است، دچار خلل و نقصان شود.

پژوهش حاضر اولین پژوهش در افق ۱۴۱۴ در سطح کلان صنعت گردشگری سلامت کشور است. چنین پژوهش‌هایی را می‌توان برای صنایع دیگر با گسترش جامعه آماری در آن صنعت انجام داد.

منابع

- اسعدی، میرمحمد، رحیم‌زاده ترابی، نگار و احمدخانی، مسعود (۱۳۹۵). «راهکارهای توسعه گردشگری سالمندی در استان یزد با رویکرد تکنیک مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM)». دوفصل‌نامه مطالعات اجتماعی گردشگری، سال چهارم، شماره ۷، ص ۸۳-۱۰۴.
- اصلانی، رضا (۱۳۹۴). سناریونگاری توسعه گردشگری پزشکی در جمهوری اسلامی ایران. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- امیری میجان، منصوره (۱۳۹۴). تحلیلی بر عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری تاریخی شهرستان جیرفت با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر یزد.
- بیات، سوده، حسینی، داود، بد، مهدیه (۱۳۹۵). «شناسایی عوامل جذب گردشگران پزشکی در بیمارستان‌های شهر تهران». فصل‌نامه بیمارستان، سال شانزدهم، شماره ۱، ص ۳۵-۵۴.
- تقوایی، مسعود، وارثی، حمیدرضا و صفراآبادی، اعظم (۱۳۹۱). «عوامل مؤثر در توسعه گردشگری شهری کرمانشاه». فصل‌نامه علمی-پژوهشی انجمن جغرافیای ایران، دوره جدید، سال دهم، شماره ۳۳، ص ۲۷-۴۷.
- تقوی‌فرد، محمدتقی و اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۵). «ارائه مدل توسعه گردشگری الکترونیکی با رویکرد مدل‌سازی ساختاری-تفسیری». فصل‌نامه مطالعات مدیریت گردشگری، سال یازدهم، شماره ۳۳، ص ۱۹-۳۹.
- توکلی، نونا و محمدیان ساروی (۱۳۹۵). «بررسی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر جذب توریسم سلامت». مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۱، ص ۷۶-۶۹.
- جعفری مهرآبادی، مریم، اکبری، مجید، عطایی، فرزانه و رازقی، فرزانه (۱۳۹۶). «مدل‌یابی ساختاری - تفسیری عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری غذا (مطالعه موردی: شهر رشت)». فصل‌نامه علمی پژوهشی مطالعات برنامه‌ریزی - سکونتگاه‌های انسانی، دوره ۱۲، شماره ۳ (پیاپی ۴۰)، ص ۶۸۱-۶۹۸.
- حاج‌علی‌اکبری، فیروزه و باطومچی، سهیلا (۱۳۹۶). «بررسی عوامل مؤثر بر بهبود رضایت توریسم و گردشگری». فصل‌نامه پژوهش‌های جدید در مدیریت و حسابداری، دوره جدید، شماره ۲، ص ۱۴۹-۱۶۶.
- حقیقی کفاش، مهدی، ضیایی، محمود و جعفری، قاسم (۱۳۸۸). «اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران». فصل‌نامه مطالعات جهانگردی، شماره ۱۱، ص ۲۳-۴۱.
- خانی سعید، شفاپی، فرنوش و جباری بیرامی، حسین (۱۳۹۱). «شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در جذب گردشگران سلامت به استان کرمانشاه - غرب ایران». مجله علمی پژوهشی تصویر سلامت، دوره ۳، شماره ۳، ص ۱۸-۲۳.
- خوارزمی، امیرعلی، رهنما، محمدرحیم، جوان، جعفر و اجزا شکوهی، محمد (۱۳۹۵). «عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی». فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۸، شماره ۳، ص ۴۰۵-۴۱۶.
- دستغیب، سیداحمدرضا (۱۳۹۶). «تحلیلی بر وضعیت گردشگری سلامت در ایران». اولین همایش بین‌المللی گردشگری، جغرافیا و محیط زیست پاک، همدان
- دلشاد، علی، ابوهاشم‌آبادی، فرزانه، قاسمیان صاحبی، ایمن و اجلی، مهدی (۱۳۹۷). «تحلیلی بر موانع توسعه

