



## The Medical Tourism Index (MTI) Ranking of Provinces of Iran

Mohammadreza Rezvani <sup>1</sup>, Ali Faridi Masouleh <sup>1\*</sup>

1. Professor, Department of Human Geography, Faculty of Geography, University of Tehran, Tehran, Iran

2. MSc in Geography and Tourism Planning, Department of Human Geography, Faculty of Geography, University of Tehran, Tehran, Iran

Received: 2020/08/26 | Accepted: 2020/11/08 | Published: 2020/11/30

### Abstract

Medical tourism is a novel phenomenon and has the least disadvantages and greatest benefits especially for Iran which has great potential in this matter. This study evaluated potential of provinces of I.R.Iran as a capable destination in medical tourism. Morris's Balanced Index method, which is one of the most practical and at the same time simplest methods, and the medical tourism method (MTI) were used to rank different aspects of human development. However, for reasons such as the non-cooperation of some officials and the inclusion of some variables, out of 34 variables, only 11 were evaluated, but the main body of work was not seriously damaged. Results showed that considering the first factor, level of 'Khuzestan', 'East Azarbaijan' and 'Ardebil' were graded from one to three; moreover, considering the second factor we noticed that 'Kermanshah', 'Khouzestan and 'Mazandaran' were ranked from one to three. Furthermore, the third factor demonstrated that 'Ilam', 'Qom' and 'Gilan' were leveled from one to three. The fourth factor also showed that 'Tehran', 'Razavi Khorasan' and 'Gilan' were classified as one to three. According to the results, out of 31 provinces of the country, 10 provinces are prone to medical tourism, were 'Tehran', 'Gilan', 'Khuzestan', 'Khorasan', 'Ilam', 'Kermanshah', 'Markazi', 'Sistan and Baluchestan', 'Golestan' and 'Qom' respectively.

**Keywords:** Medical tourism, Medical tourism index (MTI), Iran

Copyright © 2020. This open-access journal is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.



Rezvani M, Faridi Masouleh A. (2020). The Medical Tourism Index (MTI) Ranking of Provinces of Iran. *Tourism Research*, 1(4), 40-61

**Corresponding Author:** Ali Faridi Masouleh, Human Geography Department, Faculty of Geography, University of Tehran, Tehran, Iran. **Email:** [alifaridi7@gmail.com](mailto:alifaridi7@gmail.com)



## سطح‌بندی استان‌های کشور براساس شاخص گردشگری پزشکی (MTI) به‌منظور توسعه گردشگری پزشکی

محمد رضا رضوانی<sup>۱</sup>، علی فریدی ماسوله<sup>۲\*</sup>

۱- استاد تمام، گروه جغرافیا انسانی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی گردشگری، گروه جغرافیای انسانی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۵ | پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۸ | انتشار: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

### چکیده

گردشگری پزشکی با کمترین مضرات و بیشترین منافع و با وجود ظرفیت‌های بالقوه سرشار در ایران، پدیده جدیدی قلمداد می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی بنیادین استان‌های مستعد در منطقه مطالعاتی در حوزه گردشگری پزشکی است. روش شاخص ناموزون موريس یکی از کاربردی‌ترین و درعین‌حال ساده‌ترین روش‌ها برای رتبه‌بندی از جنبه‌های مختلف توسعه انسانی است که استفاده شده است. علاوه بر آن، شاخص گردشگری پزشکی که دارای عوامل جامع‌ومانع است که از میان ۴۳ متغیر آن، به دلیل محدودیت‌های مختلف، همکاری نکردن برخی مسئولان و شمول بیشتر برخی متغیرها فقط ۱۱ متغیر ارزیابی شد اما به بدنه اصلی کار صدمه حیاتی وارد نشد. نتایج موجود در عامل اول نشان داد که خوزستان، آذربایجان شرقی و اردبیل از نظر «محیط کشور» و خوزستان، کرمانشاه و مازندران از نظر «مقصد گردشگری» و ایلام، قم و گیلان از نظر «هزینه‌های گردشگری پزشکی» و نهایتاً -عامل چهارم که البته عامل تعیین‌کننده‌ای است- استان‌های تهران، خراسان رضوی و گیلان از نظر «تسهیلات و خدمات پزشکی» حائز رتبه‌های یک تا سه شدند. براساس نتایج، از میان ۱۳ استان کشور، ۰۱ استان مستعد در حوزه گردشگری پزشکی، به ترتیب، استان‌های تهران، خوزستان، گیلان، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی، کرمانشاه، اردبیل، فارس و ایلام است.

واژه‌های کلیدی: گردشگری پزشکی، شاخص گردشگری پزشکی (MTI)، ایران

کپی‌رایت © فصلنامه پژوهش گردشگری: دسترسی آزاد؛ کپی‌برداری، توزیع و نشر با ذکر منبع آزاد است.

