

Feasibility on the Development of the Medical Tourism at Military and Civilian Hospitals in Tabriz

Mehdi Ebrahimmia, Mohammad Karim Bahadori, Ahmad Ameryoun, Fatemeh Farahafza *

Health Services Administration, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 24 May 2019 Accepted: 27 December 2019

Abstract

Background and Aim: Medical tourism is one of the most important industries in the field of health care, which not only protects the interests of the national economy, but also guides the health and treatment process, including access to optimal, cheap and fast medical services. The purpose of this study was to investigate and evaluate the feasibility of influential components and suggest ways to develop the medical tourism in military and civilian hospitals in Tabriz, Iran.

Methods: This applied and hybrid study was conducted in two qualitative and quantitative stages. The research population in the qualitative section was medical tourism experts and authorities related to tourism in Tabriz hospitals and tourists referred to hospitals and medical experts in the field of medicine. Sample size in the qualitative phase was 10 people and in quantitative phase 7 people who were selected by purposeful sampling. Semi-structured interviews were used to collect data in the qualitative phase to reach the saturation level and in the quantitative phase the dimensional technique was used. Qualitative data analysis was performed using MAXQDA10 software and quantitative data were analyzed with MATLAB software. Data collection was performed over 2019. Experts approved the various stages of the design for validity and reliability.

Results After conducting interviews and eliminating overlaps, 72 initial codes were obtained. The initial codes were then classified into 5 themes (quality of service, cost, medical staff, medical equipment, facilities and amenities) and 23 sub-themes. The qualitative phase results were then analyzed to determine significance using the dimensional collective decision-making method in six steps, the most important of which were sub-themes.

Conclusion: According to the goals of medical tourism development research in military and civilian hospitals in Tabriz, it requires paying attention to setting up IPDs and VIP rooms, proportional to the competitive price of patient origin, recruiting and training physicians and medical staff, using health technology assessment science (HTA) and facilitates the patient admission process to improve the quality of services and attract medical tourists. The development of medical tourism alongside services and urban facilities requires in-hospital factors and, above all, the quality of services in line with international standards, in-hospital welfare services, up-to-date medical equipment and trained staff and departments plus the role of skills. Linguistic communication is also very significant.

Keywords: Medical tourism, Hospital, Iran

امکان سنجی توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان های نظامی و غیرنظامی شهر تبریز

مهدی ابراهیم نیا، محمدکریم بهادری، احمد عامریون، فاطمه فرح افزا*

گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری پزشکی از صنایع مهم در حوزه بهداشت و درمان است که نه تنها حافظ منافع اقتصاد ملی است، بلکه فرایند سلامت و درمان را از جمله امکان دسترسی به خدمات پزشکی و درمانی بهینه، ارزان و سریع را در مسیری هدفمند هدایت می نماید. هدف از انجام این مطالعه بررسی و امکان سنجی به منظور شناسایی مؤلفه های تأثیرگذار و پیشنهاد راه هایی برای توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان های نظامی و غیرنظامی شهر تبریز بود.

روش ها: این مطالعه از نوع کاربردی و ترکیبی در دو مرحله کیفی و کمی انجام گرفت. جامعه پژوهش در بخش کیفی صاحب نظران و متولیان حوزه گردشگری پزشکی و مسئولین مرتبط با گردشگری بیمارستانهای شهر تبریز و گردشگران مراجعه کننده به بیمارستانها و در فاز کمی خبرگان حوزه گردشگری پزشکی بودند. حجم نمونه در فاز کیفی ۱۰ نفر و در فاز کمی ۷ نفر که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب گردیدند. برای جمع آوری داده ها در فاز کیفی از مصاحبه نیمه ساختاریافته تا رسیدن به حد اشباع و در فاز کمی از باتکنیک دیماتل استفاده شد. تحلیل داده های کیفی با کمک نرم افزار MAXQDA10 و داده های کمی با نرم افزار MATLAB انجام گرفت. جمع آوری داده ها در بازه زمانی آذر تا اسفند ۱۳۹۷ انجام شد. مراحل مختلف طرح جهت روایی و پایایی به تایید خبرگان رسید.

یافته ها: پس از پیاده سازی مصاحبه ها و پس از حذف هم پوشانی ها تعداد ۷۲ کد اولیه بدست آمد. سپس کدهای اولیه در قالب اهداف پژوهش بعنوان ۵ موضوع (تم) شامل (کیفیت خدمات، هزینه، کادر پزشکی و درمانی، تجهیزات پزشکی و امکانات و تسهیلات رفاهی) و ۲۳ زیر موضوع (ساب تم) طبقه بندی شد. سپس نتایج فاز کیفی برای تعیین اهمیت با استفاده از روش تصمیم گیری جمعی دیماتل در شش گام مورد بررسی قرار گرفت که با اهمیت ترین زیر موضوعات بدست آمد.

نتیجه گیری: با توجه به اهداف پژوهش توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان های نظامی و غیرنظامی شهر تبریز مستلزم توجه به راه اندازی بخش IPD و اتاق های VIP، تناسب هزینه با قیمت رقابتی مبدا بیمار، جذب و آموزش پزشکان و کادر درمانی حاذق، استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA) و تسهیل فرایند پذیرش بیمار جهت ارتقاء کیفیت خدمات و کشش و جذب گردشگر پزشکی می باشد. توسعه گردشگری پزشکی در کنار خدمات و تسهیلات و امکانات شهری، مستلزم عوامل درون بیمارستانی و در راس آنها کیفیت خدمات مناسب با استاندارد های بین المللی، خدمات رفاهی درون یا جنب بیمارستانی، تجهیزات به روز پزشکی و بخش ها و کارکنان آموزش دیده است بعلاوه نقش مهارت ارتباط زبانی نیز بسیار قابل توجه است.

کلیدواژه ها: گردشگری پزشکی، بیمارستان، ایران.

