

شناسایی و تحلیل عوامل پیش برنده ارتقاء جذابیت مقصد برای توسعه کسب و کارهای گردشگری پزشکی

محمود احمدپور داریانی^{۱*} - رضا محمد کاظمی^۲

مهدی خادمی^۳ - رضا رضایی^۴

۱ و ۲. دانشیار دانشکده کارآفرینی، دانشگاه تهران

۳. استادیار مؤسسه عالی آموزش، پژوهش، مدیریت و برنامه ریزی

۴. دانشجوی دکتری کارآفرینی سازمانی دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تحلیل عوامل مؤثر بر ارتقاء جذابیت مقصد برای توسعه کسب و کارهای حوزه گردشگری پزشکی در ایران انجام شده است. این پژوهش براساس هدف، کاربردی و از نظر روش شناسی، آمیخته-اکتشافی (کیفی-کمی) است. جامعه آماری پژوهش در بخش کیفی شامل خبرگان دانشگاهی در حوزه گردشگری پزشکی و مدیران بیمارستانی، و در بخش کمی شامل بیماران خارجی است که برای درمان به شهر تهران پذیرش گرفته اند. ۳۵ مؤلفه نهایی جذابیت یک کشور به عنوان مقصد گردشگری پزشکی از میان ۸۵ مؤلفه استخراجی حاصل از مرور ادبیات و پژوهش های مشابه و سه دور تکرار روش دلفی به دست آمد. مؤلفه های نهایی در هشت عامل اصلی کشور مقصد (شرایط عامل)، شرایط تقاضا، رقابت پذیری، نگرش دولت، عوامل اجتماعی- فرهنگی، عوامل اطلاعاتی و بازاریابی، عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی) و زیرساخت ها و صنایع وابسته دسته بندی شدند. مدل پیشنهادی با روش تحلیل عاملی-تأییدی در مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار SmartPLS 2 تحلیل و برازش مناسب آن تأیید شد. اولویت و رتبه با AHP فازی نشان داد: عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی) با وزن ۰/۲۵۹، رقابت پذیری با وزن ۰/۱۸۸ و شرایط کشور مقصد با وزن ۰/۱۶۶ در میان هشت مؤلفه اصلی، بیشترین وزن را در میان شاخص های جذابیت گردشگری پزشکی به دست آوردند.

واژه های کلیدی: رقابت پذیری، شرایط تقاضا، عوامل اجتماعی- فرهنگی، عوامل اطلاعاتی و بازاریابی، گردشگری پزشکی، نگرش دولت

مقدمه

افزایش اهمیت سلامت، توسعه مدرن در زمینه درمان و ارائه مراقبت‌های بهداشتی، سهولت سفرهای بین‌المللی همراه با هزینه‌های ارزان‌تر خدمات پزشکی و جهانی شدن آن باعث پیدایش مفهوم جدیدی به نام «گردشگری سلامت و پزشکی» شده و آن را به فرصتی روبه‌رشد برای کسب و کارهای حوزه گردشگری تبدیل کرده است. بنابراین، افرادی که به‌منظور برخورداری از خدمات سلامت (پیشگیری، درمان) به کشور دیگری سفر می‌کنند، در زمره گردشگران سلامت قرار دارند (Pyke, Hartwell, Blake & Hemingway, 2016). به‌زعم کررا و بریجز (۲۰۰۶)، گردشگری پزشکی عبارت است از: مسافرت بیماران به سایر کشورها برای استفاده از خدمات درمانی ارزان‌تر و باکیفیت‌تر از کشور خود (Carrera & Bridges, 2006). از اواسط دهه ۱۹۹۰ عواملی باعث تقویت صنعت گردشگری پزشکی شد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

گسترش شرکت‌های خدماتی فعال در حوزه گردشگری پزشکی (Garcia-Altes, 2005)، عوامل هزینه‌ای (Awadzi & Panda, 2006)، افزایش تقاضا برای دریافت خدمات درمانی به دلیل افزایش جمعیت مَسن در کشورهای پیشرفته و تمایل آن‌ها برای مسافرت به کشورهای دیگر برای درمان (Lunt, Horsfall & Hanefeld, 2016) و رشد چشمگیر انواع مختلف جراحی‌های پلاستیک و نازایی و تمایل این قبیل بیماران برای درمان در کشوری دیگر به‌منظور مطلع نشدن دیگران از این مسئله (Seow, Choong, Moorthy & Chan, 2017).

ایران در کنار جاذبه‌های گردشگری بسیار متنوع، به لحاظ قرار گرفتن در منطقه‌ای که کشورهای اطراف آن از لحاظ پزشکی و مراقبت‌های درمانی وضعیت نامطلوبی دارند، از موقعیت استراتژیک بسیار خوبی برخوردار است (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۶). با این وجود، عدم توجه به این گونه مزیت‌های رقابتی باعث شده است، درآمد گردشگری پزشکی ایران بسیار ناچیز باشد و سالانه تنها تعداد محدودی از بیماران کشورهای حوزه خلیج فارس برای درمان وارد ایران شوند. بنابراین ضروری است پژوهش‌هایی با بررسی عوامل مؤثر بر جذابیت مقصد گردشگری پزشکی انجام شود تا موجبات توسعه کسب و کارهای گردشگری را فراهم آورد؛

چراکه در کنار فرصت‌های عمومی گردشگری، حوزه پزشکی نیز فرصت‌های جدید بی‌شماری برای آن‌ها به وجود می‌آورد. با تحلیل جاذبه‌های گردشگری پزشکی کشور، می‌توان میزان درآمدزایی کسب‌وکارهای حوزه گردشگری و مراکز درمانی را افزایش داده و هزینه‌هایی را که گردشگران در راستای بهبود سلامت خود در مقصد متحمل می‌شوند، به حداقل رساند. علاوه بر این، شناسایی جاذبه‌های گردشگری پزشکی کشور می‌تواند به عنوان ابزاری برای توسعه کسب‌وکارهای گردشگری، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، گسترش بازاریابی و تقویت زیرساخت‌های ضروری قرار گیرد (احمدپور داریانی، ۱۳۹۶). به این ترتیب، دامنه گسترده‌ای از فرصت‌های کارآفرینی وجود دارد که می‌تواند برای تأمین و حمایت از این صنعت پایدار و در حال رشد ایجاد شود (Lee, 2006).

در پژوهش حاضر سعی شده است، عوامل مؤثر بر جاذبه‌های گردشگری پزشکی در ایران شناسایی و تحلیل شود تا فرصت‌های توسعه کسب‌وکارهای گردشگری به صورتی متمرکز مورد توجه قرار گیرند. از این رو، برای شناسایی این مؤلفه‌ها از مرور ادبیات و روش دلفی، برای اولویت‌بندی عوامل شناسایی شده از روش FAHP و برای بررسی تأثیرات و برازش مدل مفهومی از معادلات ساختاری و نرم‌افزار SmartPLS2 استفاده شده است.