رضوانی محمد رضا، فریدی ماسوله علی (۱۳۹۹). سطح‌بندی استان‌های کشور براساس شاخص گردشگری پزشکی (MTI) به‌منظور توسعه گردشگری پزشکی. پژوهش گردشگری، (۴)، ۶۱-۴۰



\* نویسنده مسئول: علی فریدی ماسوله، دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی گردشگری، گروه جغرافیای انسانی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: alifaridi7@gmail.com

## ۱. مقدمه

دیلت<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) تخمین زده است که حدود ۶ میلیون نفر در گردشگری پزشکی مشغول به کار شدند که استنتاج می‌شود در سال، این صنعت ۱۰۰ میلیارد دلار درآمد دارد» (Fetscherin & Stephano, 2016, P. 540). ارزش این صنعت در جهان رو به فزونی است. «اگرچه برآورد حجم مالی این صنعت در سراسر جهان در منابع مختلف متفاوت است اما تمام این برآوردها حاکی از رشد سریع بازار گردشگری پزشکی است» (شالبافیان، ۱۳۹۴، ص. ۱۲۴).

«اگر ضعف تاریخی بورژوازی در شکل‌گیری سرمایه‌داری دولتی در ایران نقش داشته، نفت در تداوم و تحکیم پایه‌های آن، بسیار مؤثر بوده است. در میان پارامترهای اقتصادی، نفت نقش بسیار بارزی در شکل‌گیری و گسترش یک اقتصاد دولتی در ایران داشته است.» (لطفی، سلطانی و اقبالی، ۱۳۸۷، ص. ۹۴) در پژوهش افشاری، شیرین‌بخش و بهشتی «پایداری سیاست مالی در ایران براساس معیارهای مختلف مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد که براساس معیارهای مختلف و مدل تجربی مورد استفاده، سیاست مالی در ایران ناپایدار است. این بدان مفهوم بوده که دولت‌مردان ایران از انرژی و منبع خدادادی نفت در جهت حذف کسری بودجه و بدهی‌های دولت استفاده مطلوب نکرده‌اند. عدم پایداری سیاست مالی در کشور که با نتایج مطالعات سایر محققان در این زمینه مانند Kia (2008) و Pourmoghim (2005) سازگار بوده، بیان‌کننده این موضوع مهم است که ادامه سیاست‌های مالی کنونی دولت نمی‌تواند پایداری بلندمدت مالی را برای کشور به ارمغان آورد و بنابراین، تغییر سیاست‌های مالی دولت در شرایط کنونی ضروری به نظر می‌رسد.» طبق نتیجه مهرگان و سلمانی «براساس توابع احتمال انتقالات و ویژگی‌های رژیم، نوسانات قیمتی نفت

گان<sup>۱</sup> (۲۰۰۲، ۹) معتقد است «حرکت انسان‌ها یک ویژگی ذاتی است که هزاران سال در طول تاریخ به وسیله انسان‌ها انجام شده است»؛ «جهانگردی [به تعبیر پاپلی و سقای (۱۳۹۳) گردشگری] بزرگ‌ترین و پررونق‌ترین صنعت جهان است» (مایکل‌هال و جنکینز، ۱۹۹۵، ص. ۱۱) و «تحقق گردشگری مستلزم فاصله‌گرفتن از محیط معمول زندگی است» (ضیایی و تراب‌احمدی، ۱۳۹۱، ص. ۹۵). «براساس گزارش "سازمان جهانی گردشگری"<sup>۲</sup> طی شش دهه اخیر، گردشگری، دارای رشدی پیوسته بوده و امروزه یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های اقتصادی است که دارای بیشترین نرخ رشد در بین سایر بخش‌ها است» (ایمانی خوشخو و علی‌زاده ۱۳۹۲، ص. ۲). عیسی‌زاده و قدسی (۱۳۹۱، ص. ۱۵۲) عنوان می‌کنند که «این صنعت به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین صنایع اشتغال‌زا برای بیش از ۲۱۰ میلیون نفر در جهان شغل ایجاد کرده است (۷/۶ درصد اشتغال جهانی)» (ص. ۱۵۲).

یکی از مهم‌ترین دلایل سفر، بهبود وضع جسمی و روحی بوده است. برخی از سفرها ارتباط مستقیمی با ناراحتی‌های جسمی داشته است و افراد برای درمان ناراحتی‌های جسمی خود، مجبور به قبول سفر می‌شدند که این نوع از گردشگری را امروزه به شکل عام، گردشگری سلامت و به شکل خاص آن، گردشگری پزشکی می‌نامند. گردشگری پزشکی پدیده جدیدی در جهان و همچنین ایران نیست (Tourani et al., 2010, P. 252؛ دلگشایی و همکاران، ۱۳۹۱، ص. ۱۷۲). «شاخص گردشگری پزشکی جذابیت یک کشور را به‌عنوان یک مقصد گردشگری پزشکی در شرایط فضای کلی کشور؛ هزینه‌های بهداشت و درمان و جذابیت گردشگری و کیفیت امکانات و خدمات پزشکی اندازه‌گیری می‌کند.» (Fetscherin & Stephano, 2016, P. 540) «شرکت

