

## شناسایی الزامات سیاستگذاری گردشگری پزشکی در ایران

### طیبه نیک رفتار<sup>۱</sup>

استادیار گروه کسب و کار دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران

### الهه حسینی

کارشناسی ارشد کارآفرینی دانشگاه تهران

### عاطفه مقدم

کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی دانشگاه شیراز

(تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۸ - تاریخ تصویب: ۹۵/۳/۳۰)

### چکیده

گردشگری پزشکی زمانی اتفاق می افتد که افراد تصمیم می گیرند با هدف اولیه درمان های پزشکی به آن سوی مرزها سفر کنند. در سال های اخیر بیماران از کشورهای دیگر با هدف درمان با هزینه کمتر و کیفیت بالاتر نسبت به کشور خود، عازم سفر می شوند. شناسایی عوامل موثر در تصمیم گیری گردشگر پزشکی برای انتخاب کشور مقصد، از عوامل مهم در جهت سرمایه گذاری در این صنعت رو به رشد است که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته شده است. نتایج پژوهش نشان داد که عوامل مقرررات، ارائه خدمات و منابع انسانی به ترتیب برانتخاب ایران به عنوان کشور مقصد توسط گردشگران پزشکی تاثیر مثبت و معناداری دارد. بر مبنای نتایج پژوهش پیشنهاد می گردد سیاستگذاری های لازم جهت ارتقا کیفیت ارائه خدمات به گردشگران پزشکی در سطح بین المللی صورت گیرد و مراکز درمانی استانهای بین المللی را در ارائه خدمت رعایت نمایند.

**واژگان کلیدی:** گردشگری پزشکی، سیاستگذاری، نظام سلامت، دیدگاه گردشگران، کشور مقصد

---

<sup>۱</sup>nikraftar@ut.ac.ir (نویسنده مسئول)

## مقدمه

گردشگری یکی از پویاترین و سریع ترین صنایع در حال رشد در جهان است. سازمان ملل متحد این صنعت را به عنوان یکی از ابزارهای اصلی توسعه اقتصادی، اشتغال و منبعی برای کسب درآمد بالاتر به رسمیت شناخته است. در کشورهای توسعه یافته، گردشگری باعث تنوع درآمدها و کاهش عدم انسجام در اقتصاد می شود این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه، این صنعت فرصتی برای صادرات با شیوه ای سریع تر از روش های سنتی است (Izadi et al., 2013). صنعت جهانگردی و گردشگری با اهداف متنوعی مانند بازدید از منابع طبیعی، جاذبه های تاریخی و آثار باستانی، به دست آوردن سلامت جسمی و روحی انجام می گردد (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۱).

سفر با هدف سلامت، پزشکی و دارویی به سومری ها، یونانی ها و تمدن های قبل از آن بر می گردد که برخی از افراد برای استفاده از چشمه های آبگرم، حمام در آبهای معدنی و به طور کلی برای استراحت و تجدید قوا مسافرت می کردند (Altin et al., 2011). در گذشته بیماران ثروتمند از کشورهای در حال توسعه برای استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی با کیفیت بالا به کشورهای توسعه یافته سفر می کردند. این در حالی است که امروزه، بیماران کمتر مرفه از کشورهای توسعه یافته برای استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی با کیفیت بالا و قیمت مناسب، به کشورهای به اصطلاح "جهان سوم" سفر می کنند (Herrick, 2007). توجه علمی و آکادمیک به این نوع از سفر در اوایل دهه ۱۹۸۰ صورت گرفت. عبارت «گردشگری سلامت»<sup>۱</sup> توسط گودریچ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۷ مطرح شد و سپس در دانشگاه های امریکا و انگلستان شروع به گسترش یافت (Goodrich, 1994).

یک تعریف واحد و مشخص برای مفهوم گردشگری سلامت وجود ندارد و تعاریف متفاوتی برای آن ارائه شده است. ودریچ و گودریچ (۱۹۸۷) آن را اینگونه تعریف کرده اند: "تلاش برای جذب گردشگر توسط مراکز گردشگری از طریق ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی و سلامت و امکانات مربوط به آن، علاوه بر خدمات معمول گردشگری. این خدمات و مراقب های سلامت می تواند شامل معاینات پزشکی توسط پزشکان و پرستاران واجد شرایط در محل اقامت آنان و یا هتل ها، رژیم غذایی مخصوص، طب سوزنی، تزریق ترانس

1 - Health Tourism

2 -Goodrich

حیاتی<sup>۱</sup>، مصرف ویتامین<sup>۲</sup>، درمان های پزشکی ویژه برای بیماری های مختلف از جمله آرتروز<sup>۳</sup> آرتروز<sup>۳</sup> باشد" (Koncul, 2012)

امروزه گردشگری سلامت از رو به رشدترین بخش های صنعت گردشگری در جهان است. سرمایه گذاری در صنعت پزشکی راهی برای افزایش تولید ناخالص داخلی، بهبود خدمات، تولید ارز خارجی، ایجاد توازن مطلوب تر در تجارت و گردشگری است. بسیاری از کشورها، فرصت های کسب و کار حاصل از سفرهای پزشکی، بخصوص از زمانی که با صنعت گردشگری ترکیب شده است را به رسمیت شناخته اند. برای مثال، در سال ۲۰۰۵، کشورهای هند، مالزی، سنگاپور و تایلند بیش از ۲ میلیون مسافر پزشکی را جذب کردند. در حال حاضر کشورهای سنگاپور، هند، تایلند، برونی، کوبا، هنگ کنگ، مجارستان، اسرائیل، اردن، لتوانی، مالزی، فیلیپین و امارات متحده عربی به عنوان مقاصد اصلی مراقبت های پزشکی ظهور کرده اند. بسیاری از کشورهای دیگر از جمله کلمبیا، آرژانتین، بولیوی، کاستاریکا، مکزیک، و ترکیه نیز در تلاش اند تا با ایجاد زیر ساخت ها خود را به عنوان مقصد های مراقبت های پزشکی به خصوص برای عمل جراحی زیبایی معرفی کنند. با این حال، در حال حاضر، آسیا مرکز گردشگری پزشکی می باشد (Heung et al., 2010).