مروری بر مبانی نظری و پیشینه تحقیق

گردشگری سلامت

تاکنون تعاریف متعددی از گردشگری سلامت ارائه شده و توافق جهانی در مورد آن وجود ندارد. یکی از مهم‌ترین تعاریفی که در اغلب تحقیقات استفاده شده، تعریف هراشه (۲۰۰۲) است. به زعم وی، سفر فرد به منظور درمان (از طریق مداخله پزشکی یا استفاده از منابع طبیعی)، استراحت و حفظ سلامت جسمی، گردشگری سلامت تلقی می‌شود. این سفر می‌تواند داوطلبانه و یا به توصیه پزشک صورت گیرد. سفر به خارج از محیط معمول زندگی طی حداقل یک روز و حداکثر یک سال، برای دریافت خدمات شفابخش یا خدمات بازدارنده و خامت بیماری صورت می‌گیرد. سفر افراد سالمی هم که فرد بیمار را در این سفر همراهی می‌کنند، جزو گردشگری سلامت به حساب می‌آید (Harahsheh, 2002).

همچنین گونه‌شناسی‌های متعددی از گردشگری سلامت ارائه شده است که از جمله می‌توان به تقسیم‌بندی جالاد^۱ (۲۰۰۰) اشاره کرد. جالاد (۲۰۰۰)، گردشگری سلامت را به گردشگری پزشکی، گردشگری درمانی و گردشگری تندرستی یا پیش‌گیرانه تقسیم کرده که در این پژوهش، گردشگری پزشکی مدنظر قرار گرفته است.

گردشگری پزشکی: سفر به قصد درمان یک بیماری جسمی یا انجام عمل جراحی تحت نظارت پزشکی در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی است. در این نوع گردشگری بیمار ممکن است به منظور بهبودی، به دوره زمانی معینی برای اقامت در اسپاها نیاز داشته باشد.

گردشگری درمانی: سفر با هدف درمان یک بیماری معین یا گذراندن دوره نقاهت تحت نظارت پزشکی، با بهره‌گیری از منابع درمانی طبیعی نظیر چشمه‌های معدنی و آب گرم، دریاچه‌های نمک، خورشید، ماسه‌های رادیواکتیو، لجن، آب و هوای درمانی و غیره است.

گردشگری تندرستی یا پیش‌گیرانه: مسافرت به دهکده‌های سلامت و اسپاها برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی است (گردشگر هیچ‌نوع ناراحتی و بیماری جسمی ندارد)، (شالبافان به نقل از هراشه، ۱۳۸۶).

توسعه کسب‌وکارهای گردشگری

رویکرد کارآفرینانه و توسعه کسب و کار در صنعت گردشگری، به اندازه دیگر صنایع (یا حتی بیشتر)، از اهمیت فراوانی برخوردار است. توسعه کسب و کار مفهومی است که بسیار کلی در ادبیات تعریف شده است. به‌طور کلی این مفهوم به معنای فعالیت‌هایی است که باعث افزایش درآمد و تولید شده و همچنین سرمایه‌گذاری‌ایست که به رشد و بسط کسب و کار منجر می‌شود (Kind & zu Knyphausen, 2007). در حوزه گردشگری نیز توسعه کسب و کار به معنای انجام فعالیت‌هایی برای بسط حوزه و یا افزایش درآمد است. یکی از موضوع‌های جدید که اخیراً توجه بسیاری از پژوهشگران حوزه کسب و کار گردشگری را جلب کرده، گردشگری پزشکی است که می‌تواند علاوه بر گردشگری به مفهوم عام، به‌طور خاص بر

مشتریان هدف، یعنی گردشگر سلامت، متمرکز شود (Chen et al., 2012). توسعه کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی شامل طیف وسیعی از فعالیت‌هایی است که بر دو دسته اصلی بیمار (رفاه و ایجاد جذابیت برای گردشگر سلامت) و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و درمان (معرفی گردشگران سلامت و بازاریابی) متمرکز است. در واقع، با بهره‌برداری از فرصت‌های مربوط به این دو دسته می‌توان به توسعه کسب‌وکارهای گردشگری دست یافت (Badulescu & Badulescu, 2014).

پیشینه تحقیق

گانگولی و ابراهیم (۲۰۱۷)، در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر تلفیق بخش خصوصی و دولتی برای توسعه بخش توریسم پزشکی سنگاپور»، برای بیمارستان‌های دولتی عواملی همچون وزارت بهداشت، خدمات اجتماعی و اعتبار بخش دولتی (برنامه‌ریزی و...)، و برای بیمارستان‌های خصوصی عواملی شامل شرکت‌های دارویی، سرویس‌ها و مراقبت‌های درمانی و بیمه‌های سلامت را مؤثر دانسته‌اند (Ganguli & Ebrahim, 2017). کاتور^۱ (۲۰۱۶)، در مطالعه خود در مورد کارآفرینی در صنعت گردشگری پزشکی، به بررسی سه مرکز خدمات و گردشگری در کشور هند پرداخت. او دریافت که عواملی همچون ارائه خدمات درمانی در سطح جهانی، هزینه پایین درمان، کیفیت بالای مراقبت، زیرساخت‌های پیچیده و فناوری‌های به‌روز مهم‌ترین عوامل توسعه کسب‌وکارهای گردشگری در هند هستند. چانگ، چو، یه و تسنگ (۲۰۱۶)، با مطالعه اکتشافی روی عوامل مؤثر در قصد گردشگران چینی عنوان کردند، نزدیکی جغرافیایی، فرهنگی و زبانی بین تایوان و چین موجب افزایش درخواست گردشگری پزشکی در تایوان شده و گزینه‌ای مهم و در دسترس برای بیماران چین است (Chang, Chou, Yeh & Tseng, 2016). در مطالعه‌ای مشابه، هان و هیوم (۲۰۱۵) به «بررسی چگونگی حفظ مشتری در صنعت گردشگری پزشکی» پرداختند. آن‌ها مدلی از شرح شکل‌گیری قصد مسافران پزشکی بین‌المللی با در نظر گرفتن تأثیر کیفیت، رضایت، اعتماد و معقول بودن قیمت

را ارائه و توسعه داده و ضمن برآزش مناسب مدل، تأثیر عوامل مذکور را نیز مورد تأیید قرار دادند (Han & Hyun, 2015). بدلسکو و بدلسکو^۱ (۲۰۱۴)، در پژوهشی با عنوان «گردشگری پزشکی: بین مرزهای کارآفرینی و اخلاق پزشکی»، فرصت‌های کارآفرینی برای کسب و کارهای حوزه گردشگری را در صنعت گردشگری پزشکی بررسی کردند. از نظر آن‌ها این فرصت‌ها شامل خدمات حمل‌ونقل ویژه برای گردشگران بیمار، طراحی تورها براساس نیاز بیماران توسط اپراتور تورهای گردشگری و آژانس‌های مسافرتی، ایجاد دفاتر تور در محل بیمارستان‌ها و خدمات حرفه‌ای شامل نرم‌افزارهای رزرو، پشتیبانی و مشاوره پزشکی است. ریکافورت (۲۰۱۱)، در «بررسی عوامل تأثیرگذار در انتخاب بیمارستان‌های تایلند به‌عنوان مقاصد گردشگری پزشکی توسط گردشگران پزشکی»، نشان داد که عامل پزشکان متخصص و معتبر بیشترین امتیاز را به‌خود اختصاص داده است (Ricafort, 2011).