1 Gunn

2 World Tourism Organization (UNWTO)

صادرات غیرنفتی) برنامه چهارم توسعه و بند بیست‌ونهم سیاست‌های کلی و بند «ز» ماده هشتم برنامه پنجم توسعه کشور بر عدم وابستگی به فروش نفت تأکید شده است اما اقدام عملی جدی کمتر صورت گرفته است. از این رو اهمیت این مطالعات نیز برای هموار کردن این مسیر بی‌شک از بدیهیات است.

شاخص گردشگری پزشکی (MTI) با ۴ عامل متفاوت مؤثر در گردشگری پزشکی (کشور، گردشگری، هزینه‌های پزشکی، تجهیزات و خدمات پزشکی) به ما ثابت کرده است که غیر از تسهیلات و تجهیزات پزشکی، عوامل دیگری نیز بر شکل‌گیری مقصد گردشگری پزشکی مؤثر است. حال سؤال اصلی پژوهش اینجاست که هر یک از استان‌های کشور ایران در چه سطحی از امکانات و عوامل محیا جهت توسعه گردشگری پزشکی قرار دارند و کجا هنوز از نبود امکانات لازم رنج می‌برد؟ سطح‌بندی سکونتگاهی<sup>۱</sup> اصطلاحی است که «سطح‌بندی سکونتگاه‌ها به‌منظور تعیین جایگاه هر سکونتگاه از نظر دسترسی به انواع خدمات، میزان رفاه و توسعه نسبی و نیز شناخت دامنه نفوذ آن در ارائه خدمات به سایر سکونتگاه‌ها صورت می‌گیرد.» (سعیدی و همکاران، ۱۳۸۷، ص. ۴۶۰) بنابراین، مهم‌ترین اقدام این پژوهش سنجش شاخص گردشگری پزشکی است که از نظر جغرافیایی سطح‌بندی استانی نام دارد.

یونانی‌ها از اولین جوامعی بودند که ماهیت گردشگری را همانند شناختی که ما امروزه از این صنعت داریم درک کردند و به نوشتن درباره گردشگری پرداختند (ضرغام بروجنی و بذرافشان، ۱۳۹۲، ص. ۵۳) اما گردشگری سلامت تاریخچه‌ای طولانی دارد و احتمالاً به ظهور بشر برمی‌گردد. فارغ از تفاوت گردشگری سلامت و گردشگری پزشکی که در بخش تعاریف و مفاهیم بحث خواهد شد، گردشگری پزشکی پدیده‌ای جدیدتر است و تاریخچه‌ای نسبتاً طولانی ندارد.

یکی از علل رشد پایین اقتصادی در ایران است و با وجود نوسانات قیمتی نفت، دستیابی برای رشد پایدار اقتصادی برای اقتصاد ایران بسیار مشکل است. در مقابل، یکی از علل عدم دستیابی اقتصاد ژاپن به وضعیت رشد اقتصادی بالا، وجود نوسانات قیمتی نفت است. به‌رحال اقتصاد ژاپن با این شرایط نیز قادر به حفظ و تداوم وضعیت رشد اقتصادی متوسط خود است. به عبارتی باوجود نوسانات قیمتی نفت، اقتصاد ژاپن قادر است فرایند رشد پایدار اقتصادی را تا مرحله وضعیت رشد اقتصادی متوسط پیش ببرد. به‌طوری‌که براساس توابع احتمال انتقالات در وضعیت رشد اقتصادی متوسط حتی باوجود نوسانات قیمتی نفت احتمال بازگشت دوباره اقتصاد ژاپن به وضعیت رشد اقتصادی پایین بسیار ناچیز است. مسلماً کارایی بالای انرژی در ژاپن و اتخاذ سیاست‌های مناسب در زمینه انرژی توسط دولت ژاپن دلیل این نتایج هستند. به‌عنوان یک نتیجه کلی نوسانات قیمتی نفت به‌اندازه‌ای که رشد اقتصادی ایران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مانع از دستیابی آن به رشد پایدار اقتصادی می‌شود، اقتصاد ژاپن را متأثر نمی‌کنند.» (۱۳۹۳، ص. ۱۶-۱۷). «اقتصاد تک‌محصولی ایران که فقط بر پایه فروش نفت استوار است، کشور را با مشکلات فراوانی روبه‌رو کرده است و همواره با بالا و پایین شدن قیمت نفت ضربه‌های زیادی بر پیکره اقتصاد کشور وارد می‌شود؛ بنابراین ایران برای حل مشکلات ناشی از وابستگی به درآمدهای ارزی صادرات نفت لازم است سرمایه‌گذاری جهت تولید و صدور آن دسته از محصولات و خدماتی که می‌تواند موجب ایجاد درآمدهای ارزی شود، انجام شود.» (جباری و همکاران، ۱۳۹۱، ص. ۲) در غالب برنامه‌های پنج‌ساله توسعه کشور از جمله هدف چهارم در زیر بخش تجارت خارجی و صادرات بخش تصویر کلان برنامه اول توسعه، بند نهم (۹) خط‌مشی‌های اساسی برنامه دوم توسعه، تبصره «ط» ماده هفتادویکم برنامه سوم توسعه، ماده سی‌وسوم و ماده صدوهفده (پیرامون بحث تشکیل شورای عالی توسعه