- گردشگری الکترونیک در ایران؛ رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری فازی». نشریه علمی - پژوهشی کاوش‌های مدیریت بازرگان». سال دهم، شماره ۱۹، ص ۱۸۹-۲۱۲.
- روحانی، سعید و زارع رواسان، احد (۱۳۹۲). «شناسایی و دسته‌بندی عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری الکترونیکی در ایران». مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال دوم، شماره ۵، ص ۱۸۴-۲۰۶.
- زالی، نادر و عطریان، فروغ (۱۳۹۵). «تدوین سناریوهای توسعه گردشگری منطقه‌ای براساس اصول آینده‌پژوهی (مورد مطالعه: استان همدان)». فصل‌نامه آمایش سرزمین، دوره ۸، شماره ۱، ص ۱۰۷-۱۳۱.
- سعیده زرآبادی، زهراسادات و عبدالله، بهار (۱۳۹۲). «ارزیابی عوامل مؤثر در توسعه صنعت گردشگری منطقه آزاد چابهار با بهره‌گیری از روش فرایند تحلیل شبکه‌ای». نشریه علمی-پژوهشی انجمن علمی معماری و شهرسازی ایران، شماره ۶، ص ۳۷-۴۸.
- سقای، محسن و آبدار اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). «گردشگری از دیدگاه قرآن و روایت». فصل‌نامه علمی - تخصصی قرآن و علوم بشری، سال سوم، شماره ۲، ص ۹۳-۱۰۵.
- صیدیایی، سیداسکندر و هدایتی مقدم، زهرا (۱۳۸۹). «نقش امنیت در توسعه گردشگری». فصل‌نامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر، سال چهارم، شماره ۸، ص ۹۷-۱۱۰.
- طالبیان، حامد و مولایی، محمدمهدی (۱۳۹۵). «آینده‌پژوهی مسائل ایران به روش تحلیل ساختاری». فصل‌نامه مجلس و راهبرد، سال بیست‌وسوم، شماره ۸۶، ص ۵-۳۲.
- علی‌اکبری، اسماعیل، پوراحمد، احمد و جلال‌آبادی، لیلا (۱۳۹۷). «شناسایی پیش‌ران‌های مؤثر بر وضعیت آینده گردشگری پایدار شهر کرمان با رویکرد آینده‌پژوهی». فصل‌نامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، سال هفتم، شماره ۱، ص ۱۵۶-۱۷۸.
- فرجی‌راد، عبدالرضا، آقاجانی، سمیه (۱۳۸۸). «تحلیلی نو پیرامون گردشگری و جدیدترین طبقه‌بندی آن». فصل‌نامه جغرافیایی سرزمین، سال ششم، شماره ۲۳، ص ۶۱-۷۲.
- فیروزجائیان، علی‌اصغر، فیروزجائیان، مجتبی، هاشمی پطروودی، سیدحمید و غلامرضازاده، فاطمه (۱۳۹۲). «کاربرد تکنیک مدل‌سازی ساختاری تفسیری در مطالعات گردشگری (تحلیلی با رویکرد آسیب‌شناسانه)». فصل‌نامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال دوم، شماره ۶، ص ۱۲۹-۱۵۹.
- کرمی، فریبا، بیاتی خطیبی، مریم و طالبزاده شوشتری، علی (۱۳۹۵). «شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی با تأکید بر گردشگران داخلی (نمونه مورد مطالعه: شهر مشهد)». مجله جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای، سال چهاردهم، شماره ۲، شماره پیاپی ۲۷، ص ۱۲۸-۱۲۹.
- کرمی دهکردی، مهدی، میرک‌زاده، علی‌اصغر و غیاثوند غیاثی، فرشته (۱۳۹۱). «تحلیل عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری روستایی از دیدگاه روستاییان استان چهارمحال و بختیاری». مجله جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی، سال ۲۳، پیاپی ۴۵، شماره ۱، ص ۹۹-۱۱۲.
- کروبی، مهدی، نجفی‌پور، امیرعباس، حیدری، مجید (۱۳۹۲). «آینده‌پژوهی؛ رهیافتی نو در توسعه و برنامه‌ریزی گردشگری». اولین همایش ملی آینده‌پژوهی.
- گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود و زنگی آبادی، علی (۱۳۹۲). بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز، فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری، سال ۸، شماره ۲۳، ص ۱-۲۵
- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۲). گردشگری از دیدگاه مقام معظم رهبری. مطالعات فرهنگی،

گروه میراث فرهنگی و گردشگری.