همچنین در بین مطالعات داخلی می‌توان به پژوهش نیک‌رفتار و همکاران (۱۳۹۶)، اشاره کرد. آن‌ها در یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی و با جامعه آماری شامل تمام گردشگرانی که وارد شهر شیراز شده‌اند، نشان دادند که جست‌وجوی اطلاعات با ضریب مسیر (۰/۶۲)، اثر بسیار مهمی در انتخاب ایران به‌عنوان کشور مقصد در گردشگری سلامت دارد. عوامل محرک تقاضا و تسهیل‌کننده کلان با ضرایب مسیر به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۱۲ در رتبه‌های بعدی قرار دارند. ایمان‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)، در مطالعه‌ای با استفاده از رویکرد کیفی پدیدارشناسی تفسیری، با ۲۰ نفر از گردشگران پزشکی بیمارستان‌های تبریز مصاحبه کرده و داده‌ها را براساس رویکرد هرمنوتیک و روش دیکلمن، تانر و ال، مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. از تحلیل تجربیات زیسته گردشگران سلامت، پنج مضمون اصلی علل انتخاب، مسائل مالی، فرهنگی-اجتماعی، حمل‌ونقل و اقامت و ساختار بیمارستان حاصل شد. هم‌راستا با این پژوهش، ملکی و توانگر (۱۳۹۵) به بررسی «مهم‌ترین چالش‌هایی که گردشگران سلامت مشهد در مراجعه و اقامت با آن مواجه بوده‌اند» پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از: ضعف در سیستم بازاریابی و اطلاع‌رسانی در فرایندهای پذیرش و درمان در شهر مشهد،

1 Badulescu & Badulescu

ضعف سیستم پذیرش الکترونیکی بیماران، نحوه پرداخت هزینه‌ها و ضعف سیستم مبادلات مالی در بیمارستان‌ها، نبود پشتیبانی زبان‌های خارجی در بیمارستان‌ها، فقدان بسته‌های کامل گردشگری سلامت، مشکلات مربوط به فرایندهای اخذ ویزا و حمل‌ونقل درون شهری بوده است.

جدول ۱. برخی از ابعاد و مؤلفه‌های جذابیت یک کشور به‌عنوان مقصد گردشگری پزشکی

منبع	مؤلفه‌ها	ابعاد
Fetscherin & Stephano (2016),	شرایط سیاسی، اقتصادی و امنیتی کشور، جذابیت‌های توریستی شهر (فرهنگی، تاریخی و طبیعی)، زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی	کشور مقصد (شرایط عامل)
Mohan et al. (2012), Porter (2008), Owen (2007),	شرایط تقاضا در سطح منطقه و بین‌المللی، میزان توانایی در پاسخ‌گویی به تقاضای موجود در سطح منطقه‌ای، میزان توانایی در پاسخ‌گویی به تقاضای موجود در سطح بین‌المللی	شرایط تقاضا
Wongkit & McKercher (2013), Ranjan et al. (2013),	میزان کاهش انحصارات در جهت تقویت رقابت و حمایت بخش خصوصی، میزان رقابت میان خدمات‌دهندگان سلامت در شهر	رقابت پذیری
Ranjan et al. (2013), Porter (2008), Chang et al. (2016)	همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی، مقررات و تسهیلات ورود و خروج، خدمات ویزا و مدت ویزا براساس شرایط درمان، حمایت بیشتر دولت از بخش‌های مرتبط با گردشگری در کار تحقیقات بازاریابی	نگرش دولت
Mays et al. (2002), Altin et al. (2011), Lunt & Carrera (2011)	همبستگی اجتماعی-فرهنگی (آداب‌ورسوم، ارزش‌ها، سنت‌ها)، مهمان‌نوازی و نحوه برخورد با گردشگران، تبادل و ارتقای سطح فرهنگی و اجتماعی مردم	اجتماعی- فرهنگی
مدهکار و همکاران (۲۰۱۴)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۵)	استراتژی بازاریابی منسجم گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان، کارآمدی سیستم اطلاع‌رسانی درخصوص شناساندن قابلیت‌های گردشگری پزشکی	اطلاعاتی و بازاریابی
Fetscherin & Stephano (2016), Smith & Forgione (2007),	آموزش پزشکان و کادر درمانی، کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ب‌اساس استانداردهای بین‌المللی، شاخص و استانداردهای کیفی مراقبت‌های پزشکی	عوامل مرتبط با درمان
Ranjan et al. (2013) خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، ملکی و توانگر (۱۳۹۵)	ارائه خدمات و مبادلات مالی مناسب (مانند امکان پرداخت با ارزهای رایج)، توسعه مراکز اسکان، اقامت و مجتمع‌های پذیرایی مناسب همراه با خدمات پشتیبانی (خدمات بیمه، امداد پزشکی و ..)	زیرساخت‌ها و صنایع وابسته

با مرور مطالعات حوزه توسعه کسب و کارهای گردشگری پزشکی، علی‌رغم تلاش‌های انجام شده مذکور که هر یک به جنبه خاصی از عوامل مؤثر و عمدتاً به 4p و 7p بازاریابی گردشگری پزشکی پرداخته‌اند، این پژوهش با در نظر گرفتن 14p عناصر آمیخته بازاریابی مقاصد گردشگری پزشکی و همچنین با بررسی عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ارائه مدل جامع‌تری برای توسعه کسب و کارهای گردشگری پزشکی با توجه به شرایط ایران پرداخته که در نوع خود دارای نوآوری است.

با مرور مطالعات حوزه توسعه کسب و کارهای گردشگری پزشکی، علی‌رغم تلاش‌های انجام شده مذکور که هر یک به جنبه خاصی از عوامل مؤثر و عمدتاً به 4p و 7p بازاریابی گردشگری پزشکی پرداخته‌اند، این پژوهش با در نظر گرفتن 14p عناصر آمیخته بازاریابی مقاصد گردشگری پزشکی و همچنین با بررسی عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ارائه مدل جامع‌تری برای توسعه کسب و کارهای گردشگری پزشکی با توجه به شرایط ایران پرداخته که در نوع خود دارای نوآوری است.