1 Settlement Leveling

جدول ۱. روند تاریخی رشد صنعت گردشگری سلامت (منبع: سلمانی ۱۳۹۲، ص. ۱۶)

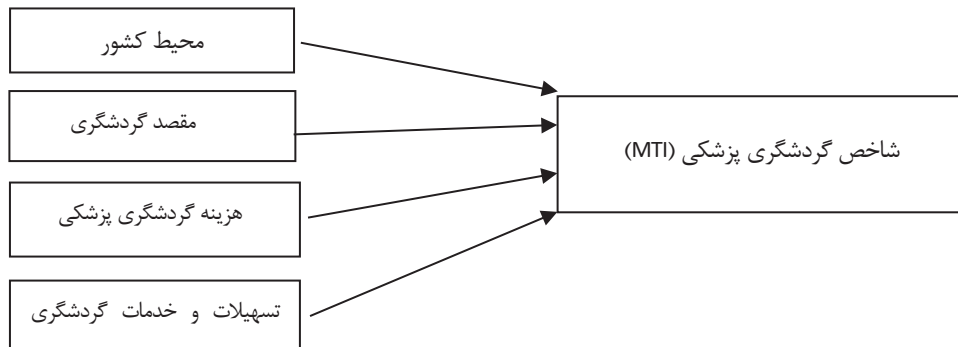
دوره تاریخی	گردشگری سلامت
دوره بعد از عصر سنگ و دوران عصر برنز	بازدید از چشمه‌های گرم معدنی
قرون وسطی	بازدید از چشمه‌های دمایی
قرن ۱۶ میلادی	رواج بازدید از چشمه‌های جوانی
قرن ۱۷-۱۸ میلادی	رواج بازدید از اسپاها
قرن ۱۹ میلادی	بازدید از آب‌وهوای کنار دریا و کوهستان‌ها مصادف با شیوع سل در جهان بود
قرن ۲۰ میلادی	تشکیل مزارع سلامت و یا چاقی که در این مکان‌ها با استفاده از تمرینات بدنی و رژیم غذایی سعی می‌شود تناسب‌اندام افراد حفظ شود
سال ۱۹۹۱ میلادی	تشکیل انجمن‌های بین‌المللی اسپا / بیمارستان‌ها به سمت ایجاد اسپاها و اسپاها به سمت
در زمان حاضر	ایجاد بیمارستان‌ها سوق پیدا کردند.

توسعه‌یافته را «جریان شمال» این نوع از گردشگری بنامیم و آن‌ها را به رسمیت بشناسیم و به مطالعه آن‌ها بپردازیم.

در زمینه رقابت‌پذیری مقصد مورد مطالعه، یعنی ایران، در منطقه یا در مواردی در سطح جهانی موارد متعددی را می‌توان ذکر کرد. پیشرفت در حوزه پزشکی، آموزشی، نانوداروها، انواع پیوندها به‌خصوص پیوند کبد که از انواع پیچیده پیوند است، انواع و حجم بسیار در جراحی‌های زیبایی، حوزه سرطان، چشم‌پزشکی، قلب و غیره از موارد کلی در حوزه رقابت‌پذیری مقصد است که برخی رتبه‌های برتر در خاورمیانه و حتی جهان را دارند. نزدیکی به بازارهای بالقوه، به‌خصوص بازار اعراب که بسیاری از کشورها در خارج از منطقه، مانند هند، اروپا، چین، ایالات متحده و غیره بر آن متمرکز هستند و سرمایه‌گذاری می‌کنند نیز از موارد پراهمیت است؛ بنابراین تمام این ویژگی‌های متمایز بر اهمیت سطح‌بندی و برنامه‌ریزی توسعه تأکید می‌ورزند.

مطالعات پیرامون گردشگری پزشکی محدود است و از این پژوهش‌ها نمی‌توانیم راهبردی بنیان بنهیم اما پژوهش‌ها در این زمینه رو به افزایش است. «شاخص گردشگری پزشکی» از شاخص‌های مطرح اولیه در زمینه گردشگری پزشکی است که در سال ۲۰۱۶ توسط Stephano و Fetscherin مطرح شد و چهار عامل و ۳۴ متغیر دارد (شکل ۱).