مروتی شریف‌آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۳). «ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد». مدیریت سلامت، دوره ۱۷، شماره ۵۵ ص ۷۳-۸۸.

موسوی، میرنجف، جلالیان، اسحاق و سادات کهکلی، فاطمه (۱۳۹۶). «تدوین سناریوهای عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری استان آذربایجان غربی با استفاده از سناریو ویزارد». فصل‌نامه گردشگری شهری، دوره ۴، شماره ۳، ص ۴۹-۶۲.

نیک‌رفتار، طیبه، حسینی، الهه، مقدم، عاطفه (۱۳۹۵). «شناسایی الزامات سیاست‌گذاری گردشگری پزشکی در ایران». فصل‌نامه سیاست‌گذاری عمومی. دوره ۲، شماره ۲، ص ۱۴۱-۱۵۶.

نیک‌رفتار، طیبه، حسینی، الهه، مقدم، عاطفه (۱۳۹۶). «شناسایی عوامل مؤثر در جذب گردشگران پزشکی در ایران». فصل‌نامه علمی پژوهشی مدیریت سلامت، جلد ۲۰، شماره ۶۷، ص ۶۴-۷۴.

نیلی‌پور، سیدعلی‌اکبر، تقوایی، مسعود، نصر اصفهانی، محمدحسین و کوهی اصفهانی، مجید (۱۳۹۴). «شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت». فصل‌نامه علمی پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، شماره ۲۸، ص ۴۵-۶۰.

واعظی، رضا، چگینی، میثم، اصلی‌پور، حسین (۱۳۹۷). «چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون». فصل‌نامه مطالعات مدیریت گردشگری، سال سیزدهم، شماره ۴۱، ص ۱-۴۰.

هرندی، عطاءالله، میرزائیان خمسه، پیوند (۱۳۹۶). «تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده‌بنیاد کلاسیک». فصل‌نامه گردشگری شهری، دوره ۴، شماره ۱، ص ۸۷-۹۸.

Altes, A. G. (2015). "The Development of Health Tourism Services". *Annals of Tourism Research*, 262-266.

Aydin, Gökhan, & Karamehmet, Bilge (2017). "Factors affecting health tourism and international healthcare facility choice". *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1), 16-36.

Azadi, F., Maleki, M., Tabibi, S. J., & Azmal, M. (2012). "Medical Tourist Perception of Iranian Hospital Quality: Limited Employee Foreign Language Skills Negatively Impact Communication". *Hospital Research*, 1(2), 85-90 [Persian].

Carrera, P. M. & Bridges, J. F. (2006). "Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism". *Expert Rev Pharmacoeconomics and Outcomes Res*, 6 (4), 47-54.

Cohen, E. (2012), "Medical travel and the quality-of-life", in Uysal, M., Perdue, R.R. and Sirgy, M.J. (Eds), *Handbook of Tourism and Quality-of-Life Research: Enhancing the Lives of Tourists and Residents of Host Communities*, Springer Science_Business Media B.V., pp. 169-191.

Delgoshayi, B., Ravaghi, H., & Abolhasani, N. (2012). "Performance Analysis Of Medical Tourism In Tehran Province From Medical Tourists And Medical Services Providers' Perspective". *Hospital*, 11(40), 63-72.

Ebrahimzadeh, I., Sakhavar, N., & Taghizadeh, Z. A. (2013). "Comparative Study Of Health Tourism Potentials in Iran and India (Using SWOT model and Analysis Hierarchy Process (AHP))". *Journal of Subcontinent Researches University Of Sistan and Baluchestan*, 5(15), 51-78.