*نویسنده مسئول: فاطمه فرح افزا. پست الکترونیک: farahafzaf@yahoo.com

مقدمه

گردشگری پدیده‌ای اجتماعی و با آثار فرهنگی، سیاسی و اقتصادی است که به صورت پدیده‌ای فراگیر و جهانی در آمده است (۱). گردشگری سلامت به عنوان یکی از گردشگری های رایج دنیا عبارت است از استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد منجر شده و در مکانی خارج از محل سکونت فرد و بیش از ۲۴ ساعت به طول می انجامد (۲). مسافرت به منظور درمان بیماری جسمی و انجام جراحی تحت نظر پزشکان در مراکز درمانی که ممکن است علاوه بر معالجه و درمان به استفاده از منابع درمانی نیز بیانجامد را گردشگری پزشکی می گویند (۳). گردشگری پزشکی همانند شکل امروزی اش بویژه در دهه ۱۹۹۰ متناسب با مواردی از قبیل: افزایش هزینه خدمات درمان و بیمه سلامت در کشورهای توسعه یافته، طولانی تر شدن فهرست افراد در حال انتظار برای دریافت خدمات پزشکی، کاهش هزینه‌های حمل و نقل هوایی، دسترسی به اینترنت، جراحی‌های زیبایی، توانایی پرداخت هزینه های درمان و داشتن وقت آزاد برای مسافرت و همراهی مراقبت های پزشکی با یک روز تعطیل، شکل گرفت (۴) گردشگری پزشکی علاوه بر منافع جسمی برای افراد، منفعت اقتصادی بسیار زیادی نیز نصیب کشور های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می نماید (۵). ترکیبی از عوامل مختلف نظیر هزینه های بالای خدمات در کشورهای صنعتی، افزایش سهولت مسافرت های بین المللی، نرخ مطلوب تبدیل ارز در اقتصاد جهانی، پیشرفت های سریع تکنولوژی و استاندارد های مراقبت در بیشتر کشور ها از یک طرف و از طرف دیگر دسترسی به اینترنت منجر به عمومی شدن گردشگری پزشکی شده است (۳). از مهمترین دلایل گردشگری پزشکی می توان به مواردی از قبیل قطع امید کردن از درمان در کشور مبداء، عدم دسترسی به خدمات پزشکی با هزینه و زمان معقول، عدم احساس همدردی و مهمتر از همه امکان دسترسی به خدمات پزشکی و درمانی بهینه، ارزان و سریع در کشور مقصد اشاره نمود (۶). توسعه گردشگری پزشکی به عوامل متعددی بستگی دارد، برخی از این عوامل عبارتند از: کیفیت خدمات درمانی، کادر درمانی ماهر، تجهیزات پزشکی و هزینه پایین خدمات درمانی مرتبط به بیمارستان ها و برخی دیگر از قبیل جاذبه های گردشگری، تسهیلات رفاهی و ارتباطی و آشنایی با زبان به محیط شهری مربوط هستند (۷،۸). کشور هایی در جذب گردشگری پزشکی موفق هستند که علاوه بر داشتن عواملی همچون قیمت‌های پایین خدمات، پزشکان با صلاحیت، دارای کیفیت پذیرفته شده در ارائه خدمات خود باشند. اکنون با وجود استانداردهای جهانی که در نقاط مختلف دنیا به اجرا در می آیند، مردم به دنبال با کیفیت ترین درمان ها با قیمت های پایین هستند (۹). بر اساس مطالعات کاملاً مشهود است که توانایی جذب گردشگر در بخش سلامت کاملاً به کیفیت تضمین شده وابسته است (۱۰). کشور ایران از نظر جاذبه های گردشگری تاریخی، طبیعی،

فرهنگی و غیره جزء ۱۰ کشور برتر جهان می باشد. این کشور از توانایی های بالایی برخوردار است که می تواند موقعیت اقتصادی و ارزی کشور را در مسیر تعالی قرار دهد، یکی از توانایی های موجود، گردشگری پزشکی است (۱۱). ایران با عنایت به مزیت‌های خود در گردشگری سلامت از جمله هزینه پایین، کیفیت بالای خدمات سلامت، پزشکان صلاحیت دار و دارا بودن جاذبه های طبیعی فراوان، تصمیم دارد از این مزیت استفاده نماید (۱۲). ماده ۸۷ برنامه چهارم توسعه همراه با اهداف سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴، از مهمترین سیاست های کلیدی دولت است که از توسعه گردشگری پزشکی حمایت می کند. طبق سند چشم انداز بیست ساله، ایران باید در زمینه گردشگری سلامت در منطقه اول باشد. بر این اساس ایران باید به مرکز رفع نیاز های سلامت و درمانی در منطقه تبدیل شده و تا سال ۱۴۰۴ به تعداد ۲۰ میلیون گردشگر بین المللی ورودی و به تبع آن به ۱۵ میلیارد درآمد ارزی دست یابد (۱۳،۱۴). ایران از نظر پزشکی دارای رتبه بالایی در دنیا است، اما یکی از مباحث مهم در حوزه گردشگری سلامت و جذب این گردشگران، رقابت پذیری در این حوزه است، وجود واسطه‌ها در این عرصه باعث بالا رفتن قیمت‌ها و از بین رفتن تعادل در این بخش شده است. اقدامات و برنامه‌هایی برای از بین بردن واسطه‌ها در حوزه گردشگری سلامت در دستور کار است و تبلیغات و معرفی داشته‌ها و ظرفیت‌های پزشکی از دیگر مواردی است که برای رشد و رونق گردشگری سلامت باید به آن توجه کرد، همچنین بررسی و تعیین بازارهای هدف گردشگری سلامت از دیگر مواردی است که می‌تواند کشور را در لیست مقاصد گردشگران سلامت قرار دهد (۱۵). به منظور جذب گردشگران پزشکی به کشور باید از محرک‌های لازم استفاده شود و نخستین محرک هزینه درمان است. عمل پارکینسون در بسیاری از کشورهای دنیا ۱۵۰ هزار دلار و در کشورمان ۷۵ هزار دلار هزینه دارد. محرک دوم کیفیت است و باید کیفیت خدمات‌دهی در گردشگری پزشکی رعایت شوند. سومین محرک، دسترسی است، بیماران باید به خدمات مناسب، پزشک مناسب و امکانات پزشکی مورد نیاز دسترسی داشته باشد. محرک چهارم، زمان انتظار است، بیماران نباید مدت طولانی در فهرست انتظار باقی بمانند و باید پزشک متخصص و خدمات پزشکی مورد نیاز در اختیار آنها قرار گیرد (۱۶). افزایش سریع و روز افزون هزینه های بخش بهداشت و درمان، به ویژه هزینه های مربوط به تشخیص و درمان در سراسر جهان، موجب گردیده تا توجه بسیاری از متخصصین، اعم از اقتصاددانان، مدیران و حتی پزشکان و پرستاران و کارشناسان بهداشتی، در بسیاری از کشورها، به هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی مشغول گردد (۲۰-۱۷). مطالعات نشان می دهد که افزایش هزینه های درمانی در ایالات متحده آمریکا و لیست‌های طولانی در انگلستان و کانادا باعث شده است که بسیاری از بیماران آمریکایی و اروپایی جهت دریافت خدمات پزشکی به کشورهای در حال توسعه جنوب شرقی