در گذشته افراد مختلفی برای درمان به مناطق دیگر سفر می‌کردند و تعداد معدودی مراکز درمانی و بیمارستان به این حوزه مربوط بود اما «امروزه صدها بیمارستان و درمانگاه و بیش از سی کشور مختلف وجود دارد که آن را ترویج می‌کنند» (Saadatnia & Mehregan, 2014, P. 156). «از قرن هجدهم تا قرن بیستم، اغلب بیماران ثروتمند از کشورهای در حال توسعه به مراکز پزشکی اروپا و ایالات متحده برای درمان پزشکی سفر می‌کردند. در اواخر قرن بیستم، این روند تغییر کرد و به‌صورت قابل‌توجهی در قرن بیست و یکم با استفاده از جهانی‌شدن ارتباطات و فن‌آوری حمل‌ونقل افزایش یافته که در آن مردم کمتر ثروتمند از کشورهای توسعه‌یافته سفر به کشورهای در حال توسعه برای درمان‌های پزشکی را شروع کردند.» (Fetscherin & Stephano, 2016, P. 539) اما برخی همچنان بر این باور هستند که این نوع از گردشگری «به‌طور معمول جریان جابه‌جایی از پیرامون به مرکز است» (یعقوب‌زاده، ۱۳۹۳، ص. ۱۷۲؛ زیاری و همکاران، ۱۳۹۳، ص. ۱۰) که این مسئله به قرن ۱۸ تا ۲۰ مربوط می‌شود. توصیه می‌شود که با وجود تغییر جدی در جریانات گردشگری پزشکی، جریان گردشگری پزشکی از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه را «جریان جنوب» و جریان گردشگری پزشکی از کشورهای در حال توسعه به کشورهای



شکل ۱. مدل معادلات ساختاری شاخص گردشگری پزشکی (MTI) (Fetscherin & Stephano, 2016, P. 546)

کشور، هزینه‌های بهداشت و درمان و جذابیت گردشگری و کیفیت امکانات و خدمات پزشکی اندازه‌گیری می‌کند.» (Fetscherin & Stephano, 2016, 540)

در میان نظریه‌های گوناگون با رویکردهای متفاوت، پیش‌زمینه نظری عوامل جاذب و دافع<sup>۱</sup> با رویکردی اقتصادی برای این پژوهش رویکردی مناسب است. Fetscherin و Stephano (۲۰۱۶) عنوان می‌کنند که باتوجه به ادبیات اقتصادی، Dann (۱۹۷۷) مفهوم عوامل جاذب یا جلوبرنده و عوامل دافع یا فشار را برای گردشگری بین‌المللی به‌عنوان یک تجارت و خدمات بین‌المللی پیشنهاد می‌کند که می‌تواند مبنا و پایگاه نظری این مطالعه باشد. مطالعات جدی در این زمینه انجام شده است ولی مطالعاتی را که می‌توان به آن نزدیک دانست.

ما باتوجه به ادبیات اقتصادی مفاهیم عوامل جاذب یا جلوبرنده و عوامل دافع یا فشار به‌عنوان مبنا و پایگاه نظری این پژوهش و در نظر گرفتن شاخص و معیارهای پژوهش Fetscherin و Stephano (۲۰۱۶) به‌عنوان یکسلسله‌های مشخص‌کننده تصویر واقعی استان مطلوب جهت سرمایه‌گذاری و انباشت منابع جهت برداشت منافع، این مطالعه را در ادامه انجام خواهیم داد. این پیش‌زمینه نظری برای گردشگری بین‌المللی می‌تواند به‌عنوان پیش‌زمینه‌ای در گردشگری داخلی نیز مطرح باشد و به جریان‌ات گردشگری در داخل کشور نیز پی برد.

«گردشگری پزشکی» مفهومی خاص در گردشگری سلامت است. گردشگری سلامت مفهومی مبهم است که تعاریفی که از این اصطلاح در جهان عنوان شده است آن را مبهم‌تر کرده است. تعاریف مختلفی از گردشگری پزشکی ارائه شده است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

«آناگاریسیا (۲۰۰۵) نیز گردشگری پزشکی را مسافرتی باهدف معالجه بعضی از بیماری یا انجام یک نوع عمل جراحی در بیمارستان‌ها و یا مراکز درمانی تعریف می‌کند. به عقیده جاگیاسی (۲۰۰۸) گردشگری پزشکی مجموعه‌ای از فعالیت‌هایی است که در آن، یک شخص برای دریافت خدمات پزشکی با مشارکت مستقیم یا غیرمستقیم در تفریح، تجارت و یا سایر اهداف اغلب مسافرتی طولانی را سفر می‌کند یا از مرزها می‌گذرد» (شالبافیان، ۱۳۹۴، ص. ۸۰). ما نیز همچون Fetscherin و Stephano (۲۰۱۶) با پیشنهاد Smith و Puczko (۲۰۰۹) موافق هستیم که «گردشگری سلامت متشکل از «گردشگری تندرستی» و «گردشگری پزشکی» است و گردشگری پزشکی اصطلاحی برای استفاده در مواردی است که در آن مداخلات پزشکی، جراحی یا دندانپزشکی موردنیاز است و هر چیز دیگر، گردشگری تندرستی است». باتوجه به شاخص گردشگری پزشکی و عوامل استخراج‌شده از مقاله پژوهشی Fetscherin و Stephano، تعریفی که آنها از این شاخص می‌دهند بدین شرح است که «شاخص گردشگری پزشکی جذابیت یک کشور را به‌عنوان یک مقصد گردشگری پزشکی در شرایط فضای کلی