دولت جمهوری اسلامی ایران در سال های اخیر و تحت تحریم های اقتصادی کشور، باید به تبادل تکنولوژی با توجه به شایستگی خود در گردشگری پزشکی از جمله خدمات پزشکی با کیفیت بالا و هزینه پایین بپردازد. ایران باید از توانایی های خود در صنعت مراقبت های سلامت برای بهره مندی از مزایای گردشگری پزشکی استفاده کند. ایران در حال حاضر در علم پزشکی مانند سلول های بنیادی و ترمیم ضایعات نخاعی جز کشورهای برتر جهان می باشد. همچنین در زمینه های ناباروری، مباحث رادیولوژی تهاجمی، کلیه و کبد قادر به رقابت با کشورهای پیشرفته جهان است. ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی مقرون به صرفه در بین کشورهای در حال توسعه و حتی کشورهای منطقه یک مزیت رقابتی به شمار می آید. علاوه بر آن کیفیت و درصد موفقیت عمل های جراحی در کشور، در سطحی رقابتی با کشورهای ناحیه و رقیب قرار دارد (ضرغامی، شالبافیان، ۱۳۸۹).

وزیر بهداشت (۱۳۹۳) روز پنجم مهر، به مناسبت روز گردشگری بیان کرد درآمدزایی گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۰ حدود ۴۰ میلیارد دلار بوده که در سال ۲۰۱۲ به ۱۰۰ میلیارد افزایش یافت. در آن سال ایران با کسب درآمدی حدود ۳۵۰ میلیون دلار تنها ۰/۳۵ درصد از این درآمد سرشار را نصیب خود کرد و رتبه پنجاه و سوم را در میان کشورهای مختلف کسب

1 - trans-vital injections  
2 - vitamin complex intakes  
3 - Arthritis

نمود. این در حالی است که هزینه‌های درمان در کشور ما پایین‌تر از بسیاری کشورها و حتی کشورهای منطقه می‌باش (خبرگزاری مهر، ۱۳۹۳).

کشورهای دیگر سال‌هاست که برای استفاده از درآمدهای کلان و مزایای بی‌شمار صنعت گردشگری برنامه ریزی‌های منظم و دقیقی را انجام داده و به تبلیغات گسترده در سطح جهانی پرداخته‌اند. به دلیل وجود بازار رقابتی جذب گردشگر پزشکی ضرورت توجه به این کمبود در ایران احساس می‌شود. مسئولین باید توجه داشته باشند در صورتی که در زمان مناسب به موضوع گردشگری پزشکی که تأثیرات چشمگیری در رونق اقتصادی کشور و اشتغالزایی دارد، نپردازند به دلیل اشباع شدن بازار توسط رقبا ورود به آن در سال‌ها بعد بسیار سخت، هزینه‌بر و حتی غیرممکن خواهد شد. به همین دلیل در این مقاله اثرات ۵ عامل حکومت، تحویل خدمات، تأمین منابع مالی، منابع انسانی و مقررات بر روی گردشگری پزشکی که یکی از زیرشاخه‌های گردشگری سلامت است، سنجیده می‌شود و اولویت‌های سیاستگذاری برای نظام سلامت جهت ارتقا گردشگری در این بخش تعیین می‌گردد.

## ادبیات پژوهش

کاررا و بریج (۲۰۰۶) گردشگری سلامت را با عنوان سفری می‌دانند که جهت ابقا و نگهداری شرایط سلامت فیزیکی و روانی فرد به طور منظمی طراحی شده است.

ابراهیم زاده و همکاران (۲۰۱۳) گردشگری سلامت را به سه دسته زیر تقسیم کردند:

گردشگری تندرستی<sup>۱</sup>: 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 را گردشگری تندرستی گویند. بیماران دوره نقاهت خود را در این مناطق و با بهره‌مندی از امکانات طبیعی و با نظارت درمانگران سرعت می‌بخشند.

گردشگری درمانی<sup>۲</sup>: سفر با هدف استفاده از منابع طبیعی (آب معدنی، نمک، گل و غیره) برای درمان برخی بیماری‌ها یا گذراندن دوره بهبود تحت نظارت و مداخله یک درمانگر را گردشگری درمانی گویند.

گردشگری پزشکی<sup>۳</sup>: نوع دیگری از گردشگری سلامت است که این سفر با هدف درمان فیزیکی و انجام یک نوع عمل جراحی تحت نظارت درمانگران در بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی انجام می‌شود.

1 - Wellness Tourism

2 - Curative Tourism

3 - Medical Tourism

گردشگری پزشکی ارائه خدمات پزشکی اثر بخش (کیفیت بالا و ارزان) با همکاری خدمات گردشگری برای بیمارانی که به عمل های جراحی و دیگر خدمات تخصصی نیاز دارند، است. گردشگری به عنوان ابزاری تسهیل کننده است که بدان وسیله خریداران، عرضه کنندگان خدمات پزشکی را شناسایی کرده، به آن مقاصد سفر می کنند. تعطیلات را در آنجا می گذرانند و خدمات پزشکی را دریافت می دارد (Awadzi & Panda, 2006)

بوکمن (۲۰۰۷) گردشگری پزشکی را ارتباطی بین عرصه گردشگری و پزشکی می داند: فعالیتی است اقتصادی که تجارت خدمات را در برداشته و معرف پیوند حداقل دو بخش با هم می باشد: پزشکی و گردشگری.