مشارکت‌کنندگان با دستگاه صوتی، ضبط گردید. طبیعی است که با توجه به روند مصاحبه سؤالات فرعی دیگری نیز در زیرمجموعه سؤالات اصلی طرح می‌گردید. هر مصاحبه بین ۲۰ تا ۴۰ دقیقه به طول انجامید و تا اشباع داده‌ها ادامه یافتند. بر این اساس در فاز کیفی ۱۰ نفر و در فاز کمی ۷ نفر از صاحب‌نظران حوزه گردشگری پزشکی با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود نمونه‌ها، آشنایی با مبحث گردشگری پزشکی و داشتن اطلاعات لازم در حوزه مربوطه حداقل ۳ سال (صاحب‌نظران و متولیان حوزه گردشگری پزشکی، مسئولین بیمارستان‌های نظامی- شامل یک بیمارستان موجود و بیمارستان‌های غیرنظامی شهر تبریز- شامل دو بیمارستان موجود) و همچنین حضور در فضای درمانی به منظور دریافت خدمات درمانی (گردشگران مراجعه کننده به بیمارستان) حداقل یک بار بوده است. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کیفی مصاحبه نیمه ساختاریافته و در فاز کمی برای تعیین درجه اهمیت ویژگی‌های سازمان دهی شده استفاده از تکنیک تصمیم‌گیری گروهی دیماتل در قالب ۶ گام ایجاد ماتریس ارتباط مستقیم، نرمال‌سازی یا شدت نسبی روابط مستقیم، ماتریس شدت ممکن (معکوس)، ماتریس روابط کل یا شدت روابط مستقیم و غیرمستقیم، ماتریس شدت روابط غیر مستقیم، تعیین اهمیت انجام گردید.

مصاحبه‌های حاصل از بخش کیفی پس از پیاده‌سازی با روش تحلیل محتوای کیفی با کمک نرم‌افزار MAXQDA-10 طی چندین مرحله کدگذاری، طبقه‌بندی و سازمان‌دهی شدند. برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و مستندات سازمانی از روش تحلیل محتوای کیفی چارچوبی یا هدایت‌شده استفاده شد که در آن یک طبقه‌بندی یا کدهای اصلی بر اساس تئوری یا نظریه موجود، مدل و چارچوب مفهومی یا زمینه مطالعات قبلی شکل گرفته و در طول بررسی متون توسعه‌یافته و اصلاح و تکمیل می‌شود. پایایی تحلیل محتوا و کدگذاری با فرمول هولستیس با کمک نرم‌افزار مورد سنجش قرار گرفت و به بیش از ۸۰ درصد توافق کدگذاری رسید. برای سنجش روایی کدها که شامل ارتباط مناسب بین کدهای اصلی و فرعی است از روش کدگذاری مجدد توسط یک نفر از مصاحبه‌شوندگان و همکاران استفاده گردید. داده‌های حاصل از بخش کیفی برای تعیین درجه اهمیت مولفه‌های شناسایی و طبقه‌بندی شده از تکنیک تصمیم‌گیری گروهی دیماتل در قالب گام‌های زیر استفاده شد: گام اول: ایجاد ماتریس ارتباط مستقیم، گام دوم: نرمال‌سازی یا شدت نسبی روابط مستقیم، گام سوم: ماتریس شدت ممکن (معکوس)، گام چهارم: ماتریس روابط کل یا شدت روابط مستقیم و غیرمستقیم، گام پنجم: ماتریس شدت روابط غیرمستقیم و گام ششم: نتیجه نهایی تعیین اولویت در قالب ۶ گام ایجاد ماتریس ارتباط مستقیم، نرمال‌سازی یا شدت نسبی روابط مستقیم، ماتریس شدت ممکن (معکوس)، ماتریس روابط کل یا شدت روابط مستقیم و غیرمستقیم، ماتریس شدت روابط

آسیا سفر کنند (۲۱،۲۲). کادر پزشکی ماهر یکی از مهمترین عامل جذب گردشگری پزشکی است و بسیاری از بیماران با امید به درمان قطعی و حداکثری شان به کشور مبداء وارد می‌شوند و یا حتی در دیگر شهرهای همجوار ورود می‌یابند. بر این اساس، نباید فراموش کرد اعتمادی که مردم منطقه به ویژه در کشورهای حاشیه خلیج فارس و آسیای میانه به خدمات و کادر پزشکی ایران دارند، یکی از عواملی است که می‌تواند منجر به موفقیت ایران در حوزه گردشگری سلامت و پزشکی شود، چرا که از دهه‌های قبل این تفکر در منطقه وجود داشته است که پزشکان ایرانی خدمات درمانی بهتری را ارائه می‌دهند با این وجود ایران از سیستم مناسبی برای جذب گردشگران خارجی در حوزه سلامت برخوردار نیست و شاید در کشور حتی دو بیمارستان نیز که به این شیوه تجهیز شده، وجود نداشته باشد (۱۷).

استان آذربایجان شرقی و منحصراً گلان شهر تبریز با دارا بودن امکانات تخصصی درمانی، مجاورت با کشورهای ترکیه، ارمنستان، ترکیه، عراق، دارا بودن بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی و امکانات و تجهیزات پیشرفته به عنوان یکی از قطب‌های گردشگری پزشکی است که از ظرفیت بسیار بالایی برخوردار است. لذا مهمترین عوامل جذب گردشگران پزشکی خارجی در کلانشهر تبریز، به ترتیب، مزایای اقتصادی و ارزان قیمت بودن خدمات پزشکی، اشتراکات فرهنگی، وجود متخصصین حاذق و تجهیزات مناسب مراکز درمانی در این شهر است (۱۸، ۱۹). هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی و امکان‌سنجی به منظور شناسایی مؤلفه‌های تأثیر گذار و پیشنهاد راه‌هایی برای توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های شهر تبریز اعم از نظامی و غیرنظامی می‌باشد تا از این طریق، موجبات توسعه گردشگری پزشکی را در بیمارستان‌های شهر تبریز فراهم گردد.