1 Push & Pull Factor



است مانند کمیت جاذبه‌ها. درنهایت با میانگین‌گیری از تمام عامل‌ها برای عوامل و همچنین میانگین‌گیری وزن‌دار همه عوامل برای نتیجه‌گیری پژوهش به تحلیل و بررسی جامع پژوهش می‌پردازیم. البته برخی داده‌ها نیز براساس جمعیت ساکن محاسبه شد چون نمی‌توان به‌طور مثال میزان تصادفات تهران با ایلام را بدون در نظر گرفتن جمعیت هرکدام محاسبه و مقایسه و قضاوت کرد؛ بنابراین، آن را با داده‌های مربوط به جمعیت هر استان با فرمول زیر تلفیق کردیم تا مقادیر مربوط به مقادیر تصادفات در هر ۱۰۰ هزار نفر را استخراج کنیم و درنهایت آن مقادیر را با به روش موریس مورد ارزیابی قرار داریم.

$$X = \frac{100000 \times x_{ij}}{X}$$

به‌عنوان مثال در فرمول فوق،  $x_{ij}$  همان تعداد تصادفات و  $X$  نیز تعداد جمعیت استان مربوطه است که درنهایت مقادیر به‌دست‌آمده را در فرمول موریس قرار داده و داده‌های هرکدام را به دست آوردیم. تحلیل‌های این پژوهش با اکسل ۲۰۱۳ ارزیابی شدند و به نتایج این پژوهش منتج شد. در ضمن محاسبات انجام‌شده با هشت رقم اعشار بوده که در این اثر، دو رقم از اعشار هرکدام از اعداد متغیرها و عوامل آمده است.

Fetscherin و Stephano (۲۰۱۶، ص. ۵۴۷) عنوان می‌کنند که برای محاسبه وزن‌های عوامل رویکردهای مختلفی (به‌عنوان مثال، آماری، ریاضی، برابری و مشارکتی) وجود دارد. هر رویکرد مزایا و معایب خودش را دارد و سپس آنها عنوان می‌کنند هم‌چنان که تمرکز برای گردشگری پزشکی به سمت تقاضا است، ما تصمیم به استفاده از «رویکرد مشارکتی» جهت اوزان عوامل گرفتیم که ۳۴ درصد محیط‌زیست کشور، ۱۶ درصد برای مقصد گردشگری، ۱۶ درصد برای هزینه‌های گردشگری پزشکی و ۳۴ درصد برای امکانات و خدمات بود. انجام این پژوهش نیز براساس اوزان اعلام‌شده این پژوهش انجام می‌پذیرد.

کرد. در عامل اول، وضعیت فساد، شباهت فرهنگی، شباهت زبانی و وضعیت امنیت و در عامل دوم، کمیت جاذبه‌ها و در عامل سوم، هزینه سفر، هزینه‌های اقامت، هزینه‌های درمان، هزینه حمل‌ونقل و هزینه مراقبت‌های بهداشتی و همچنین در عامل چهارم، کمیت مجوز ملی IPD و کمیت مجوز بین‌المللی ACI ارزیابی شد. پس از دسترسی به داده‌های در دسترس که منابع هرکدام از آن‌ها در هر قسمت مخصوص خود آمده است، جهت بررسی و انجام پژوهش، بی‌مقیاس‌سازی و یکسان‌سازی داده‌ها و شناخت وضعیت هر استان در عامل خاص خود و در نتیجه ترکیب عامل‌ها و برآورد سطح استان موردنظر، از روش موریس استفاده شده است؛ این روش که ضریب محرومیت و روش فازی نیز نام دارد، به شرح زیر است:

$$1lod = \frac{X_{ij} - X_{jmax}}{X_{jmax} - X_{jmin}} * 10$$

$$2lod = \frac{X_{jmax} - X_{ij}}{X_{jmax} - X_{jmin}} * 10$$

روش موریس یکی از کاربردی‌ترین روش‌ها برای رتبه‌بندی مکان‌ها از جنبه‌های مختلف است. بنابر گفته شمس و رشیدی (۱۳۹۰) این روش نخستین‌بار در سال ۱۹۹۰ برای درجه‌بندی ۱۳۰ کشور جهان از نظر توسعه انسانی به نام شاخص توسعه انسانی توسط دفتر عمران سازمان ملل به کار گرفته شده است. این مدل از فرمول لود برای استانداردسازی داده‌ها استفاده می‌کند. هر دو شاخص ناموزون موریس و یا لود که در بالا آمده است، به یک منظور و آن هم بی‌مقیاس‌سازی داده‌ها و قراردعی آن‌ها در محدوده عدد ۰ تا ۱۰۰ است که رابطه مقدار اعداد و ارزش آن به شکل مستقیم است؛ این یعنی هرچه اعداد بیشتر می‌شوند، ارزش اعداد نیز بیشتر و برعکس است البته با این تفاوت که شاخص لود شماره یک برای داده‌های کمتر اهمیت قائل است مانند میزان فساد و شاخص لود شماره دو برای داده‌های بیشتر اهمیت قائل

موردنظر و محل اختلاف بودن و تصویر کلی مثبت از کشور به دلیل عدم وجود بازار هدف در این مطالعه و همچنین ثبات نرخ ارز به دلیل تغییر در مقیاس مطالعه از بین‌المللی به ملی و در نتیجه بی‌معنی بودن آن جهت مطالعه، سه متغیری است که به دلایل عنوان‌شده، مطالعه نخواهد شد و از عامل نخست در این مطالعه حذف شد.

در مورد ارزیابی متغیر وضعیت فساد از این عامل باید عنوان کرد که همایونی (۱۳۸۸، ص. ۳) در گزارش پژوهشی روش‌های سنجش فساد، روش‌هایی همچون روش‌های سنجش فساد در ابعاد {سطح} کلان (شمارش شکایات، گزارش‌های روزنامه‌ها، پیمایش ادراک فساد، پیمایش تجربه فساد، سنجش فساد بر مبنای شاخص‌های اقتصاد کلان)، سطح خرد (دنبال‌کردن جریان کار، پیمایش کلی ارائه خدمات، بررسی اسناد مالی، بررسی موردی پروژه‌ها، تفاوت ارزش و هزینه، بررسی امور بازرگانی) و مهم‌ترین شاخص‌های ابداع‌شده توسط سازمان‌های بین‌المللی در راستای سنجش فساد (شاخص ادراک فساد، شاخص جهانی فساد، شاخص پرداخت رشوه و شاخص‌های حکمرانی بانک جهانی) و نمودار جهانی فساد (حاصل از شاخص جهانی فساد) را عنوان می‌کند؛ که ما در بُعد کلان به بررسی میزان تعداد شکایات پرداخته و آن را مبنای مطالعه خود قرار می‌دهیم.

طی پژوهشی که شرکت پژوهشگران خبره پارس به سفارش شورای فرهنگ عمومی در سال ۸۹ انجام داد و براساس یک بررسی میدانی و یک جامعه آماری از میان ساکنان ۲۸۸ شهر و حدود ۱۴۰۰ روستای سراسر کشور، درصد زبان و اقوامی که در این نظرسنجی نمونه‌گیری شد که مبنای مطالعه ما در بحث شباهت زبانی و بخشی از شباهت فرهنگی که به‌همراه پراکنش ادیان طبق سالنامه آماری سال ۱۳۹۳ کشور ایران و ارتباط آن با پراکنش آن در بازارهای جهانی براساس کتاب «The World Factbook 2015» بوده است. در این بخش از روشی کمی نوین که بیان‌کننده نسبی شباهت فرهنگی میان جامعه و یا منطقه ۱ با جامعه و یا منطقه ۲ است، استفاده شد.

در این پژوهش برای اولین بار از روشی کمی برای ارزیابی متغیر شباهت زبانی و فرهنگی اندازه‌گیری می‌شود که بیان‌کننده نسبی شباهت فرهنگی میان جامعه و یا منطقه ۱ با جامعه و یا منطقه ۲ است. در این مورد ما به اندازه‌گیری دین و زبان می‌پردازیم و از آنجاکه به عاملی جهت ارزیابی نیاز داریم، بدین شکل عمل می‌کنیم:

$$X = (\%A^1 * n^1) + (\%A^2 * n^2) + (\%A^n * n^n)$$

محاسبه امتیاز استان موردنظر ما در این پژوهش بدین منوال است که میزان درصد پدیده‌های موردنظر در واحد سطح (در اینجا زبان و دین در استان‌های کشور موردسنجش قرار می‌گیرد) ضرب در تعداد کشورهایی است که آن پدیده در آن دیده می‌شود که معادله آن در فرمول X آمده است. هرچه تعداد کشورهایی که آن پدیده در آن دیده می‌شود بیشتر باشد، در واقع ضریب درصدهای محدود پدیده موردنظر بیشتر خواهد بود و در نتیجه امتیاز آن بیشتر خواهد بود. در این معادله الزاماً از تنوع پدیده موردنظر در استان‌ها حمایت نخواهد شد، بلکه از قدرت پدیده موردنظر در میزان ارتباط‌گیری با بیرون از واحد سطح موردنظر حمایت خواهد کرد.