- Fazli S., Alvandi M., & poloie K. (Jul 2012). "Identifying The Relation Between Effective Factors In Evaluating The Suppliers In Electronic Supply Chain; An Interpretive Structural Modeling Approach". *Archives Des Sciences*, 65(7), 381-391.
- Fetscherin, M., & Stephano, R. (2016). "The medical tourism index: Scale development and validation". *Tourism Management*, 52, 539- 556.
- Al-Hinai, S., Al-Busaidi, A. and Al-Busaidi, I. (2011). "Medical tourism abroad. A new challenge to Oman's health system-Al Dakhilya region experience", *Sultan Qabus University Medical Journal*, 11(4), 477-84.
- Heung, V., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). "A Conceptual Model Of Medical Tourism: Implications For Future Research". *Journal Of Travel & Tourism Markeing*, 27(3), 236-251.
- Heung, V. C. (2011). "A conceptual model of medical tourism: Implications for future research". *Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- Izadi, M., Saadat, H., Ayoubian, A., Hashemi Dehaghi, Z., Karbasi, M. R., & Jalali A. R. (2013). "Health Tourism in Iran; Identifying Obstacles For development Of This Industry". *International Journal Of Travel Medicine & Global Health*, 1(2), 89-94.
- Jabbari, A., Delgoshaei, B., Jamaledin, S., & Mardani, R. (2012). "Medical Tourism in Iran: Issues and challenges". *Journal of Education and Health Promotion*, 1, 39.
- Jain, Vineet, & Ajmera, Puneeta (2018). "Modelling the factors affecting Indian Medical Tourism Sector using Interpretive Structural Modeling". *Benchmarking: An International Journal*, 25(5), 1461-1479.
- Jannati, A., Bahrami, M., Gholizadeh, M., Alizadeh, L., & khodagari, M. (2013). "A Survey Factors Affrcting Patients ' Decision in Selecting Governmental and Private Hospitals in Tabriz, Iran". *Middle East Journal of Family Medicine*, 11(4), 19-24.
- Karimi Shirazi, H., Modiri, M., Pourhabibi, Z., & Rafiei Gilevae, A. (2017). "Improving the Quality of Clinical Dental Services Using the Importance-Performance Analysis (IPA) approach and Interpretive-Structural Modeling (ISM)". *Journal of Dentomaxillofacial Radiology, Pathology, and Surgery*, 6(1), 14-26.
- Lee, J., & Kim, H. B. (2015). "Success factors of health tourism: cases of Asian tourism cities". *International Journal of Tourism Cities*, 1(3), 216-233.
- Mahdavi, Yadollah., Mardani, Sheida., Hashemidehaghi, Zahra., & Mardani, Nooshin (2013). "The Factors in Development of Health Tourism in Iran" *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 1(3), 113-118.
- Menvielle, L., Menvielle, W. and Tournois, N. (2011). "Medical tourism: a decision model in a service context". *Tourism: Preliminary Communication*, 59(1), 47-61.
- Moghimehfar, F. and Nasr-Esfahani, M. (2011). "Decisive factors in medical tourism destinations choice a case study of Isfahan, Iran and fertility treatments". *Tourism Management*, 32(6), 1431-4.
- Movahed, A. (2007). *Islamic Tourism*. Tehran: Samt Pub.
- Munro, J.W. (2012), "What is medical tourism: toward a practical understanding of medical tourism and medical travel, wellness tourism, health tourism and health travel", *MTQUA Best Practices in Medical Tourism*, pp. 1-29
- Poloie K., Fazli, S., Alvandi M., & Hasanlo, S. (2012). "A framework for measuring the supply chain's agility of mass construction inustry in Iran". *Management Science Letters*, 2, 2317-2334.
- Ranjan Debata, Bikash, Sree, Kumar, Patnaik, Bhaswati, & Sankar Mahapatra, Siba (2013). "Evaluating medical tourism enablers with interpretive structural modeling". *Benchmarking: An International Journal*, 20(6), 716-743.
- Rezaee, R., & Mohammadzadeh, M. (2016). "Effective factors in expansion of medical tourism in Iran". *Med J Islam Repub Iran*, 30, 409.