روش‌ها

این پژوهش کاربردی و ترکیبی در دو مرحله کمی و کیفی و تحلیلی انجام گرفت. جامعه مورد پژوهش در بخش کیفی صاحب‌نظران و متولیان حوزه گردشگری پزشکی و مسئولین مرتبط با گردشگری بیمارستان‌های شهر تبریز و گردشگران مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و در فاز کمی خبرگان حوزه گردشگری پزشکی بود. حجم نمونه در روش‌های کیفی مبتنی بر تحلیل محتوا متغیر بوده و با تکنیک گلوله برفی بر اساس اشباع تئوریک (عدم تغییر در کدهای اصلی و ایجاد کدهای جدید فرعی) ادامه یافت. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته به صورت رودرو و جداگانه استفاده شد. سؤالات اصلی (محوری) که بر مدل مفهومی اولیه ناشی از مطالعات ادبیات موضوع و مرحله مصاحبه آزمایشی (پایلوت) و دریافت نظرات دو نفر از خبرگان اصلاح و نهایی شده و در ادامه در اختیار بقیه مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت. مصاحبه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب موافقت و رضایت

سال بود. پس از پیاده سازی مصاحبه ها، پس از حذف هم پوشانی ها تعداد ۷۲ کد اولیه بدست آمد (جدول-۱). سپس کد های اولیه در قالب اهداف تحقیق بعنوان ۵ موضوع (تم) شامل کیفیت خدمات، هزینه، کادر پزشکی و درمانی، تجهیزات پزشکی و امکانات و تسهیلات رفاهی که هر موضوع نیز دارای چند زیر موضوع (ساب تم) طبقه بندی شدند (جدول-۲). سپس نتایج فاز کیفی برای تعیین اهمیت با استفاده از روش تصمیم گیری جمعی دیماتل در شش گام مورد بررسی قرار گرفت که برای نمونه نتایج گام های مربوط به موضوع کیفی ارائه گردید (جداول شماره ۳ تا ۸) در نهایت زیر موضوع هایی دارای با اهمیت بیشتر هر موضوع بر اساس گامهای ۶ گانه دیماتل بدست آمد (جدول-۹).

نتایج جدول-۸ نشان می دهد که در زیرموضوعات عامل کیفیت خدمات درمانی در توسعه گردشگری پزشکی بیمارستان های شهر تبریز به ترتیب اولویت، بخش IPD و اتاق های VIP، کاهش خطاهای پزشکی، استاندارد های اعتبار بخشی بین المللی، کاهش شاخص مرگ و میر، خدمات مبتنی بر کیفیت، اولویت ارائه خدمات می باشد که در نمودار-۱ نیز ارائه شده است.

غیرمستقیم، و در نهایت تعیین اهمیت هر یک از زیرمولفه ها که این کار با کمک نرم افزار MATLAB انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: در جمع آوری داده ها پژوهشگران با ارائه مجوز و هماهنگی های قبلی در محل پژوهش حضور یافته و با کسب موافقت و رضایت مشارکت کنندگان مصاحبه ها با دستگاه صوتی، ضبط گردید. افراد مشارکت دهنده در هر مرحله می توانستند همکاری خود را با پژوهشگر خاتمه دهند. مصاحبه ها با رعایت محرمانگی اطلاعات پیاده سازی شده و مورد تحلیل قرار گرفت. در ضمن مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مطرح و دارای کد اخلاق به شماره IR.BMSU.REC. 1396,665 می باشد.

نتایج

با توجه به داده های جمع آوری شده، مشارکت کنندگان شامل ۶ مرد و ۴ زن بودند که جوان ترین مشارکت کننده ۳۲ سال و مسن ترین مشارکت کننده ۵۳ سال سن داشتند همچنین از مجموع مشارکت کنندگان بیشترین سابقه خدمت ۲۲ سال و کمترین آن ۳

جدول-۱. کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه ها

ارتقای خدمات هتلینگ بیمارستان	امکانات و تسهیلات رفاهی	استفاده از جاذبه های گردشگری
امکانات ارتباطی	امکانات تفریحی	امکانات فیزیکی
برنامه های تفریحی	بهبود فضای بیمارستان	تأسیس سانتر گردشگری پزشکی
تدارک بسته پذیرایی گردشگری بیماران	تسهیل فرایند پذیرش بیماران	توسعه زیرساختهای فرهنگی، اقتصادی و رفاهی شهری
حمایت از شرکت های بخش خصوصی	داشتن برنامه جذب توریست	راه اندازی بخش IPD
راه اندازی هتل آپارتمان	راه اندازی وبسایت بیمارستان	استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA)
تجهیزات پزشکی به روز	تجهیزات پیشرفته	تجهیزات پزشکی مناسب و مقرون به صرفه بودن
ارتقای کیفیت تجهیزات پزشکی	اخذ هزینه معادل بیماران داخلی از بیماران	استفاده از علم بازاریابی در کاهش هزینه های گردشگری
اعتماد مالی بیماران	ایجاد بازار رقابتی	بسیج منابع
تناسب هزینه ها با خدمات ارائه شده	حذف واسطه ها	داشتن دیدگاه شفاف در هزینه کرد منابع مالی
شفافیت هزینه ها	شمشیر دبله توسعه گردشگری پزشکی	قیمت مناسب
نبود تعرفه مصوب	نظارت دولت	وجود قراردادهای مالی شفاف و قانونی
پرداخت گلوبال	اخلاق حرفه ای	ارائه خدمات توسط پزشکان مبتنی بر شرح وظایف
استاندارد ها	اعتبار پزشکان	به کار گیری پزشکان خارجی
تشخیص و درمان درست	تضمین درمان	تقویت مهارت های مکالمه انگلیسی
داشتن مهارت های ارتباطی و رفتاری	درک شرایط فرهنگی گردشگران پزشکی	دستور کتبی صحیح مصرف دارو
رعایت حقوق گیرندگان خدمت	صلاحیت حرفه ای	علاقه کادر درمان به حرفه خود
مهارت پرستار	مهارت پزشک	وجود پزشکان حاذق و ماهر
پاسخگویی	پیگیری مداوم	ارائه خدمات مبتنی بر کیفیت
اعتماد بیماران	اقدام سریع	اولین عامل توسعه گردشگری پزشکی
برخورد کارکنان	تسلط به زبان خارجی	درک فلسفه بهبود کیفیت
رعایت استانداردهای بین المللی	مهارت کادر درمانی	نحوه برخورد پرسنل با بیماران
هدفمند نمودن درمانی بیماران	کادر غیربالیینی مجرب	کاهش خطاهای پزشکی
کاهش شاخص مرگ و میر	کاهش میزان عفونت	کیفیت بالینی
کیفیت خدمات		

جدول-۲. موضوع و زیر موضوع های استخراج شده در خصوص امکان سنجی توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان های شهر تبریز