### مروری بر پژوهش های پیشین

گردشگری پزشکی موضوع جدیدی در کشور است و مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است. نتایج این مطالعات به طور خلاصه در زیر شرح داده شده است:

ایزدی و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی نقاط قوت و ضعف گردشگری پزشکی ایران پرداختند. نقاط قوت عبارتند از: پزشکان متخصص، تکنولوژی های روز پزشکی و مناطق درمان طبیعی برای جذب گردشگران سلامت. محققین هماهنگی ضعیف در میان سازمان های مسئول برای گردشگری پزشکی و برنامه ریزی نامناسب را به عنوان نقاط ضعف نام بردند.

ابوالحسینی و همکاران (۱۳۹۱) بیان می کنند که از دیدگاه گردشگران پزشکی و ارائه کنندگان خدمات پزشکی، عملکرد عوامل مرتبط با گردشگری پزشکی در استان تهران متناسب با اهمیت آن ها نمی باشد. این دو گروه ضمن آنکه عملکرد بیمارستان ها را از نظر کیفیت، تنوع و هزینه خدمات و تجهیزات پزشکی، مناسب دانسته اند، اما اقدامات اساسی در راستای جذب گردشگر پزشکی، در سطح کلان به ویژه در ارتباط با اعتباربخشی بین المللی بیمارستان ها را ضعیف قلمداد کرده اند. در نهایت لزوم تمرکز بر کشور امارات متحده عربی، به عنوان بازار بالقوه گردشگری پزشکی مطرح می گردد.

مروتی شریف آبادی و اسدی اردکانی (۱۳۹۳) بیان می کنند که به روز بودن اطلاعات کادر بیمارستان و مرتبط بودن تخصص پزشکان با وظایف آن ها، اساسی ترین عوامل در مدل توسعه گردشگری پزشکی است. این مهم از طریق سرمایه گذاری در تجهیز و به روز کردن بیمارستان ها و توسعه ی مهارت کادر بیمارستان مقدور خواهد بود.

دلگشایی و همکاران (۱۳۹۱) اشاره می کنند که ایران در زمینه زیرساخت های پایه و درمانی، حمایت های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی، مشارکت و هماهنگی بین بخشی در سطح کلان و عملیاتی، داشتن مراکز ارایه دهنده خدمات سلامت با

اعتبار بین المللی، ترفیع و بازاریابی منسجم با چالش هایی روبروست. نتیجه این که، اگر ایران قصد دارد در بازار گردشگری پزشکی سهم مناسبی داشته باشد، باید در جهت رفع این چالش ها اقدام نماید.

ویلداریچ و بارون فوست (۲۰۱۴)، مطالعه ای را در آرژانتین انجام دادند نتایج پژوهش آنها نشان داد که بازاریابی اینترنتی این کشور را قطبی برای جراحی های زیبایی قرار داده است. زرق و برق این کشور و راحتی رزرو آنلاین و ساکنان آن، بئونس آیرس را قطبی برای گردشگری پزشکی غربی ها کرده است.

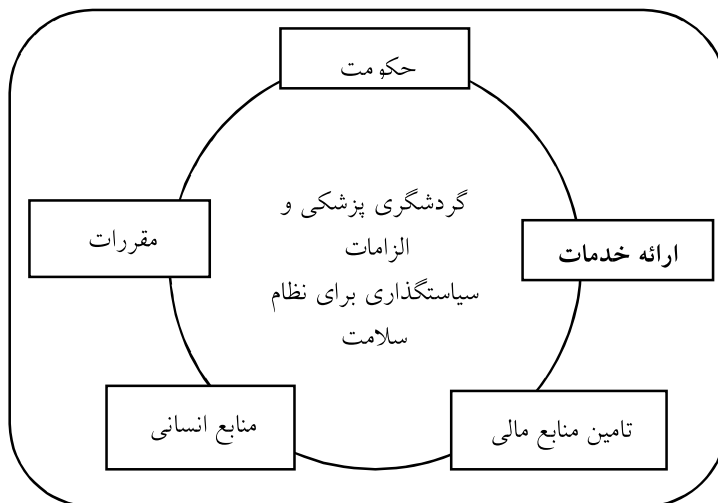
هان و هیود (۲۰۱۵)، ۳۰۹ گردشگر پزشکی در کره مورد مطالعه قرار دادند، نتایج پژوهش نشان داد که رضایت گردشگران، اعتماد به کادر درمانی و کیفیت خدمات ادراک شده اثر مثبتی بر انتخاب کره به عنوان کشور مقصد برای درمان دارد.

ویتینو و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که عامل کلیدی مهم بر بازار گردشگری سلامت، رقابت قیمتی استراحتگاه های ارزان قیمت در روسیه است.

پوکوک و هنگ فوآ (۲۰۱۱) مدل مفهومی برای گردشگری پزشکی ارائه داده اند و مزایا و معایب وجود گردشگری پزشکی در کشورهای جنوب شرقی آسیا را برشمرده اند. این مدل براساس عملکرد سیستم های سلامت دارای ۵ عامل حکومت، تحویل خدمات، تأمین منابع مالی، منابع انسانی و مقررات است. این مدل مبنای طراحی مدل مفهومی پژوهش حاضر قرار گرفته است که در ادامه به تشریح آن پرداخته شده است.