- Roy, S, & Misra. Sh. (2016). "Interpretive Structural Modelling (ISM) of travel and tourism enablers". *Specialty Journal of Psychology and Management*, 2(2), 32-45.
- Sadeh, Ehsan & Garkaz, Mansour (2018). "Interpretive structural modeling of quality factors in both medical and hospitality services in the medical tourism industry". *Journal of Travel & Tourism Marketing*, DOI: 10.1080/10548408.2018.1527273
- Sarmah, Bijoylaxmi & Rahman, Zillur (2018). "Customer co-creation in hotel service innovation: An interpretive structural modeling and MICMAC analysis approach". *Benchmarking: An International Journal*, 25(1), 297-318.
- Shafapey, F., Bidhendi, S., Mohammadi, M., Akbari, S. K. A. (2014). "Infrastructure of Health Tourism Admission at Health Centers in Kermanshah Educational Hospitals". *Life Science*, 11(1), 72-76 [Persian].
- Sharpley, R. (2014). "Host perceptions of tourism: A review of the research". *Tourism Management*, 42, 37-49.
- Spocock, N & .Hongphua, K. (2016). "Medical Tourism and Policy Implications for Health System: Aconceptual Framework from a Comparative Study of Thailand, Singapore and Malaysia", *Globalization and Health*, 7 (12), pp 7-12.
- Statistical Report of Cultural Heritage and Tourism Organization of Khorasan Razavi, Focused on medical tourism and pilgrimage, Mashhad, 2014. <http://www.razavichto.ir/Statistical%20Report.aspx>.
- Talib, F. and Rahman, Z. (2015). "An interpretive structural modelling for sustainable healthcare quality dimensions in hospital service". *Int. J. Qualitative Research in Services*, 2(1), 28-46.
- Veerasoontorn, R., Beise-Zee, R. and Sivayathorn, A. (2011). "Service quality as a key driver of medical tourism: the case of Bumrungrad international hospital in Thailand". *International Journal of Leisure and Tourism Marketing*, 2(2), 140-58.
- Wongkit, M., & McKercher, B. (2013). "Toward a Typology of Medical Tourists: A case Study of Thailand". *Tourism Management*, 38(4), 4-12.
- World Economic Forum (2011-2018). WEF_Global Competitiveness Report.
- World TRAVEL & TOURISM Council, GLOBAL ECONOMIC IMPACT & ISSUES 2018. [http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/The Global Competitiveness Report2017%E2%80%932018.pdf](http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/The%20Global%20Competitiveness%20Report2017%E2%80%932018.pdf)
- World Tourism Organization., tourism highlight., 2018 edition. <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284419876>.
- Yang, Yung-Sheng (March 2013). "Key Success Factors in Medical Tourism Marketing". *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(2), 152-158.
- Yu, J. Y., & ko, T. G. (2012). "A cross cultural study of perception of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in korea". *Tourism Management*, 33(1), 80-88.
- Zengingonul, O., Emec, H., I'yilikci, D. E. and Bingol, P. (2012). "Health Tourism: An Assessment on Istanbul". Istanbul Development Agency, Istanbul.