موضوع	زیر موضوع
کیفیت خدمات	۱. رعایت استانداردهای اعتباربخشی بین المللی
	۲. راه اندازی (اختصاص) بخش IPD و اتاق های VIP ویژه بیماران گردشگر
	۳. کاهش خطاهای پزشکی
	۴. کاهش شاخص مرگ و میر و میزان عفونت
	۵. ارائه خدمات مبتنی بر کیفیت
	۶. رعایت اولویت ارائه خدمات
هزینه	۱. دریافت هزینه با ارز مبدا بیمار
	۲. شفافیت هزینه ها
	۳. رعایت تعرفه مصوب
	۴. حذف واسطه ها
	۵. تناسب هزینه با قیمت رقابتی مبدا بیمار
کادر پزشکی و درمانی	۱. رعایت اخلاق حرفه ای
	۲. تقویت مهارت های مکالمه انگلیسی
	۳. داشتن مهارت ارتباطی و رفتاری
	۴. آشنایی با شرایط فرهنگی گردشگران
	۵. استفاده از پزشکان و کادر درمانی حاذق و معتبر
	۶. رعایت استاندارد حقوق گیرنده خدمت
تجهیزات پزشکی	۱. استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA)
	۲. استفاده از تجهیزات پزشکی به روز و پیشرفته
امکانات و تسهیلات رفاهی	۱. ارتقاء خدمات هتلینگ بیمارستان
	۲. راه اندازی هتل آپارتمان وابسته و در کنار بیمارستان
	۳. تسهیل فرایند پذیرش بیمار
	۴. راه اندازی سایت بیمارستان به زبان انگلیسی

جدول-۳. گام اول: ایجاد ماتریس ارتباط مستقیم

ماتریس	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	بخش IPD و اتاق VIP	کاهش خطاهای پزشکی	کاهش شاخص مرگ و میر	خدمات با کیفیت	اولویت ارائه خدمات	مجموع
استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	۰	۳	۳	۱	۰/۳۳	۰/۵	۷/۸۳
بخش IPD و اتاق های VIP	۰/۳۳	۰	۳	۲	۳	۰	۸/۳۳
کاهش خطاهای پزشکی	۰/۷۷	۰/۵	۰	۳	۲	۳	۹/۲۷
کاهش شاخص مرگ و میر	۳	۰/۳۳	۰/۵	۰	۳	۰/۵	۷/۳۳
خدمات مبتنی بر کیفیت	۳	۰/۳۳	۰/۵	۰/۳۳	۰	۳	۷/۱۶
اولویت ارائه خدمات	۲	۰	۰/۳۳	۲	۰/۳۳	۰	۴/۶۶

آلفا برابر است با ۰/۱۰۷۹

جدول-۴. گام دوم: نرمال سازی یا شدت نسبی روابط مستقیم

ماتریس نرمال (M)	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	بخش IPD و اتاق های VIP	کاهش خطاهای پزشکی	کاهش شاخص مرگ و میر	خدمات مبتنی بر کیفیت	اولویت ارائه خدمات
استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	۰	۰/۳۲۳۶	۰/۳۲۳۶	۰/۱۰۷۹	۰/۰۳۵۶	۰/۰۵۳۹
بخش IPD و اتاق های VIP	۰/۰۳۵۶	۰	۰/۳۲۳۶	۰/۲۱۵۰	۰/۳۲۳۶	۰
کاهش خطاهای پزشکی	۰/۰۸۳۱	۰/۰۵۳۹	۰	۰/۳۲۳۶	۰/۲۱۵۷	۰/۳۲۳۶
کاهش شاخص مرگ و میر	۰/۳۲۳۶	۰/۰۳۵۶	۰/۰۵۳۹	۰	۰/۳۲۳۶	۰/۰۵۳۹
خدمات مبتنی بر کیفیت	۰/۳۲۳۶	۰/۰۳۵۶	۰/۰۵۳۹	۰/۰۳۵۶	۰	۰/۳۲۳۶
اولویت ارائه خدمات	۰/۲۱۵۷	۰	۰/۰۳۲۶	۰/۲۱۵۷	۰/۰۳۵۶	۰

جدول-۵. گام سوم: ماتریس شدت ممکن (معکوس)

ماتریس معکوس	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	بخش IPD و اتاق های VIP	کاهش خطاهای پزشکی	کاهش شاخص مرگ و میر	خدمات مبتنی بر کیفیت	اولویت
۱/۷۳۴۹	۰/۶۶۳۵	۰/۸۱۲۳	۰/۷۸۵۲	۰/۷۴۴۵	۰/۶۶۲۴	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی
۰/۸۴۶	۱/۳۸۳۲	۰/۸۴۲۳	۰/۸۴۱۵	۰/۹۵۵۸	۰/۶۷۱۹	بخش IPD و اتاق های VIP
۰/۸۹۹۹	۰/۴۳۷۶	۱/۵۵۸۴	۰/۹۱۳۹	۰/۸۳۶۷	۰/۸۷۲۹	کاهش خطاهای پزشکی
۰/۹۶۰۷	۰/۴۲۷۶	۰/۵۹۸۴	۱/۵۴۷۳	۰/۸۲۳۶	۰/۵۹۵۵	کاهش شاخص مرگ و میر
۰/۸۸۳۱	۰/۳۸۸۵	۰/۵۴۸۵	۰/۵۶۸۴	۱/۴۸۵۷	۰/۷۳۶۶	خدمات مبتنی بر کیفیت
۰/۶۴۵	۰/۲۶۴۸	۰/۳۹۴۴	۰/۵۵۶	۰/۴۲۱	۱/۳۲۸۷	اولویت ارائه خدمات