### الزامات سیاستگذاری برای نظام سلامت

برای سیاستگذاری در گردشگری پزشکی باید عوامل موثر بر توسعه این صنعت در کشور شناسایی و اولویت گذاری شود. با توجه به آنچه تاکنون راجع به تعریف مفاهیم و نیز تحقیقات انجام گرفته ذکر شد، خلا چنین بررسی در میان پژوهش های انجام شده احساس می شود. بنابراین می توان گفت که موضوع مورد نظر محققین، موضوعی جدید است. مدل مفهومی این پژوهش که در شکل ۱ نشان داده شده است، دارای ۵ عامل حکومت، تحویل، تأمین منابع مالی، منابع انسانی و مقررات می باشد.



شکل ۱- چارجوب نظری تحقیق توسط پژوهشگران برای گردشگری پزشکی و الزامات سیاستگذاری برای نظام سلامت بر پایه مدل پوکوک و هونگ فوا (Pocock & Hong Phua, 2011).

متغیرهای مرتبط با هر یک از عوامل موجود در مدل مفهومی عبارتند از:

- حکومت: تعداد و محتوای تعهدات بخش بهداشت و درمان (GATs)، تعداد و اندازه کمیته‌ها و آژانس‌های دولتی گردشگری پزشکی، در دسترس بودن ویزای گردشگری پزشکی. برای سنجش این متغیر در پرسشنامه از ۲۰ گزاره استفاده شده است که شامل فراهم بودن شرایط آسان برای اخذ ویزا گردشگری سلامت، وجود آژانس‌های گردشگری سلامت، مکفی بودن اطلاع‌رسانی مربوط به گردشگری سلامت در رسانه‌های مختلف و ... می‌باشد.
- ارائه خدمات: تعداد بیمارستان‌ها در بخش دولتی و خصوصی (برای درمان بیماران خارجی، بهره‌مندی افراد داخلی و خارجی از خدمات بهداشتی و درمانی (بستری شدن در بیمارستان‌ها) است. جهت سنجش این متغیر در پرسشنامه از ۱۱ گزاره شامل نوآوری فناوریانه در سطح مطلوب، به روز رسانی اطلاعات کادر بیمارستان، رضایتمندی از مهارت کادر بیمارستان در انجام امور محوله و ... استفاده شده است.
- تأمین مالی: شامل درآمد گردشگران پزشکی، نوع پرداخت گردشگران پزشکی (هزینه خدمات و بیمه، سطح پرداخت توسط ذینفع (علاوه بر بیمه))، سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش بهداشت و درمان است. این متغیر با ۱۵ گزاره شامل سهولت پرداخت هزینه‌های درمانی، نزدیکی فاصله محل اقامت به مرکز درمانی، مطلوبیت قیمت‌ها و هزینه‌های درمانی و ... سنجیده شده است.

- منابع انسانی: شامل نسبت تعداد پزشک و پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر بیمار، نسبت متخصصان در بخش های دولتی و خصوصی، تعداد متخصصان برای درمان بیماران خارجی است. متغیر منابع انسانی با ۱۰ گزاره شامل توانایی پزشکان در برقراری ارتباط مناسب با بیماران، ارتباط موثر پزشکان و واسطه‌ها با محیط خارج از کشور، اعتماد متقاضیان به پزشکان ایرانی و ... سنجیده شد.
  - مقررات: شامل استاندارد بین المللی بیمارستان‌ها است. مقررات با ۱۳ گزاره شامل به روز بودن امکانات تجهیزات و دستگاههای بیمارستان، احداث و راه اندازی بیمارستان مطابق با استانداردهای بین المللی، معتبر شناختن بیمارستان توسط سازمان بین المللی استاندارد و ... سنجیده شد.
- با توجه به مدل مفهومی مورد بررسی، پژوهش حاضر سوالات زیر را بررسی می نماید.
- ۱- حکومت بر انتخاب کشور مقصد به منظور گردشگری پزشکی چه تاثیری دارد؟
  - ۲- تحویل بر انتخاب کشور مقصد به منظور گردشگری پزشکی چه تاثیری دارد؟
  - ۳- منابع انسانی بر انتخاب کشور مقصد به منظور گردشگری پزشکی چه تاثیری دارد؟
  - ۴- تامین منابع مالی بر انتخاب کشور مقصد به منظور گردشگری پزشکی چه تاثیری دارد؟
  - ۵- مقررات بر انتخاب کشور مقصد به منظور گردشگری پزشکی چه تاثیری دارد؟

## روش شناسی

این پژوهش از نظر ماهیت و روش توصیفی - همبستگی و از نظر هدف، کاربردی می باشد. به منظور ارزیابی روابط میان متغیرهای مدل مفهومی، داده‌ها بصورت کمی و با استفاده از پرسشنامه گردآوری شده اند. پرسشنامه براساس مرور ادبیات پژوهش طراحی گردید. برای ارزیابی پایایی<sup>۱</sup> گزاره‌های پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ<sup>۲</sup> و شاخص پایایی ترکیبی<sup>۳</sup> (CR) استفاده شده است. برای ارزیابی روایی<sup>۴</sup> پرسشنامه نیز دو معیار روایی همگرا<sup>۵</sup> (شخص AVE) و روایی واگرا<sup>۶</sup> (جذر AVE) بکار گرفته شده است.