پیوست‌ها و ضمیمه

فهرست عوامل اولیه شناسایی شده کلیدی و مؤثر در توسعه گردشگری سلامت

ردیف	نوع	عوامل کلیدی و مؤثر در توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴	منابع
۱	اقتصادی	<p>کاهش انحصارات در جهت تقویت رقابت و حمایت بخش خصوصی، کنترل و مالکیت دولت در بخش سلامت، مشارکت بخش غیردولتی در حوزه گردشگری، تنوع در ارائه خدمات گردشگری سلامت، اقدامات پیشگیرانه، میزان تنوع در ارائه خدمات برپایه خواسته مشتریان، تنوع در ارائه خدمات گردشگری، عملکرد سازمان‌های دولتی فعال در حوزه گردشگری و گردشگری سلامت، رضایتمندی از خدمات (شهرت و برند داشتن، قابل اعتماد و اطمینان بودن)، زمان انتظار برای ارائه خدمات حوزه سلامت، عملکرد مراکز درمانی و سلامت، سطح اشغال مراکز سلامت و درمانی، وضعیت سیستم بانکی کشور (استفاده از کارت‌های اعتباری رایج در دنیا) // سهولت پرداخت هزینه، کمک دولت به حوزه گردشگری سلامت، ارائه تسهیلات در حوزه گردشگری سلامت، میزان رقابت میان خدمات‌دهندگان سلامت در مقایسه با کشورهای رقیب، ارائه خدمات رقابتی در مقایسه با کشورهای دیگر، میزان رقابت میان خدمات‌دهندگان عمومی حوزه گردشگری در مقایسه با کشورهای رقیب، افزایش سطح رقابت‌پذیری نهادهای فعال در گردشگری (دولتی و غیردولتی)، تبلیغات مؤثر در حوزه گردشگری (به‌کارگیری روش‌های مؤثر نظیر رسانه‌ها، فضای مجازی، برگزاری کنفرانس‌ها و...)، بازاریابی، تبلیغات و اطلاع‌رسانی مؤثر در گردشگری سلامت (به‌کارگیری روش‌های مؤثر)، هزینه‌های خدمات سلامت و درمان، هزینه‌های رقابتی حوزه سلامت در مقایسه با کشورهای دیگر، هزینه خدمات عمومی (اقامت، خوراک، حمل‌ونقل، سوغات و...)، تورم، نرخ رشد اقتصادی ملی، نرخ ارز، سطح درآمد بیماران، میزان توانایی پاسخ‌گویی به تقاضای موجود در سطح بین‌المللی، میزان توانایی پاسخ‌گویی به تقاضای موجود در سطح منطقه، شرایط تقاضا در سطح منطقه و بین‌المللی، هزینه‌های بیمه.</p>	ادبیات موضوعی
		<p>ارائه خدمات سلامت به‌صورت سنتی (طب سنتی و...)، سرمایه‌گذاری در حوزه گردشگری عمومی، سرمایه‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت، جهانی‌شدن خدمات سلامت، دهکده جهانی، دانشگاه‌ها و مراکز علمی معتبر، وضعیت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور، انجام امور مالی از طریق سیستم بانکداری الکترونیکی (پرداخت الکترونیکی و برقراری ارتباط الکترونیکی و مخابراتی)، تعیین تعرفه‌های درمانی به تفکیک نوع بیمار با توجه به کشور هدف، میزان بودجه تحقیق و توسعه دولت، درآمدهای نفتی کشور.</p>	فقرات خبرگان
۲	تربیتی و فرهنگی	<p>وضعیت حمل‌ونقل در کشور و تجهیز آن (زمینی، هوایی، دریایی و ریلی)، آژانس‌های گردشگری سلامت، دفاتر خدمات رفاهی (آژانس‌های داخلی)، نیروی انسانی متخصص (متخصص در حوزه گردشگری، مسلط به زبان)، آموزش (اعم از آموزش مردم عادی و نیروی انسانی فعال در حوزه)، توانایی پرسنل مراکز سلامت برای ارتباط با گردشگران خارجی، نیروی متخصص حوزه سلامت (پزشکان، پرستاران و...)، دردسترس بودن خدمات گردشگری سلامت (دسترسی به پزشک)، وجود مراکز درمانی متعدد و تخصصی در سطح بین‌المللی، دردسترس بودن خدمات عمومی (اقامت و...)، وضعیت زیرساخت‌های عمومی گردشگری (هتل، حمل‌ونقل، بانک، تأسیسات و...)، برگزاری تورهای گردشگری.</p>	ادبیات موضوعی