جدول-۶. گام چهارم: ماتریس روابط کل یا شدت روابط مستقیم و غیر مستقیم

ماتریس روابط کل	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	بخش IPD و اتاق های VIP	کاهش خطاهای پزشکی (R)	کاهش شاخص مرگ و میر	خدمات مبتنی بر کیفیت	اولویت
۰/۷۳۴۹	۰/۶۶۳۵	۰/۸۱۲۳	۴/۴۷۲۹	۰/۷۸۵۲	۰/۷۴۴۵	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی
۰/۸۴۶	۰/۳۸۳۲	۰/۸۴۲۳	۴/۵۴۱۸	۰/۸۴۱۵	۰/۶۷۲۹	بخش IPD و اتاق های VIP
۰/۸۹۹۹	۰/۴۳۷۶	۰/۵۵۸۴	۴/۵۱۹۵	۰/۹۱۳۹	۰/۸۷۲۹	کاهش خطاهای پزشکی
۰/۹۶۰۷	۰/۴۲۷۶	۰/۵۹۸۴	۳/۹۵۳	۰/۵۷۷۳	۰/۵۹۵۵	کاهش شاخص مرگ و میر
۰/۸۸۳۱	۰/۳۸۸۵	۰/۵۴۸۵	۳/۶۱۰۷	۰/۵۶۸۴	۰/۷۳۶۶	خدمات مبتنی بر کیفیت
۰/۶۴۵	۰/۲۶۴۸	۰/۳۹۴۴	۲/۶۱	۰/۵۵۶	۰/۴۲۱	اولویت ارائه خدمات
۴/۹۶۹۶ (J)	۲/۵۶۵۲	۳/۸۲۴۳	۴/۲۱۲۴	۴/۲۶۷۳	۳/۸۶۹	ستونی (J)

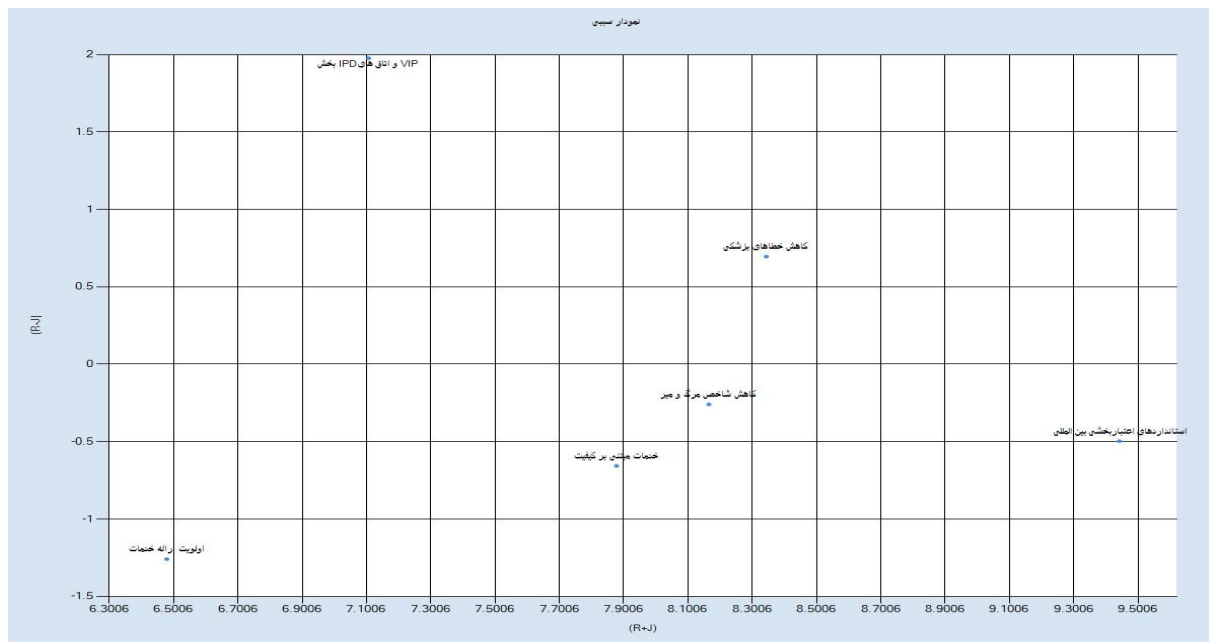
جدول-۷. گام پنجم: ماتریس شدت روابط غیر مستقیم

ماتریس شدت غیر مستقیم	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	بخش IPD و اتاق های VIP	کاهش خطاهای پزشکی	کاهش شاخص مرگ و میر	خدمات مبتنی بر کیفیت	اولویت
۰/۷۳۴۹	۰/۳۳۹۹	۰/۵۵۸۶	۰/۶۷۷۴	۰/۷۰۸۹	۰/۶۰۸۵	استانداردهای اعتباربخشی بین المللی
۰/۸۱۰۴	۰/۳۸۳۲	۰/۵۱۸۷	۰/۶۲۵۸	۰/۶۳۲۲	۰/۶۷۲۹	بخش IPD و اتاق های VIP
۰/۸۱۶۸	۰/۳۸۳۷	۰/۵۵۸۴	۰/۵۹۰۳	۰/۶۲۱	۰/۵۴۹۳	کاهش خطاهای پزشکی
۰/۶۳۷۱	۰/۳۹۲	۰/۵۴۴۴	۰/۵۴۷۳	۰/۵	۰/۵۴۱۵	کاهش شاخص مرگ و میر
۰/۵۵۴۹	۰/۳۵۲۹	۰/۴۹۴۶	۰/۵۳۲۸	۰/۴۸۵۷	۰/۴۱۳	خدمات مبتنی بر کیفیت
۰/۴۲۹۳	۰/۲۶۴۸	۰/۳۵۸۸	۰/۳۴۰۳	۰/۳۸۵۴	۰/۳۲۸۷	اولویت ارائه خدمات

جدول-۸. گام ششم: نتیجه نهایی اهمیت زیر موضوعات

نتیجه	R	J	R+J	R-J
بخش IPD و اتاق های VIP	۴/۵۴۱۸	۲/۵۶۵۲	۷/۱۰۷	۱/۹۷۶۶
کاهش خطاهای پزشکی	۴/۵۱۹۵	۳/۸۲۴۳	۸/۳۴۳۸	۰/۶۹۵۲
استانداردهای اعتباربخشی بین المللی	۴/۴۷۲۹	۴/۹۶۹۶	۹/۴۴۲۵	-۰/۴۹۶۸
کاهش شاخص مرگ و میر	۳/۹۵۳	۴/۲۱۲۴	۸/۱۶۵۴	-۰/۲۵۹۴
خدمات مبتنی بر کیفیت	۳/۶۱۰۷	۴/۲۶۷۳	۷/۸۷۸۱	-۰/۶۵۶۶
اولویت ارائه خدمات	۲/۶۱	۳/۸۶۹	۶/۴۷۹	-۱/۲۵۹

نمودار-۱. نتایج فاز کمی زیر موضوعات کیفیت خدمات درمانی با روش دیماتل و بر اساس گام های ۶ گانه محاسبه ماتریس



جدول-۹. ارائه زیر موضوعات با بیشترین امتیاز به تفکیک هر یک از عوامل ۵ گانه در توسعه گردشگری پزشکی

ردیف	عوامل ۵ گانه توسعه گردشگری پزشکی	زیر موضوعات با بیشترین امتیاز از نظر اهمیت
۱	کیفیت خدمات درمانی	بخش IPD و اتاق های VIP
۲	هزینه	تناسب هزینه با قیمت رقابتی مبدا بیمار
۳	کادر پزشکی	پزشکان و کادر درمانی حاذق
۴	تجهیزات پزشکی	استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA)
۵	تسهیلات و امکانات رفاهی	تسهیل فرایند پذیرش بیمار

بحث

مهمی در توسعه گردشگری پزشکی دارد. در مطالعه معبودی و همکاران که به این نتیجه رسیدند که کیفیت و تنوع خدمات پزشکی با توسعه گردشگری پزشکی رابطه بالایی دارد و همخوانی نشان می دهد (۲۰). در مطالعه Drinkert، به این نتیجه رسید که کیفیت درک شده از فاکتور های گردشگری پزشکی محسوس می باشد (۲۱).