روش‌شناسی

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی بوده و برحسب گردآوری اطلاعات، آمیخته-اکتشافی در دو فاز کیفی (روش دلفی) و کمی (معادلات ساختاری) است. جامعه آماری در بخش کیفی خبرگان دانشگاهی در حوزه گردشگری پزشکی، پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها هستند که با توجه به روش دلفی، انتخاب نمونه‌ها باید براساس تخصص و هدفمند صورت گیرد. براین اساس، ۱۵ نفر از استادان و متخصصان حوزه گردشگری پزشکی انتخاب شدند. همچنین جامعه آماری در بخش کمی شامل بیماران خارجی ایست که برای درمان به شهر تهران (در فاصله پنج ماهه اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۷) مسافرت کرده و در پنج بیمارستان هاشمی‌نژاد، شهیدرجایی (بیمارستان‌های دولتی)، پاریسیان و لاله (بیمارستان‌های خصوصی) و بیمارستان میلاد (بیمارستان تأمین اجتماعی) پذیرش شدند. از میان این بیماران، با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس ۳۸۵ نفر انتخاب شدند.

پس از بازنگری مطالعات پیشین، مؤلفه‌های اولیه استخراج شده و در بخش کیفی با استفاده از روش دلفی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان ترتیب داده شد. در این مصاحبه‌ها ابتدا محقق به نظرات آن‌ها در مورد گردشگری پزشکی پرداخت و سپس ۸۵ مؤلفه استخراجی از ادبیات را با آن‌ها مطرح کرد. در نهایت ۶۱ مؤلفه که دارای درصد اجماع بیش از ۷۰ درصد بودند، به‌عنوان معیارها و مؤلفه‌های ارزیابی برای مرحله بعد در نظر گرفته شدند. در مرحله بعد از ۶۱ مؤلفه باقیمانده، ۲۶ مؤلفه حذف شده و در دور بعدی وارد شدند. در نهایت ۳۵ مؤلفه باقیمانده به‌عنوان مؤلفه‌های نهایی به تأیید رسیدند. همچنین در بخش کمی از ابزار پرسش‌نامه محقق ساخته برآمده از فاز کیفی استفاده شده که شامل ۸ متغیر اصلی و ۳۵ گویه است.

به منظور تعیین روایی پرسش‌نامه‌ها نیز از روایی محتوا استفاده شد. در ادامه برای بررسی روایی محتوا، پرسش‌نامه‌ها با توجه به ادبیات تحقیق مورد تأیید استادان و خبرگان دانشگاهی و سه نفر از متخصصان این حوزه قرار گرفت و اصلاحات لازم صورت پذیرفت. همچنین با استفاده از نرم‌افزار 2 PLS برای سنجش روایی سازه‌ها، از معیار روایی همگرا (AVE) و برای سنجش پایایی از معیار آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی (CR) استفاده شد که در جدول ذیل خلاصه شده است:

جدول ۲. نتایج محاسبه پایایی پرسش‌نامه

AVE	CR	آلفای کرونباخ	مؤلفه
۰/۵۹۴۹	۰/۷۲۰۷	۰/۸۷۴	کشور مقصد (شرایط عامل)
۰/۵۱۷۴	۰/۷۵۸۴	۰/۷۵۴	شرایط تقاضا
۰/۵۵۷۱	۰/۷۶۹۷	۰/۷۹۷	رقابت‌پذیری
۰/۵۳۹۳	۰/۷۵۱۸	۰/۷۹۸	نگرش دولت
۰/۵۶۶۷	۰/۷۱۹۴	۰/۷۹۴	عوامل اجتماعی-فرهنگی
۰/۵۷۱۲	۰/۸۶۱۱	۰/۸۰۱	عوامل اطلاعاتی و بازاریابی
۰/۵۵۰۶	۰/۷۸۱۱	۰/۷۳۱	عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی)
۰/۵۵۵۹	۰/۷۳۱۶	۰/۷۳۵	زیرساخت‌ها و صنایع وابسته

همان طور که در جدول مشاهده می شود، ضرایب AVE، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی، برای تمام متغیرها مقدار مناسبی را اتخاذ کرده که نشان دهنده برازش مطلوب مدل تحقیق است. برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش کیفی با تکنیک دلفی، از تحلیل محتوا استفاده شد و در بخش کمی، معادلات ساختاری و نرم افزار SmartPLS 2 برای تحلیل عاملی - تأییدی و برازش مدل مفهومی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

الف) توصیف جمعیت شناختی بخش کیفی

ویژگی جمعیت شناختی بخش کیفی به این شرح است: از ۱۵ نفر متخصص جامعه پاسخ گو، ۱۱ نفر را مردان (۷۴ درصد) و ۴ نفر (۲۷ درصد) را زنان تشکیل دادند. همچنین سه نفر بین ۳۵ تا ۴۰ سال (۲۰ درصد)، شش نفر بین ۴۰ تا ۴۵ سال (۴۰ درصد) و شش نفر بالای ۴۵ سال (۴۰ درصد) داشتند و کسی از جامعه پاسخ گو زیر ۳۵ سال نبوده است.

ب) توصیف جمعیت شناختی بخش کمی

در بخش کمی از مجموع ۳۸۵ بیمار خارجی، ۲۰۱ نفر مرد (۵۳ درصد) و ۱۸۴ نفر زن (۴۷ درصد) بودند. از این تعداد ۶۴ نفر زیر ۳۰ سال (۱۶/۶ درصد)، ۱۰۴ نفر بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۲۷ درصد)، ۱۴۴ نفر بین ۴۰ تا ۵۰ سال (۳۷/۴ درصد) و ۷۳ نفر بالاتر از ۵۰ سال (۱۹ درصد) داشتند. همچنین ۷۰ نفر از پاسخ گویان از کشور عمان (۱۸/۲ درصد)، ۹۹ نفر از عراق (۲۵/۷ درصد)، ۳۹ نفر از کویت (۱۰/۱ درصد)، ۱۵ نفر از قطر (۳/۹ درصد)، ۵۴ نفر از سایر کشورهای عربی (۱۴ درصد)، ۲۰ نفر از کشورهای غیر عربی (۵/۲ درصد)، ۱۷ نفر از کشورهای اروپایی (۴/۴ درصد)، ۳۱ نفر از کشورهای آسیایی (۸/۱ درصد) و ۴۰ نفر از سایر کشورها (۱۰/۴ درصد) بودند.