ردیف	نوع	عوامل کلیدی و مؤثر در توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴	منابع
۳	فرهنگ سلامت	پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری مراکز درمانی، فضای مناسب و مساعد برای انجام فرایض دینی، شهرت جهانی پزشک، فرهنگ (هم‌بستگی و قرابت، ارتقای سطح و...)، رعایت ارزش‌ها و آداب اسلامی (حفظ حجاب و...)، احترام به عقاید، آداب‌ورسوم، ارزش‌ها و سنت‌های گردشگران، مسئله دین و مذهب، آشنایی مردم با سیستم سلامت، مهمان‌نوازی و نحوه برخورد با گردشگران (احترام به عقاید و...)، نظارت مردم محلی، مشارکت و مسئولیت‌پذیری مردم، گویش و زبان، تغییر در سبک و شیوه زندگی، تغییرات دموگرافی، تنوع ایدئولوژی و فرهنگی، وجود امکانات تفریحی- گردشگری حلال، تنوع غذایی، ارائه خوراکی‌های حلال در رستوران‌ها و هتل‌ها برای گردشگران مسلمان.	ادبیات موضوعی
۴	توسعه زیرساخت‌ها	وجود طرح‌های جامع گردشگری (طرح‌های منطقه‌بندی، اطلس گردشگری، تدوین راهبرد و...)، هماهنگی میان دولت و نهادهای فعال در صنعت گردشگری سلامت، همکاری بین بانک‌ها و مراکز خدمات پزشکی و سلامت، مشارکت میان زیرساخت‌های گردشگری و مراکز درمانی، مشارکت بین آژانس‌ها خدماتی و مراکز درمانی، نظم و هماهنگی و ترتیب فرایند انجام کارها در نهادهای فعال حوزه سلامت (بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و...)، همکاری میان بخش ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات، همکاری، هماهنگی و تعامل سازمان‌های مرتبط در حوزه گردشگری، نظارت و ارزیابی مستمر دولت، مدیریت هدفمند گردشگری، هماهنگی سازمان‌های مرتبط حوزه سلامت (پیوستگی میان اجزای زنجیره درمان و سلامت)، داشتن متولی خاص حوزه گردشگری سلامت در اجزای زنجیره (سازمان یا نهاد مجزا)، ارائه خدمات سلامت در قالب بسته‌های مشخص و تعریف‌شده، همکاری میان سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی، همکاری بین وزارت بهداشت و سازمان گردشگری و میراث فرهنگی، همکاری میان شرکت‌های بیمه خارجی و داخلی و مراکز سلامت، ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت، خدمات بیمه سلامت به افراد خارجی (سهولت پذیرش بیمه و...)، وجود خدمات تفریحی برای بیماران و همراهان.	ادبیات موضوعی
		تصویر مقصد گردشگری سلامت	نظر خبرگان
۵	تکنولوژی	وجود زیرساخت‌های فناوری اطلاعات در حوزه گردشگری سلامت (نرم‌افزارهای پشتیبان گردشگری و...)، سهولت امکان برقراری ارتباطات الکترونیکی و مخابراتی، سیستم‌های اطلاعاتی (سیستم‌های رزرواسیون، مدیریت مقاصد، توصیه‌کننده به گردشگران، GIS، GPS و...)، به‌روزرسانی فناوری در حوزه سلامت (امکانات، تجهیزات و دستگاه‌ها)، تجهیزات و فناوری رقابتی در مقایسه با کشورهای دیگر، امکان مشاوره و پیگیری‌های پس از درمان از طریق وب‌سایت‌های متعلق به مراکز درمانی (ارتباطات از راه دور)، نوآوری‌های فناورانه در سطح مطلوب، استفاده از مدل‌های نوین کسب‌وکار در سازمان‌های مرتبط با گردشگری.	ادبیات موضوعی
		استفاده از فناوری ارتباطات و اطلاعات در حوزه گردشگری و گردشگری سلامت، سرعت انتقال فناوری در حوزه سلامت، به‌کارگیری شبکه‌های اجتماعی در توسعه گردشگری سلامت و تولید محتوا در این حوزه، نوآوری درمان‌های دارویی.	نظر خبرگان