در موضوع هزینه با زیرمؤلفه های از جمله دریافت هزینه با ارز مبدا بیمار، شفافیت هزینه ها، رعایت تعرفه مصوب، حذف واسطه ها و تناسب هزینه با قیمت رقابتی مبدا بیمار، مؤلفه تناسب هزینه با قیمت رقابتی مبدا بیمار بر اساس تصمیم گیری جمعی دیماتل از اهمیت خاصی برخوردار بود. در مطالعه رحیمی زارچی و همکاران هزینه (قیمت) خدمات پزشکی در انتخاب گردشگران به عنوان مقصد گردشگری پزشکی ارتباط معنادار دارد و هماهنگی نشان می دهد (۲۲). هرچند در مطالعه حاضر ما در بعد هزینه خدمات پزشکی به اهمیت زیر مؤلفه های آن نیز اشاره کرده ایم که وجه تمایز آن با سایر یافته ها است. در مطالعه گودرزی و همکاران، دریافتند که عامل قیمت با توسعه گردشگری پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد. هرچه قیمت افزایش یابد، توسعه گردشگری پزشکی با کاهش مواجه می شود (۲۳).

این مطالعه با هدف بررسی و امکان سنجی به منظور شناسایی مؤلفه های تأثیر گذار و پیشنهاد راه هایی برای توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان های نظامی و غیرنظامی شهر تبریز صورت گرفت. پس از مطالعه سه بیمارستان شهر تبریز شامل یک بیمارستان نظامی با فعالیت محدود و دو بیمارستان غیرنظامی با فعالیت نسبی، ۷۲ کد اولیه از مصاحبه ها بدست آمد که پس از ادغام کدهای اولیه، ۵ موضوع اصلی و ۲۳ زیر موضوع احصاء گردید، در نهایت زیر موضوع هایی دارای اهمیت بیشتر هر موضوع بر اساس گامهای ۶ گانه دیماتل بدست آمد که نتایج مطالعه نشان داد در مورد مؤلفه های مورد ارزیابی تفاوت قابل ذکری بین این مراکز ملاحظه نمی شود.

در موضوع کیفیت خدمات درمانی با زیرمؤلفه های از جمله وجود بخش IPD و اتاق های VIP، کاهش خطاهای پزشکی، استاندارد های اعتبار بخشی بین المللی، کاهش شاخص مرگ و میر، مؤلفه بخش IPD و اتاق های VIP بر اساس تصمیم گیری جمعی دیماتل از اهمیت خاصی برخوردار بود. در مطالعه بدیعی و همکاران اعلام گردید کیفیت در حوزه پزشکی و درمان، نقش

نتیجه گیری

با توجه به اهداف پژوهش توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان های نظامی و غیرنظامی شهر تبریز مستلزم توجه به راه اندازی بخش IPD و اتاق های VIP، تناسب هزینه با قیمت رقابتی مبدا بیمار، جذب و آموزش پزشکان و کادر درمانی حاذق، استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA) و تسهیل فرایند پذیرش بیمار جهت ارتقاء کیفیت خدمات و کسب و جذب گردشگر پزشکی می باشد. توسعه گردشگری پزشکی در کنار خدمات و تسهیلات و امکانات شهری، مستلزم عوامل درون بیمارستانی و در راس آنها کیفیت خدمات مناسب با استاندارد های بین المللی، خدمات رفاهی درون یا جنب بیمارستانی، تجهیزات به روز پزشکی و بخش ها و کارکنان آموزش دیده است. بعلاوه نقش مهارت ارتباط زبانی نیز بسیار قابل توجه است.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- داشتن برنامه جذب توریست درمانی خاص نظامیان در بیمارستان های نظامی بر اساس بیماری ها و خدمات اختصاصی
- اختصاص بخش ویژه برای بیماران توریست درمان در جهت رعایت اصول حفاظتی
- بکارگیری فناوری تله مدیسین در مراکز درمانی نظامی

تشکر و قدردانی: این مطالعه برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی بوده که توسط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله مورد حمایت مالی و معنوی قرار گرفته است. پژوهشگران از واحد پژوهش دانشکده بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله و نیز مدیران بیمارستان های مورد پژوهش در شهر تبریز که در انجام این مطالعه همکاری نمودند کمال تشکر را دارند.

نقش نویسندگان: ارائه ایده و طرح اولیه و تحلیل و تفسیر داده ها توسط ابراهیم نیا و بهادری انجام گرفت. جمع آوری داده ها و تکمیل پرسشنامه ها توسط فرح افزا انجام پذیرفت. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهمی بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

در موضوع کادر پزشکی با زیرمؤلفه های از جمله رعایت اخلاق حرفه ای، تقویت مهارت های مکالمه انگلیسی، داشتن مهارت ارتباطی و رفتاری، آشنایی با شرایط فرهنگی گردشگران، استفاده از پزشکان و کادر درمانی حاذق و معتبر و رعایت استاندارد حقوق گیرنده خدمت، مؤلفه پزشکان و کادر درمانی حاذق بر اساس تصمیم گیری جمعی دیماتل از اهمیت خاصی برخوردار بود. در مطالعه پیشمی و ورمزبار دریافتند که آوازه جراحان در قابلیت های پزشکی در رتبه اول، اعمال جراحی مختلف در رتبه دوم قابلیت های گردشگری پزشکی تبریز قرار دارد (۷). در تحقیق حاضر مهارت پزشکی از موضوعات با اهمیت اول در توسعه گردشگری پزشکی بدست آمد. در مطالعه نوری حکمت و همکاران داشتن مترجم می تواند موجب ارتقای آمادگی مراکز درمانی و توسعه بازار گردشگری پزشکی شود (۸). در مطالعه Wongkit و McKercher، به این نتیجه رسیدند که مهارت ارتباطی پرسنل که باعث رضایت گیرندگان خدمت می گردد، مزیت بزرگی برای جذب گردشگری پزشکی است (۲۴).