---

1- Reliability  
 2- Cronbach Alpha  
 3- Composite Reliability  
 4- Validity  
 5- Convergent Validity  
 6- Average Variance Extracted  
 7- Discriminant Validity



در بخش تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار *SPSS* برای تحلیل‌های توصیفی داده‌ها و از نرم‌افزار *Smart PLS* (روش مدل‌سازی معادلات ساختاری<sup>۱</sup>) برای بررسی روابط متغیرهای مطرحه در فرضیات و آزمون مدل نهایی پژوهش استفاده شده است.

پرسشنامه مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها شامل ۶۰ گزاره است. گزینه‌های پرسشنامه برای پاسخگویی از نوع مقیاس لیکرت پنج‌گانه (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. بخش اول پرسشنامه مربوط به داده‌های جمعیت شناختی و بخش دوم در رابطه با متغیرهای اصلی تحقیق می‌باشد. روایی محتوای پرسشنامه براساس نظر خبرگان تعیین شده است. ضرایب آلفای کرونباخ همه متغیرهای مکنون از آستانه ۰/۷ بالاتر است، بنابراین پرسش‌نامه پژوهش پایایی لازم را دارد.

جامعه آماری تحقیق، کلیه گردشگرانی است که به منظور دریافت خدمات پزشکی در طی ۶ ماه دوم سال ۹۴ وارد شهر شیراز شده‌اند. با توجه به اینکه حجم جامعه معین نیست، ابتدا یک مطالعه مقدماتی با توزیع پرسشنامه بین ۲۰ نفر از گردشگران پزشکی انجام شد و با برآورد واریانس نمونه اولیه در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه محاسبه گردید (۹۶ نفر) که از این تعداد ۸۷ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پرسشنامه در میان گردشگرانی پزشکی که به شهر شیراز مراجعه کرده بودند توزیع گردید.

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بررسی‌ها نشان می‌دهد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی همه سازه‌ها بیشتر از حداقل قابل قبول یعنی ۰/۷ می‌باشد؛ لذا سازه‌های این مطالعه به گونه‌ای مطلوب دارای پایایی می‌باشند.

جدول ۱- آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی

سازه	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی
حکومت	۰/۹۷	۰/۹۸
تحویل	۰/۹۸	۰/۹۸
منابع انسانی	۰/۹۴	۰/۹۵
قوانین و مقررات	۰/۹۶	۰/۹۷
منابع مالی	۰/۸۳	۰/۸۷
انتخاب کشور مقصد	۰/۹۶	۰/۹۵

1- Partial Least Squares

2- Structural Equation Modeling

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بررسی معیار *AVE* که بیانگر میانگین واریانس استخراج شده می‌باشد، نشان می‌دهد که تمامی سازه دارای مقدار بالاتر از حداقل قابل قبول یعنی ۰/۵ می‌باشند (Fornell & Larcker, 1981)، لذا سازه های این مطالعه به گونه ای مطلوب دارای روایی همگرا می‌باشند.

جدول ۲- مقدار *AVE* سازه های تحقیق

سازه	حکومت	ارائه خدمت	منابع انسانی	قوانین و مقررات	تامین مالی	انتخاب کشور مقصد
AVG	۰/۸۶	۰/۸۹	۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۸۴	۰/۸۵

بر اساس نظریه فورنل و لارکر (۱۹۸۱) در بررسی روایی واگرای سازه‌ها، جذر میانگین واریانس استخراج شده (*AVE*) برای هر سازه با ضرایب همبستگی بین سازه‌ها مقایسه می‌شود. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اعداد پررنگ که در قطر اصلی جدول قرار دارند عبارتند از جذر میانگین واریانس استخراج شده می‌باشند. بررسی هر یک از این ارزش‌ها برای هر سازه در مقایسه با همبستگی بین سازه مذکور با سایر سازه‌ها نشان می‌دهد که جذر میانگین واریانس استخراج شده (*AVE*)، برای تمامی سازه‌ها بالاتر از همبستگی بین سازه مربوطه با سایر سازه‌ها می‌باشد. لذا تمامی سازه‌ها از نظر روایی واگرا دارای اعتبار مناسب می‌باشند.

جدول ۳- ماتریس سنجش روایی واگرا

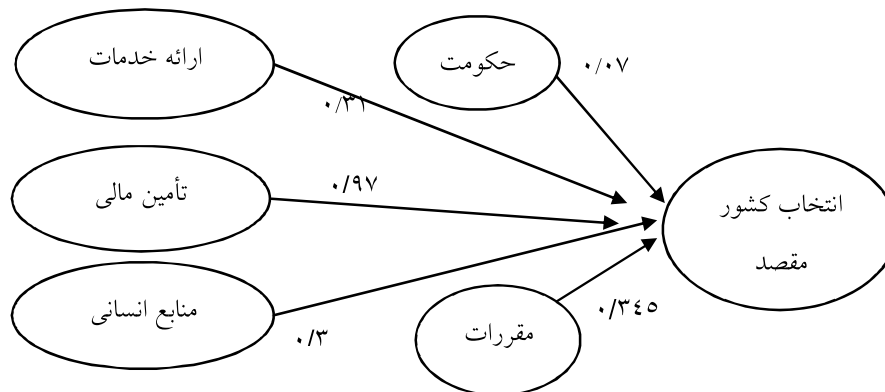
سازه	حکومت	تحویل	منابع انسانی	قوانین و مقررات	منابع مالی	انتخاب کشور مقصد
حکومت	۰/۹۴۳					
تحویل	۰/۹۲۲	۰/۹۴۴				
منابع انسانی	۰/۹۰۹	۰/۸۹۸	۰/۹۱۱			
قوانین و مقررات	۰/۹۲۱	۰/۹۱۴	۰/۹۱۰	۰/۹۲۷		
منابع مالی	۰/۹۱۳	۰/۹۷۱	۰/۹۰۷	۰/۹۲۳	۰/۹۰۵	
انتخاب کشور مقصد	۰/۹۳۱	۰/۹۲۲	۰/۹۱۷	۰/۹۱۲	۰/۹۲۵	۰/۹۳۲