ردیف	نوع	عوامل کلیدی و مؤثر در توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴	منابع
۶	تجارت	سیاست‌های مناسب وزارت بهداشت در جهت اطلاع‌رسانی‌های مناسب، اطلاع‌رسانی در سفارتخانه‌های کشورهای، امنیت، آرامش و ایمنی (در حوزه گردشگری و سرمایه‌گذاری خارجی)، ثبات سیاسی و اقتصادی.	ادبیات موضوعی
		رویکرد سیاست خارجه اروپا، رویکرد سیاست خارجه شورای همکاری خلیج فارس، رویکرد سیاست خارجه منطقه، رویکرد سیاست خارجه آمریکا، همکاری بین‌المللی، پیمان‌های منطقه‌ای، توافق‌نامه‌های بین‌المللی دو یا چندجانبه در حوزه درمان و سلامت، رویکرد سیاست خارجی ایران، تروریسم، سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی.	نظر خبرگان
۷	تجارت	مقررات و قوانین و تسهیلات در حوزه‌های ورود، خروج نظیر ویزاهای خاص درمانی و...، قوانین ملی مرتبط با حوزه سلامت، خدمات ویزا و مدت ویزا براساس شرایط درمان، قوانین مرتبط با جرایم حوزه سلامت (جرایم پزشکی و درمانی)، قوانین و مقررات مرتبط با ارائه تسهیلات در حوزه‌های جذب سرمایه‌گذاری و...، اخذ تأییدیه‌های کیفیت از مراجع قانونی و معتبر ملی و بین‌المللی، کیفیت خدمات سلامت (خدمات و تجهیزات پزشکی)، کیفیت خدمات عمومی (حمل‌ونقل، رفتار جامعه میزبان، زیرساخت‌ها، حمل‌ونقل، محیط، اقامتگاه‌ها، رستوران‌ها و...)، استانداردهای خدمات گردشگری سلامت (راه‌اندازی بیمارستان‌ها و مراکز سلامت مطابق با استانداردهای بین‌المللی)، وجود استانداردهای کیفیت خدمات (درمانی و گردشگری)، استاندارد و به‌روزر بودن دانش و فناوری ارائه خدمات (مراکز، پزشکان و...)، استانداردهای خدمات عمومی گردشگری (هتل‌ها، مسافرخانه‌ها و...).	ادبیات موضوعی
		قوانین بین‌المللی در حوزه سلامت، قوانین سازمان جهانی تجارت، قوانین مرتبط با جرایم حوزه سلامت (جرایم پزشکی و درمانی).	نظر خبرگان
۸	تجارت	جاذبه‌های توریستی (جاذبه‌های طبیعی و خاص ساخته‌شده، آثار تاریخی و باستانی و...)، تنوع آب‌وهوایی، همسایگی با کشورهای اسلامی، شرایط جغرافیایی، وجود مکان‌های طبیعی برای معالجه (پتانسیل‌های درمانی طبیعی).	ادبیات موضوعی
		آلودگی طبیعی (گرد و غبار و...)، ورود بیماری‌های مختلف به کشور، شرایط اقلیمی، پسماندهای بیمارستانی.	نظر خبرگان

منبع: ادبیات موضوعی^۱ و نظر خبرگان

۱- اصلانی (۱۳۹۴)، خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، علی‌اکبری و همکاران (۱۳۹۷)، حقیقی کفاش و همکاران (۱۳۸۸)، نیک‌رفتار و همکاران (۱۳۹۶)، نیلی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، توکلی و محمدیان (۱۳۹۵)، کرمی و همکاران (۱۳۹۵)، مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی (۱۳۹۳)، رضایی و محمدزاده (۲۰۱۶)، موسوی و همکاران (۱۳۹۶)، تقوایی و همکاران (۱۳۹۱)، کرمی دهکردی و همکاران (۱۳۹۱)، سعیده زرآبادی و عبدالله (۱۳۹۲)، زالی و عطریان (۱۳۹۵)، حاج‌علی‌اکبری و باطومچی (۱۳۹۶)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۲)، روحانی و زارع (۱۳۹۲)، گزارش آماری سازمان گردشگری و میراث فرهنگی خراسان رضوی (۲۰۱۴)
Lee & Kim (2015), Azadi et al. (2012), Mahdavi et al. (2013), Yang (2013), Aydin & Karamehmet (2017), Cohen (2012), Delgoshayi et al. (2012), Shafapey et al. (2014), Wongkit & Mckercher (2013), Heung et al. (2011), Menvielle et al. (2011), Munro (2012), Zengingonul et al. (2012), Moghimehfar and Nasr-Esfahani (2011), Ebrahimzadeh et al. (2013), Veerasoontorn et al. (2011), Al-Hinai et al. (2011).