در موضوع تجهیزات پزشکی با زیرمؤلفه های از جمله استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA) و استفاده از تجهیزات پزشکی به روز و پیشرفته، مؤلفه استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت (HTA) بر اساس تصمیم گیری جمعی دیماتل از اهمیت خاصی برخوردار بود. در مطالعه پیشمی و ورمزبار، به این نتیجه رسیدند که تجهیزات و امکانات پزشکی بر توسعه گردشگری پزشکی تأثیر گذار است (۷). در مطالعه معبودی که به این نتیجه رسیدند که تجهیزات پزشکی امتیاز بالایی در توسعه گردشگری پزشکی دارد (۲۰). در مطالعه Wongkit و McKercher هم در نتایج خود به این نقطه رسیدند که ارائه دهندگان خدمات پزشکی به منظور افزایش توجه گردشگران پزشکی باید امکانات پزشکی خود را به یک استاندارد عالی جهانی ارتقاء دهند (۲۴).

در موضوع تسهیلات و امکانات رفاهی با زیرمؤلفه های از جمله ارتقاء خدمات هتلینگ بیمارستان، راه اندازی هتل آپارتمان وابسته و در کنار بیمارستان، تسهیل فرایند پذیرش بیمار و راه اندازی سایت بیمارستان به زبان انگلیسی، مؤلفه تسهیل فرایند پذیرش بیمار بر اساس تصمیم گیری جمعی دیماتل از اهمیت خاصی برخوردار بود. در مطالعه بدیعی و همکاران به این نتیجه رسیدند که زیرساخت ها مانند ارتباطات، نقش مؤثری بر گردشگری پزشکی دارد (۱۳). نوری حکمت و همکاران، دریافتند که آسپزخانه مجهز می تواند موجب ارتقای آمادگی مراکز درمانی و توسعه بازار گردشگری پزشکی شود (۸). گودرزی و همکاران در مطالعه خود دریافتند که عوامل امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات رابطه مثبت و مستقیم با توسعه گردشگری پزشکی دارند (۲۳).

در این پژوهش دسترسی به برخی مسئولین حوزه های بالادستی دشوار بود که پس از برنامه ریزی و گرفتن وقت قبلی در زمان مناسب برای هر کدام این مشکل حل شد.

منابع:

1. Heydari R. Basics of Tourism Tourism Planning: Samt; 2006. 284 p.
2. Garcia-Altes A. The development of health tourism services. *Annals of tourism research*. 2005;32(1):262-6. doi:10.1016/j.annals.2004.05.007
3. Harahsheh SS. Curative tourism in Jordan and its potential development. Bournemouth University, United Kingdom. 2002;3(1):45-78.
4. Keckley P, Underwood H. Medical tourism: update and implications. Washington, DC: Deloitte Centre for Health Solutions. 2008:91-040.
5. Cohen IGJCLR. Circumvention tourism. 2011;97: 1309.
6. Taghvaei M, Goodarzi M. Developing and prioritizing the formation of strategies in medical tourism (case study: Shiraz metropolis). 2016.
7. Bishmi B, Varmazyar A. Medical tourism capabilities in Iran and ranking the capabilities using analytical hierarchy process. *Heritage and Tourism Journal*. 2016; 1(2):93-108.
8. Noori Hekmat S, Jabbari A, Dehnavieh R, Mardani R. Readiness of hospitals to infare medical tourism industry: Isfahan city. *Health Information Management*. 2014; 11(4):506-516.
9. Deloitte L. Medical tourism: update and implications. Retrieved September. 2009; 29: 2014.
10. Moody M. Medical tourism: employers can save significant healthcare dollars by having employees seek overseas options. *Rough Notes*. 2007;150(11): 114-6.
11. Framarzi A. Health tourism in Iran. 2010:19 -21. doi:10.1016/j.foodcont.2009.03.013
12. Maleki S, Tavangar M. Analyzing health tourism challenges in Mashhad from the perspective of foreign patients. *Journal of Social Sciences (M. Torab Ahmadi, Trans.)*. 2016;36(2):103-14.
13. Badei F, Ebrahimi AB, Khani HD. Medical tourism development in golestan province; an assessment of identified solutions. *New Marketing Research Journal*. 2016;6(4):25-36.
14. Movahedi A. Study of the effective factor in non willingness for enterprising in tourism by private sector. Allame Tabatabaei University; 1995.
15. Moheb khodaei M. Mediators have raised the cost of health tourism in Iran. 2018.
16. Ebrahim Bay Salami Gh. Medical tourism is the highest paid tourism destination. 2018.
17. Sahney S, Banwet D, Karunes S. An integrated framework for quality in education: Application of quality function deployment, interpretive structural modelling and path analysis. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2006;17(2): 265-85. doi:10.1080/14783360500450376
18. Teymouri Z. Examining and Presenting Health Tourism Strategies Case Study: Foreign Medical Tourism of Metropolis, Tabriz: Zanjan; 2015.
19. Arabshahi A, Ariyanfar M. Health tourism and tourism development; reviewing the potential and capabilities of Iran in health tourism and medical-curative tourism. *Geographical Journal of Tourism Space*. 2014; 3(9):133-152.
20. Mabodi M, Hakimi H. The determinants of medical tourism; Iran's case study. *Tourism planning and development*. 2015;15(4):80-106. fa.
21. Drinkert A. Medical tourism: a post-travel study measuring the impact of push & pull factors on the perceived quality of the medical tourism experince: California State Polytechnic University, Pomona; 2015.
22. RahimiZarchi MK, Shafaghat T, Hatam N. Shiraz medical tourism industry: development strategies. *Management Strategies in Health System*. 2017;2(2): 88-95.
23. Goodarzi M, Taghvaei M, Zangiabadi A. Investigation and Evaluation of the impacting Factors on the Development of Medical Tourism in Shiraz Megalopolis. *Tourism Management Studies*. 2014;8 (23): 1-25. doi:10.5296/emsd.v3i1.4876
24. Wongkit M, McKercher B. Desired attributes of medical treatment and medical service providers: A case study of medical tourism in Thailand. *Journal of Travel & Tourism Marketing*. 2016;33(1):14-27. doi:10.1080/10548408.2015.1024911