## تحلیل نتایج

مشخصات جمعیت شناختی پاسخ دهندگان بدین شرح است، از لحاظ جنسیت ۶۷ درصد مرد و ۳۳ درصد زن بودند؛ از لحاظ میزان تحصیلات ۵۵ درصد لیسانس، ۲۱ درصد فوق لیسانس، ۱۴ درصد دیپلم و ۱۰ درصد زیر دیپلم بودند، از لحاظ تابعیت ۵۷ درصد تابعیت ایرانی، ۴۳ درصد تابعیت غیر ایرانی و از منظر کشور مبدا ۴۹ درصد حوزه خلیج فارس، ۳۶ درصد آسیای شرقی، ۱۰ درصد اروپا و ۵ درصد آمریکا بودند.

در این مرحله از تحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری، استفاده شده است. مدل یابی معادلات ساختاری، مدلی آماری برای بررسی روابط بین متغیرهای مکنون (مشاهده نشده) و متغیرهای آشکار (مشاهده شده) است. در این پژوهش نرم افزار *Smart PLS* بکار گرفته شده است. در ابتدا مدل اولیه با تمام جزئیات رسم گردید. سپس ضرایب بارهای عاملی تمامی اجزا بررسی شده تا در سنجش برازش مدل های اندازه گیری مورد استفاده قرار گیرند. طبق بررسی‌ها، ضرایب بارهای عاملی تمامی سوالات و روابط بالاتر از حداقل قابل قبول یعنی ۰/۴ بود (Hulland, 1999) که این مساله حاکی از مناسب بودن معیارها است. در مرحله دوم، به برازش مدل ساختاری پژوهش و بررسی متغیرهای مکنون (سازه‌ها) همراه با روابط میان آن‌ها پرداخته می‌شود. بدین منظور از اولین و اساسی ترین معیار، یعنی ضریب  $Z$  یا همان مقدار  $T$  *values* استفاده شده است. همانگونه که در شکل ۲ و جدول ۴ مشاهده می‌شود، ضریب  $T$  مربوط به چهار رابطه از پنج رابطه موجود در مدل، بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد؛ که این مساله بیانگر صحت و معناداری رابطه بین سازه‌ها بوده و در نتیجه نشان از تایید فرضیه های دو، سه و چهار پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد و رد فرضیه های یک و پنج را دارد. در گام بعدی، جهت مشخص کردن میزان تاثیر متغیرهای برون زا بر متغیرهای درون زا، به بررسی ضرایب استاندارد شده بار عاملی مربوط به مسیرهای هر یک از فرضیه‌ها پرداختیم. این ضرایب بیانگر این است که تغییرات متغیرهای وابسته تا چه میزان (درصد) توسط متغیرهای مستقل مطرح شده در مدل تبیین می‌شود. این میزان تاثیر نیز در شکل ۲ و جدول ۴ قابل مشاهده می‌باشد. همانگونه که در جدول ۴ نشان داده شده است، ضریب مسیر مقررات ۰/۳۴ است که نشان می‌دهد تامین منابع مالی ۳۴ درصد از تصمیم گیری گردشگران پزشکی برای مراجعه به ایران را تحت تاثیر قرار می‌دهد بعد از آن به ترتیب متغیر ارائه خدمات و منابع انسانی قرار دارد که هر یک از این متغیرها تقریباً ۳۰ درصد تصمیم گیری گردشگران برای حضور در ایران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بطور کلی نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که به غیر از فرضیه اول و پنجم سایر فرضیات مورد پذیرش قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مقررات نقش مهمی در انتخاب کشور مقصد توسط گردشگران پزشکی دارد. لذا رعایت استانداردهای لازم در بیمارستان‌ها و ارائه خدمات ضروری به نظر می‌رسد. دلگشایی و همکاری (۱۳۹۱) نیز اقدامات اساسی در راستای جذب گردشگر پزشکی، در سطح کلان به ویژه در ارتباط با اعتباربخشی بین المللی بیمارستان‌ها را ضعیف قلمداد کرده اند. از میان عوامل اشاره شده ارائه خدمات در درجه دوم اهمیت قرار دارد. دلگشایی و همکاری (۱۳۹۱) اشاره می‌کنند که ایران در زمینه زیرساخت های پایه و درمانی، حمایت های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی، مشارکت و هماهنگی بین بخشی در سطح کلان و عملیاتی، داشتن مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با اعتبار بین المللی، ترفیع و بازاریابی منسجم با چالش هایی روبروست. سایر محققین نیز کیفیت زیرساخت‌ها را به عنوان یکی از مهمترین عوامل در توسعه گردشگری پزشکی می‌دانند (کشاورز و همکاران (۱۳۹۱)؛ فانی خوی (۲۰۱۴) و فرهادی (۱۳۹۰)). نتایج پژوهش مارتین و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان می‌دهد تبلیغات و اطلاع رسانی به موقع و به روز اهمیت فراوانی در موفقیت جذب گردشگران خارجی دارد. کراک و همکاران (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که کشورها جهت موفقیت در زمینه گردشگری بایستی فعالیت های اطلاع رسانی خود را توسعه دهند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که منابع انسانی و کیفیت کادر پزشکی در جذب گردشگر پزشکی اهمیت دارد و ۳۰ درصد از جذب گردشگران پزشکی را متاثر می‌سازد. هان و هیود (۲۰۱۵)، بیان می‌کنند که رضایت گردشگران، اعتماد به کادر درمانی و کیفیت خدمات ادراک شده اثر مثبتی بر انتخاب کشور مقصد دارد.