ج) تحلیل یافته های کیفی

در این پژوهش از تکنیک دلفی برای انتخاب نهایی شاخص ها و زیر شاخص های استخراج شده جذابیت مقصد گردشگری پزشکی، استفاده شده است. در جدول زیر پرسش ها و پاسخ های دور نهایی دلفی به اختصار آورده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تی یک‌نمونه‌ای دور نهایی دلفی برخی مؤلفه‌ها (معتبر بودن تمامی شاخص‌ها)

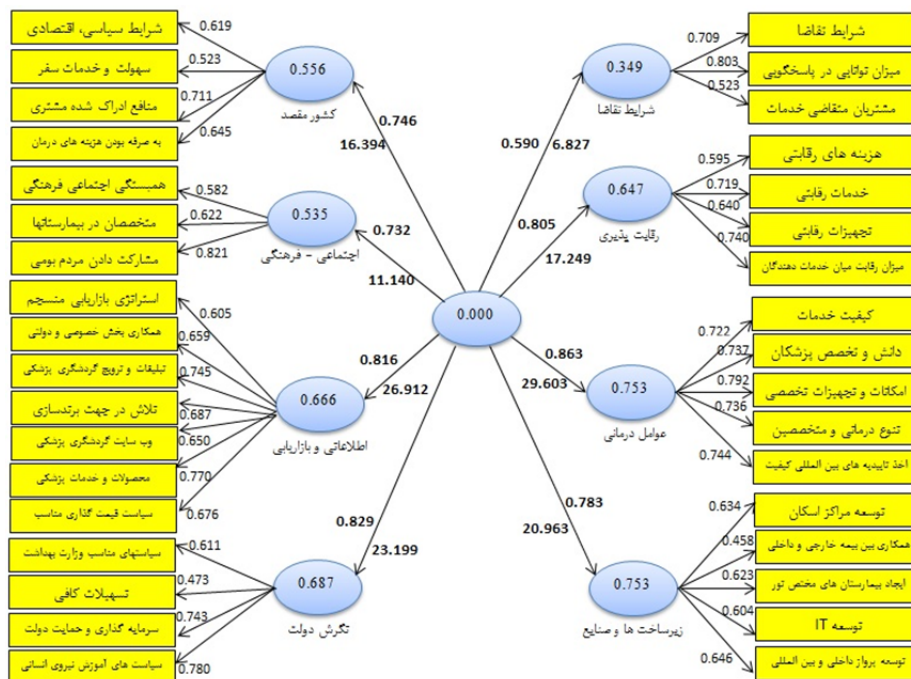
شاخص تناسب	CVR	فاصله اطمینان		سطح معناداری	t	مؤلفه‌ها	3/3
		کران بالا	کران پایین				
٪۹۲	٪۸۵	۱/۴۲	۰/۸۱	۰/۰۰۰	۷/۴۲۹	شرایط سیاسی، اقتصادی و امنیتی کشور	کشور مقصد (شرایط عامل)
٪۹۲	٪۸۵	۱/۱۹	۰/۵۸	۰/۰۰۰	۵/۸۹۲	سهولت و خدمات سفر	
٪۹۶	٪۹۲	۱/۳۵	۰/۷۳	۰/۰۰۰	۶/۸۴۵	شرایط تقاضا در سطح منطقه و بین‌المللی	شرایط تقاضا
٪۹۶	٪۹۲	۱/۲۷	۰/۶۵	۰/۰۰۰	۶/۳۳۸	میزان توانایی در پاسخ‌گویی به تقاضای موجود در سطح منطقه‌ای	
٪۹۶	٪۹۲	۱/۲۳	۰/۵۴	۰/۰۰۰	۵/۲۲۲	هزینه‌های رقابتی درمانی، پزشکی و سلامت در مقایسه با کشورهای دیگر	رقابت پذیری
٪۹۲	٪۸۵	۱/۲۶	۰/۵۸	۰/۰۰۰	۵/۵۷۱	خدمات رقابتی درمانی، پزشکی و سلامت در مقایسه با کشورهای دیگر	
٪۹۲	٪۸۵	۱/۵۸	۰/۹۶	۰/۰۰۰	۸/۳۲۳	سیاست‌های مناسب وزارت بهداشت در جهت اطلاع‌رسانی مناسب	نگرش دولت
٪۸۵	٪۶۹	۱/۱۷	۰/۴۵	۰/۰۰۰	۴/۶	تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در گردشگری پزشکی	
٪۸۸	٪۷۷	۱/۲۲	۰/۶۲	۰/۰۰۰	۶/۳۲۵	همبستگی اجتماعی-فرهنگی (آداب و رسوم، ارزش‌ها و سنت‌ها) ۵/۴۳۶	اجتماعی-فرهنگی
٪۸۷	٪۹۱	۱/۳۱	۰/۹۷	۰/۰۰۰	۱۵/۲۸	استراتژی بازاریابی منسجم گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان	اطلاعاتی و بازاریابی
٪۸۰	٪۷۸	۱/۴۷	۱/۰۵	۰/۰۰۰	۱۲/۴۴۷	کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی براساس استانداردهای بین‌المللی	عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی)
٪۸۳	٪۸۵	۱/۱۹	۰/۵۹	۰/۰۰۰	۶/۱۵	توسعه مراکز اسکان، اقامت و مجتمع‌های پذیرایی مناسب همراه با خدمات پشتیبانی (خدمات بیمه، امداد پزشکی و ..)	زیرساخت‌ها و صنایع وابسته

همانطور که مشاهده می‌شود، تمام شاخص‌هایی که دارای سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و CVR بالاتر از ۰/۴۹ بوده‌اند، باقی مانده‌اند. مقدار ضریب آلفای کرونیخ برای دور سوم

۰/۸۸۶ و نتایج نشان دهنده معنادار و معتربودن تمام شاخص های باقیمانده است. در نتیجه می توان به دورهای سه گانه دلفی پایان داد. همچنین باتوجه به کمتر بودن سطح معناداری از ۰/۰۵، می توان گفت ضریب توافقی کندال معنادار بوده و در سطح اطمینان ۹۵ درصد اتفاق نظر بین خبرگان در مراحل دلفی وجود داشته است.

د) تحلیل یافته های کمی

پس از ایجاد توافق و اتفاق نظر مشارکت کنندگان و استخراج شاخص های نهایی جذابیت یک کشور به عنوان مقصد گردشگری پزشکی، برای اعتبارسنجی مدل از تحلیل عاملی- تأییدی استفاده شده است. در این قسمت به آزمون مدل مفهومی پرداخته خواهد شد. شکل ۱، مدل نهایی پژوهش در حالت تخمین ضرایب استاندارد سازه ها و معناداری ضرایب را نشان می دهد.



شکل ۱. الگوی پژوهش در حالت تخمین ضرایب استاندارد و معناداری ضرایب

طبق نتایج به‌دست آمده از آزمون تخمین ضرایب استاندارد و مقادیر معناداری، تمام سازه‌های جذابیت مقصد گردشگری پزشکی، بارهای عاملی و ضرایب مسیر، در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار شده و در اندازه‌گیری سازه‌های خود سهم معناداری را ایفا کرده‌اند. بنابراین همه مؤلفه‌های جذابیت یک کشور به‌عنوان مقصد گردشگری پزشکی به‌دست آمده از دور نهایی دلفی در تکنیک تحلیل عاملی-تأییدی نیز مورد تأیید قرار گرفته‌اند. به علاوه، از آنجا که مقادیر آماره T برای هر یک از مسیرها و بارهای عاملی معنادار شده و شاخص GOF نیز مقدار مناسبی داشته است، نشان از برازش مناسب مدل مفهومی و نهایی پژوهش دارد.

جدول ۴. مقادیر اشتراکات و R برای بررسی برازش مدل نهایی پژوهش

مؤلفه	اشتراکات	مقادیر R Square
کشور مقصد (شرایط عامل)	۰/۵۹۴۹	۰/۵۵۶۴
شرایط تقاضا	۰/۵۱۷۴	۰/۳۴۸۶
رقابت‌پذیری	۰/۵۵۷۱	۰/۶۴۷۲
نگرش دولت	۰/۵۳۹۳	۰/۶۸۷۱
اجتماعی- فرهنگی	۰/۵۶۶۷	۰/۵۳۵۱
اطلاعاتی و بازاریابی	۰/۵۷۱۲	۰/۶۶۶۱
عوامل درمانی	۰/۵۵۰۶	۰/۷۵۳۲
زیرساخت‌ها و صنایع وابسته	۰/۵۵۵۹	۰/۶۱۳۵
جاذبه‌های گردشگری پزشکی	۰/۵۸۵۰	۰/۰۰۰۰
میانگین	۰/۵۵۹۷	۰/۶۰۰۹

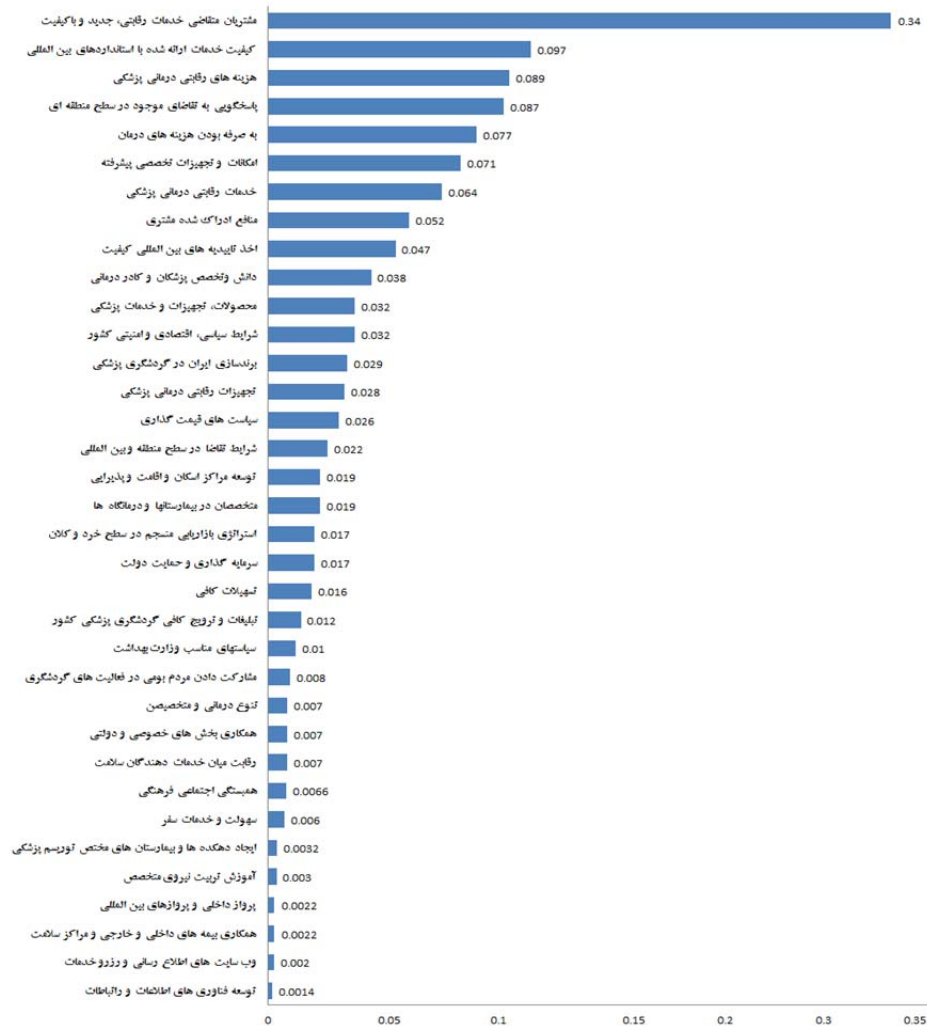
اولویت‌بندی مؤلفه‌های گردشگری پزشکی

در ادامه اولویت و رتبه مؤلفه‌های نهایی جاذبه‌های گردشگری پزشکی با کمک AHP فازی مشخص شد. این نتایج شامل رتبه، اهمیت و وزن معیارها و زیرمعیارها بوده که به صورت خلاصه در شکل‌های زیر آورده شده است.

اولویت‌بندی هشت مؤلفه اصلی جاذبه‌های گردشگری پزشکی عبارتند از:

- ۱- عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی) (با وزن ۰/۲۵۹)، ۲- رقابت‌پذیری (با وزن ۰/۱۸۸)، ۳- کشور مقصد یا شرایط عامل (با وزن ۰/۱۶۶)، ۴- شرایط تقاضا (با وزن ۰/۱۴۲)، ۵- بازاریابی و اطلاعاتی (با وزن ۰/۱۲۵)، ۶- نگرش دولت (با وزن ۰/۰۴۶)، ۷-

زیرساخت‌ها و صنایع وابسته (با وزن ۰/۰۴۰)، ۸- اجتماعی-فرهنگی (با وزن ۰/۰۳۵). این رتبه و اهمیت بدان معناست که عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی) و شرایط رقابت پذیری دارای بیشترین تأثیر، و عوامل اجتماعی-فرهنگی دارای کمترین تأثیر در این زمینه است. در شکل ۱، وزن نهایی ۳۵ زیرشاخص هشت مؤلفه جاذبه‌های گردشگری پزشکی آورده شده است.



شکل ۱. اوزان نهایی زیرمعیارهای جاذبه‌های گردشگری پزشکی

بر اساس نتایج اوزان نهایی در شکل ۴، مؤلفه‌های مشتریان متقاضی خدمات رقابتی، جدید و باکیفیت (۰/۳۴)، کیفیت خدمات ارائه شده با استانداردهای بین‌المللی (۰/۹۷)، هزینه‌های رقابتی درمانی پزشکی (۰/۰۸۹)، پاسخ‌گویی به تقاضای موجود در سطح منطقه‌ای (۰/۰۸۷)، به‌صرفه بودن هزینه‌های درمان (۰/۰۷۷) و امکانات و تجهیزات تخصصی پیشرفته (۰/۰۷۱)، دارای بیشترین وزن بوده و رتبه‌های نخست را در میان زیرشاخص‌های هشت مؤلفه اصلی جاذبه‌های گردشگری پزشکی از نظر خبرگان این حوزه به‌دست آوردند.

بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه به هدف پژوهش، در این مطالعه به‌منظور شناسایی و بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر جذابیت مقصد برای توسعه کسب‌وکارهای گردشگری، از رویکرد آمیخته اکتشافی در دو فاز کیفی و کمی استفاده شد.