شکل ۲- مدل تحلیل مسیر.

جدول ۴- نتایج بررسی مسیرهای مدل با روش معادلات ساختاری

ردیف	مسیر	ضرایب تاثیر	مقدار- <i>T</i> <i>value</i>	آزمون
۱	حکومت-انتخاب کشور مقصد	۰/۰۷	۰/۹۷۹	رد فرضیه
۲	ارائه خدمات- انتخاب کشور مقصد	۰/۳۱	۳/۹۲	تایید فرضیه
۳	منابع انسانی- انتخاب کشور مقصد	۰/۳	۱/۹۹	تایید فرضیه
۴	مقررات- انتخاب کشور مقصد	۰/۳۴۵	۳/۲۷	تایید فرضیه
۵	تامین منابع مالی- انتخاب کشور مقصد	۰/۹۷	۱/۴۷۵	رد فرضیه

### توصیه های سیاستی

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می گردد که سیاستگذاری های لازم جهت ارتقا کیفیت ارائه خدمات به گردشگران پزشکی در سطح بین المللی صورت گیرد و مراکز درمانی استانداردهای بین المللی را در ارائه خدمت رعایت نمایند (استاندارد اعتباربخشی بیمارستان ها (JCI). بدین منظور تکنیک های درمانی نوین به منظور خروج از روش های سنتی مراقبت از بیمار به کاربرده شود و بیماران و ورای روش های قدیمی مراقبت های بهداشتی درمانی را دریافت نمایند. در مراکز درمانی که گردشگر پزشکی جذب می نمایند بایستی یک واحد تخصصی برای پذیرش این افراد ایجاد گردد. نحوه پذیرش و اجرای مراحل درمانی این گردشگران مشخص گردد و اقدامات لازم برای تهیه پکیج درمانی صورت پذیرد. در این مراکز بایستی فرایند پذیرش و ارائه خدمات به بیمار مشخص گردد. گردشگر در هنگام پذیرش در مرکز درمانی، بیمه گردشگری سلامت داشته باشد. پیشنهاد می گردد قوانین دست و پاگیری که از فعالیت کارآفرینان به صورت رسمی در این حوزه جلوگیری می کند و واسطه ها و دلال ها را فعال تر می نماید، حذف گردد. دولت در زمینه ارائه تسهیلات از قبیل ارائه وام های کم بهره و زمین جهت ساخت و ساز مراکز درمانی و تجهیز آن مطابق استانداردهای بین المللی برای جذب گردشگران پزشکی حمایت لازم را به عمل آورد. پیشنهاد می گردد زمینه لازم برای

حضور پزشکان متخصص و مجرب در بخش گردشگر پزشکی فراهم شود. در این زمینه بایستی دوره های مهارتی آموزش گردشگری پزشکی با هدف ارتقا مهارت های علمی، عملی و ارتباطی پرسنل درمانی (پزشکان، پرستاران، و کارشناسان بیمارستان و پزشکان مسئول فنی شرکت ها و دفاتر خدمات مسافرتی) در جهت ارائه خدمات با کیفیت به گردشگران سلامت، طراحی گردد.

تعیین نهادهای متولی برای سیاستگذاری در گردشگری پزشکی به عنوان یک اولویت مهم در راس برنامه دولت قرار گیرد. سازماندهی کلیه امور یکپارچه و تحت نظارت نهاد متولی این امر انجام شود. هرگونه موازی کاری و چندگانگی در مراکز تصمیم گیری در حوزه گردشگری پزشکی بایستی حذف گردد. در این راستا نقش و حدود اختیارات و وظایف هر یک از دستگاههای دولتی صرفا در حوزه سیاستگذاری، نظارت و آموزش مشخص شود.

دولت بایستی پیگیری نماید که پذیرش بیماران صرفا از طریق مراکز درمانی مجاز در ارائه خدمات گردشگری پزشکی (دارای دپارتمان پذیرش بیماران) بین المللی صورت پذیرد. همچنین بایستی هزینه های درمان گردشگری پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان های دارای مجوز، مطابق با استانداردها و رعایت قوانین و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سازمان نظام پزشکی باشد.

مراکز اطلاع رسانی به منظور جذب گردشگر پزشکی ایجاد گردد همچنین در این مراکز مشاوره ها و راهنمایی های بهداشتی و درمانی قبل و بعد از دریافت خدمات ارائه گردد. هر یک از مراکز بهداشتی که گردشگر پزشکی جذب می نمایند، بایستی سامانه ای را جهت ثبت خلاصه پرونده بیمار و مراحل درمان وی ایجاد نمایند تا در صورتی که فرد به دنبال ادامه درمان در کشورش یا سایر کشورها باشد امکان انتقال پرونده وجود داشته باشد ضمن اینکه از این طریق آمار دقیقی از گردشگران و نحوه درمان آنها ایجاد می گردد. همچنین این مراکز بایستی به تنظیم برنامه ای برای پیگیری بیمار در کشور مبدا بپردازند.

برای رضایت گردشگران خارجی، وزارت بهداشت بایستی سامانه ای را برای پیگیری و رسیدگی به شکایات گردشگران پزشکی در مورد قصور احتمالی در مراحل درمان راه اندازی نماید.

این پژوهش در یک محدود زمانی و مکانی خاص انجام گرفته است که جز محدودیت های آن به حساب می آید. لذا پیشنهاد می گردد پژوهش های آتی عوامل دیگری را که بر جذب گردشگری پزشکی تاثیر دارد را در سایر شهرهایی که قطب گردشگری پزشکی هستند مطالعه کند و نتایج آن مقایسه گردد. همچنین با توجه به اینکه اکثر گردشگران پزشکی مراجعه کننده به شهر شیراز مربوط به کشورهای حوزه خلیج فارس هستند، پیشنهاد می گردد پژوهش

های آتی گردشگران پزشکی سایر کشورهای همسایه نظیر حاشیه دریای خزر که ایران را به عنوان مقصد انتخاب می کنند تکرار گردد، تا نتایج دقیق تری حاصل شود.

## منابع

### الف) فارسی

- ۱- ابوالحسنی، نازنین، رواقی، حمید، دلگشایی، بهرام. (۱۳۹۱). ارزیابی اهمیت عملکرد گردشگری پزشکی در استان تهران از دیدگاه گردشگران پزشکی و ارائه کنندگان خدمات پزشکی. فصلنامه بیمارستان، دوره ۱، شماره ۱۱: ۶۳-۷۲.
- ۲- ایزدی، مرتضی، ایوبیان، علی، نصیری، طه، جنیدی، نعمت الله، فاضل، مزگان و حسینپور فرد، محمد جواد. (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید. مجله طب نظامی دوره ۱۴، شماره ۲: ۶۹-۷۵.
- ۳- دلگشایی، بهرام، جباری، علیرضا، فرزین، محمدرضا، شعرافچی، نسرين و طیبی، سیدجمال الدین. (۱۳۹۱). وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران. فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره دوم: ۱۷۱-۱۷۹.
- ۴- فرهادی، فد. (۱۳۹۰). عوامل موثر در توسعه صنعت توریسم سلامت از دیدگاه مدیران و متخصصین سلامت در تهران. دانشگاه اصفهان، دانشکده آموزش مجازی مدیریت
- ۵- ضرغامی بروجنی، ح، شالبافیان، ع.الف. (۱۳۸۹). کاربرد مدل SWOT در تحلیل گردشگری پزشکی: مطالعه موردی جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه علمی پژوهشی میراث و گردشگری.
- ۶- کشاورز، حمید، جباری فر، سید ابراهیم، حسن پور کبری. (۱۳۹۱). (بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی و زیرساخت های مؤثر بر توسعه گردشگری دندان پزشکی در شهر اصفهان. مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان، دوره ۸، شماره ۷: ۶۸۴-۶۹۴.
- ۷- مروتی شریف آبادی، علی، اسدیان اردکانی، فائزه. (۱۳۹۳). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری در استان یزد. مدیریت سلامت، دوره ۱۷، شماره ۵۵: ۷۳-۸۸.

### ب) انگلیسی

- 8- Altin ,M; Singal M, & Kara, D.(2011). *Consumer Decision Components for Medical Tourism: A Stakeholder Approach.*
- 9- Awadzi, Winston & Panda, Dandeson. (2006). *Medical tourism: globalization and the marketing of medical services. Consortium Journal of Hospitality & Tourism, 11(1): 75-81.*
- 10- Bookman, M., & Bookman, K.(2007). *Medical Tourism in Developing Countries. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hants, UK.*
- 11- Carrera, PM & Bridges, JF. (2006). *Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. Expert Rev Pharmacoeconomics and Outcomes Res, 6(4):447-54*
- 12- Ebrahimzadeh I, Sakharvar 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.*
- 13- Fani Khiavi R.(2014). *Health tourism development strategies in Ardabil. Int J travel glob health , 2(2): 65-67.*
- 14- Fornell, C.R., Larcker D.F.(1981). *Structural equation models with unobservable variables and measurement. Social Science & Medicine, 58(11) 2145-2148.*
- 15- Goodrich, N.J. (1994). *Health tourism: A new positioning Strategy for tourist destination ,Book:Global tourist behavior, Published by International Business Press USA, Muza ffer Uysal.*
- 16- Han, H & Hyun, S.S.(2015). *Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. Tourism Management, 46(February):20-29.*
- 17- Herrick D.(2007). *Medical Tourism: Global Competition in Health Care [Thesis]. Texas: Univ.*

- 18- Hulland, J. (1999). *Use of partial least squares (PLS) in strategic management research studies*. *Strategic Management Journal*, 20(2): 195-204.
- 19- Heung, V., Kucukusta, D., & Song, H.(2010). *A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research*. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3): 236-251.
- 21- Izadi, M, Saadat, H, Ayoubian, A, HashemiDehaghi, 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.
- 22- Koncul, N. (2012). *Wellness: a new mode of tourism*. *Ekonomika Istraživanja*, 25(2): 525- 534.
- 23- Pocock, N.S & Hong Phua, K.(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(12): 1-12.
- 24- Viladrich, A & Baron-Faust, R.(2014). *Medical tourism in tango paradise: The internet branding of cosmetic surgery in Argentina*. *Annals of Tourism Research*, 45(March): 116-131.
- 25- Vétitnev, A, Kopyirin, A & Kiseleva, A.(2015). *System dynamics modelling and forecasting health tourism demand: the case of Russian resorts*. *Current Issues in Tourism*, 19(17): 618-623.
- 26- [www.mehrnews.com/news/2379611/](http://www.mehrnews.com/news/2379611/)