نتایج برآمده از سه دور دلفی در بخش کیفی نشان دادند: ۳۵ مؤلفه مؤثر بر جذابیت مقصد گردشگری در هشت عامل اصلی کشور مقصد (شرایط عامل)، شرایط تقاضا، رقابت‌پذیری، نگرش دولت، عوامل اجتماعی-فرهنگی، عوامل اطلاعاتی و بازاریابی، عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی) و زیرساخت‌ها و صنایع وابسته قابل دسته‌بندی است.

همچنین نتایج بخش کمی نشان دادند: عوامل مرتبط با درمان (خدمات و امکانات پزشکی) با وزن ۰/۲۵۹، رقابت‌پذیری با وزن ۰/۱۸۸ و شرایط کشور مقصد با وزن ۰/۱۶۶، در میان هشت مؤلفه اصلی بیشترین وزن را در میان شاخص‌های جاذبه‌های گردشگری پزشکی به‌دست آوردند که می‌توانند از عمده‌ترین فرصت‌های توسعه کسب‌وکار گردشگری پزشکی باشند.

به‌علاوه مطالعه حاضر نشان می‌دهد، از میان عوامل شناسایی شده برای توسعه کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی، عوامل مرتبط با درمان یا خدمات و امکانات پزشکی به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه وزن‌دهی شده باید مدنظر قرار گیرد. این مؤلفه در تحقیقات پیشین نیز

مورد مطالعه قرار گرفته بود؛ چنان که فتچرین و استفانو^۱ (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود این مؤلفه را یکی از چهار بُعد شاخص گردشگری پزشکی معرفی کرده‌اند. در این زمینه مسائلی همچون عدم یکپارچگی در امر کیفیت خدمات، ایمنی بیمار و کاهش ریسک نیز از چالش‌های صنعت گردشگری پزشکی، خصوصاً برای کشورهای در حال توسعه، به‌شمار می‌آید. از سوی دیگر، با توجه به این که ایران از سیستم اعتباربخشی بین‌المللی استفاده نمی‌کند، باید برای اخذ گواهینامه‌های معتبر بین‌المللی و تأیید کیفیت خدمات پزشکی اقدامات لازم صورت گیرد. همچنین مراکز درمانی و پزشکی باید از تجهیزات پزشکی پیشرفته و استاندارد مطابق با کلاس و آخرین روش‌های درمانی پیشرفته و به‌روز استفاده کنند. در جهت اخذ تأییدیه‌های بین‌المللی از قبیل تأییدیه کمیسیون بین‌المللی مشترک (JCI) و دیگر تأییدیه‌ها نیز باید اقدام شود. عامل مؤثر دیگر، رقابت‌پذیری، همچون محرک‌های تقاضا مانند هزینه و زمان نیز توسط تحقیق گانگولی و ابراهیم (۲۰۱۷)، در زمینه تجزیه و تحلیل رقابت‌پذیری گردشگری پزشکی در سنگاپور و همچنین نیک‌رفتار و همکاران (۱۳۹۵)، مورد پشتیبانی قرار گرفته است. این در حالی است که کاهش ارزش پول ملی در این زمینه می‌تواند به فرصت تبدیل شده و کمکی برای جذب گردشگران درمانی و پزشکی باشد. در این زمینه باید هزینه‌های خدمات درمانی و توریستی مشخص، شفاف و رقابتی شوند تا بیماران از هزینه خدمات آگاهی داشته باشند و بتوانند آن را با هزینه‌های سایر کشورها مقایسه کنند. یکی از فرصت‌های توسعه گردشگری پزشکی، ایجاد کسب‌وکارهای کارآفرینانه به عنوان پلی میان بیماران خارجی و مراکز خدمات درمانی، برای کمک به بیماران در زمینه قیمت‌دهی یا حتی چانه‌زنی، کاهش زمان انتظار پذیرش و شفاف کردن نیازهای بیماران و انتظارات آنان از پرسنل مراکز درمانی است. کشور مقصد (یا شرایط عامل مطابق مدل رقابتی پورتر) به‌عنوان سومین عامل مهم در جذابیت کشور مقصد، متشکل از شرایط، نیروها، عوامل و مؤلفه‌هایی است که برپایه سازه‌های تنوع‌ساز محیط یک کشور، مانند فرهنگ، امنیت، سیاست، اقتصاد، تعامل با کشورهای دیگر و غیره بنا نهاده

1 Fetscherin and Stephano

می‌شود. برخی از مؤلفه‌های این عامل مانند جذابیت‌های توریستی (فرهنگی، تاریخی و طبیعی) و یا فاصله و نزدیکی با کشور مبدأ نیز توسط مطالعاتی همچون چانگ، چو، یه و تسنگ (۲۰۱۶)، و فرهادی (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفته است. در این زمینه شرایط سیاسی و امنیتی نیز باید محیطی به وجود آورند که تهدیدکننده امنیت شخصی بیمار نباشد. سهولت سفر و فاصله بین کشور مبدأ بیمار و کشور مقصد وی، هم برای راحتی بیمار و هم از نظر هزینه مسافرت و در نهایت انگیزه وی برای سفر اهمیت فراوان دارد.

در انتها، با توجه به نتایج این مطالعه که در برگیرنده عوامل پیش‌برنده ارتقای جذابیت مقصد برای توسعه کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه مشکلات و موانع توسعه کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی در ایران به‌منظور تکمیل این بحث، و مقایسه آن با عوامل انگیزاننده بیماران خارجی انجام شود؛ پژوهش‌هایی که می‌توان از تجربیات زیسته گردشگران پزشکی خارجی از بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و کسب‌وکارهای حوزه گردشگری پزشکی ایران استفاده کرد.

همچنین با توجه به اهمیت بُعد درمان (خدمات و امکانات پزشکی) پیشنهاد می‌شود، مطالعاتی در مورد این بُعد صورت گیرد و با مقایسه کشورهای همسایه، به شناسایی نقاط ضعف کشور پرداخته شود. به این ترتیب می‌توان فرصت‌های جدیدتری از جمله بهره‌برداری از فناوری‌های نوین تجهیزات پزشکی برای کسب‌وکارهای مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی ایجاد کرد.

منابع

- احمدپور داریانی، محمود (۱۳۹۶). "شناسایی عوامل موفقیت منابع انسانی در کسب و کارهای کوچک و متوسط"، توسعه کارآفرینی، ۱۰(۱): ۲۰-۱.
- اتقیائی، ارشام (۱۳۹۲). "شناسایی فرصت‌های کارآفرینانه در گردشگری پزشکی شهر مشهد"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران.
- ایمان‌زاده، علی؛ همراه‌زاده، ملیکا؛ جعفریان، وحیده و جباری، کامران (۱۳۹۶). "تجربیات زیسته گردشگران پزشکی از درمان در بیمارستان‌های شهر تبریز"، مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۲(۳۷): ۲۵-۴۶.
- جباری، علیرضا (۱۳۸۸). "طراحی الگوی گردشگری پزشکی ایران"، پایان‌نامه دکترای دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- خوارزمی، امیرعلی؛ رهنما، محمدرحیم؛ جوان، جعفر و اجزاشکوهی، محمد (۱۳۹۵). "عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی"، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۸(۳): ۴۰۵-۴۱۶.
- رنجنوش، راحله؛ بروجنی، حمیدضراغام و حمیدی، ناصر (۱۳۹۵). "بخش‌بندی کسب و کارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی"، برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۵(۱۸): ۷۲-۵۴.
- شالباغان، عالی‌اصغر (۱۳۸۶). "راه کارهای توسعه گردشگری سلامت: با رویکرد گردشگری پزشکی"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- شالباغان، عالی‌اصغر و رحمانی، زهرا (۱۳۹۴). "گردشگری سلامت در رویکردی جامع"، انتشارات مهکامه.
- گودرزی، مجید و فیروزی، محمدعلی (۱۳۹۵). گردشگری پزشکی، تهران، نشر آراد.
- معبودی، محمدتقی و حکیمی، هادی (۱۳۹۴). "عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی؛ نمونه موردی ایران"، برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۴(۱۵): ۱۰۶-۸۰.
- ملکی، سعید و توانگر، معصومه (۱۳۹۴). "بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی"، جغرافیا و توسعه فضای شهری، ۳(۲): ۱۵۳-۱۶۳.

نعمتی، ولی؛ ابراهیم‌پور، حبیب و پورکریمی، پرویز (۱۳۹۴). "مفهوم‌سازی گردشگری سلامت در ایران (مفاهیم، مدل‌ها و نظریه‌ها)"، اولین همایش ملی گردشگری پایدار با رویکرد گردشگری ورزشی، سلامت و محیط‌زیست، اردبیل.

نیک‌رفتار، طیبه؛ حسینی، الهه و مقدم، عاطفه (۱۳۹۶). "شناسایی عوامل مؤثر در جذب گردشگران پزشکی در ایران"، فصل‌نامه مدیریت سلامت، ۲۰ (۶۷): ۶۴-۷۴.

هادیزاده مقدم، اکرم؛ زاهدیان‌نژاد، محمدحسین؛ قنبرزاده میاندهی، رضا و فخارمنش، سینا (۱۳۹۲). "الگوی عوامل مؤثر بر انگیزه گردشگران پزشکی برای ورود به ایران"، چشم‌انداز مدیریت بازرگانی، ۴۸: ۵۹-۷۹.

- Altin, M. M., Singal, M., & Kara, D. (2011). Consumer decision components for medical tourism: A stakeholder approach.
- Awadzi, W., & Panda, D. (2006). Medical tourism: Globalization and the marketing of medical services. *Consortium Journal of Hospitality and Tourism*, 11(1), 75-81.
- Badulescu, D., & Badulescu, A. (2014). Medical tourism: between entrepreneurship opportunities and bioethics boundaries: narrative review article. *Iranian journal of public health*, 43(4), 406.
- Bristow, R. S., Yang, W. T., & Lu, M. T. (2011). Sustainable medical tourism in Costa Rica. *Tourism Review*, 66(1/2), 107-117.
- Caballero-Danell S., & Mugomba C., (2007), Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry. Master Thesis, Goteborg University.
- Carrera, P. M., & Bridges, J. F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 6(4), 447-454.
- Chang, I. C., Chou, P. C., Yeh, R. K. J., & Tseng, H. T. (2016). Factors influencing Chinese tourists' intentions to use the Taiwan Medical Travel App. *Telematics and Informatics*, 33(2), 401-409.
- Chen P., Kung R., Huang M., Chen F., Pei L. (2012). Exploring the medical tourism development barriers and participation willingness in Taiwan: an example of mainland tourist, World academy of Science, *Engineering and Technology*. 6: 8-29.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). Designing and conducting mixed methods research- Sage publications.
- Fetscherin, M., & Stephano, R. M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539-556.
- Ganguli, S., & Ebrahim, A. H. (2017). A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness. *Tourism Management Perspectives*, 21, 74-84.
- Garcia-Altes, A. (2005). The development of health tourism services. *Annals of Tourism Research*, 32(1), 262-266.
- Harahsheh, S.S. (2002). Curative Tourism In Jordan And Its Potential Development, Thesis for the fulfillment of MA in European Tourism Management (ETM), Bournemouth University, United Kingdom, 1-135.
- Han, H., & Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.

- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- Kaur, P. (2016). Entrepreneurship In Medical Tourism Industry. *International Journal Of Information Movement*, 5 (1), 22-25.
- Kind, S., & zu Knyphausen-Aufseß, D. (2007). What is "Business Development"?—The Case of Biotechnology. *Schmalenbach Business Review*, 59(2), 176-199.
- Lee, C. (2006). Medical tourism, an innovative opportunity for entrepreneurs. *Journal of Asia Entrepreneurship and sustainability*, 3(1), 3-5.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tourism Review*, 66, 57-67.
- Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J. (2016). Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 88, 37-44.
- Mays, R. M., de Leon Siantz, M. L., & Viehweg, S. A. (2002). Assessing cultural competence of policy organizations. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2), 139-144.
- Mohamad, W. N. (2016). The Effects of Service Quality, Companion's Satisfaction and Delight on Behavioural Intention in Private Hospitals for Medical Tourism (Doctoral dissertation, Universiti Sains Malaysia).
- Mohan, A. V., Ejnvarzala, H., & Lakshmi, C. N. (2012). University Linkages in Technology Clusters of Emerging Economies? Exploratory Case Studies from Cyberjaya, Malaysia-a Greenfield Development and Cyberabad, India? a Brownfield Development. *World Technopolis Review*, 1(1), 42-55.
- Owen, D. (2007). Silicon Valley's secret ingredient. *Manchester Business School, Spring*.
- Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*, 7(1), 1-12.
- Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard business review*, 86(1), 25-40.
- Pyke, S., Hartwell, H., Blake, A., & Hemingway, A. (2016). Exploring well-being as a tourism product resource. *Tourism Management*, 55, 94-105.
- Ranjan Debata, B., Sree, K., Patnaik, B., & Sankar Mahapatra, S. (2013). Evaluating medical tourism enablers with interpretive structural modeling. Benchmarking: An International Journal, 20(6), 716-743.
- Ricafort, K.M.F. (2011). A Study of Influencing Factors That Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination (Master Disertation), Webster University, Cha-am, Thailand
- Seow, A. N., Choong, Y. O., Moorthy, K., & Chan, L. M. (2017). Intention to visit Malaysia for medical tourism using the antecedents of Theory of Planned Behaviour: A predictive model. *International Journal of Tourism Research*, 19(3), 383-393.
- Smith, P. C., & Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19-30.
- Viladrich, A., & Baron-Faust, R. (2014). Medical tourism in tango paradise: The internet branding of cosmetic surgery in Argentina. *Annals of Tourism Research*, 45, 116-131.
- Wongkit, M., & McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand. *Tourism Management*, 38, 4-12.