## یافته‌ها

### عامل اول: محیط کشور

از نظر پژوهش Fetscherin و Stephano (۲۰۱۶)، در این عامل باید هفت متغیر وضعیت فساد (۰/۷۷)، شباهت فرهنگی (۰/۷۶)، شباهت زبانی (۰/۶۹)، وضعیت اقتصاد پایدار (۰/۶۵)، امن بودن برای سفر (۰/۶۴)، تصویر کلی مثبت از کشور (۰/۵۷) و ثبات نرخ ارز (۰/۵۱) موردسنجش قرار گیرد. از میان این هفت متغیر، چهار متغیر برای این پژوهش در دسترس و قابل‌ارزیابی است؛ متغیر وضعیت اقتصاد پایدار به دلیل عدم ثبات در مفهوم

علاوه بر مسائل گوناگون مطرح در این حوزه، برای این پژوهش روی تصادفات و سرقت‌های رخ داده براساس آمارنامه کشور در سال ۱۳۹۳، مرکز آمار ایران در استان‌ها تمرکز می‌کنیم (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴).

متغیر امنیت به مسائل مختلف و متنوعی مربوط است اما از مهم‌ترین مسائلی که در بحث گردشگری به‌ویژه گردشگری پزشکی مطرح است، امنیت حمل‌ونقل یا تصادفات و امنیت مربوط به انواع سرقت‌ها است که ما

جدول ۲. شاخص ناموزون مورس و رتبه استان‌ها در عامل محیط کشور

نام استان	D.I فساد		D.I شباهت زبانی		D.I شباهت فرهنگی		D.I امنیت	
	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس
آذربایجان شرقی	۱۲	۹۲/۹۴	۳	۸۷/۴۷	۳	۸۴/۸۱	۱۹	۸۴/۸۱
آذربایجان غربی	۱۵	۹۲/۱۳	۵	۷۹/۴۸	۵	۹۲/۹۵	۶	۹۲/۹۵
اردبیل	۲۵	۷۴/۰۷	۴	۸۷/۱۵	۴	۹۴/۹	۲	۹۴/۹
اصفهان	۱۴	۹۲/۷۲	۱۱	۶۱/۵۵	۱۲	۷۸/۸۵	۲۴	۷۸/۸۵
البرز	۱۷	۸۹/۲۵	۸	۵۹/۰۵	۱۶	۷۱/۳۸	۲۷	۷۱/۳۸
ایلام	۳	۹۹/۸۴	۲۴	۵۸/۱۶	۱۷	۴۶/۳۸	۳۰	۴۶/۳۸
بوشهر	۷	۹۸/۵۶	۱۲	۱۷	۳۱	۸۶/۸۳	۱۴	۸۶/۸۳
تهران	۲۸	۶۹/۰۷	۹	۶۲/۹۲	۱۱	۶۵/۱۷	۲۹	۶۵/۱۷
چهارمحال و بختیاری	۰	۰	۲۶	۵۶/۴۹	۱۹	۹۳/۵۸	۴	۹۳/۵۸
خراسان جنوبی	۲۱	۸۲/۱	۲۲	۴۸/۹	۲۶	۸۶/۱۸	۱۵	۸۶/۱۸
خراسان رضوی	۱۱	۹۵/۰۴	۱۵	۵۷/۹۴	۱۸	۷۷/۴۶	۲۵	۷۷/۴۶
خراسان شمالی	۲۹	۵۷/۵۹	۱۳	۶۳/۶۸	۹	۸۸/۶۸	۱۲	۸۸/۶۸
خوزستان	۲	۹۹/۸۹	۱	۹۵/۹۹	۱	۹۱/۴۴	۸	۹۱/۴۴
زنجان	۲۲	۸۱/۴۳	۲	۸۷/۶۱	۲	۸۰/۳۹	۲۳	۸۰/۳۹
سمنان	۳۰	۵/۲۴	۲۳	۵۴	۲۲	۴۲/۱۸	۳۱	۴۲/۱۸
سیستان و بلوچستان	۲۴	۷۵/۵۹	۲۷	۵۱/۶۲	۲۴	۹۶/۲۹	۱	۹۶/۲۹
فارس	۲۳	۸۰/۵۵	۱۷	۵۶/۱۹	۲۰	۸۵/۳۷	۱۶	۸۵/۳۷
قزوین	۹	۹۷/۱۵	۱۶	۶۳/۵۲	۱۰	۸۱/۱۴	۲۲	۸۱/۱۴
قم	۲۶	۷۱/۸۶	۶	۶۸/۲۷	۶	۷۴/۸۴	۲۶	۷۴/۸۴
کردستان	۱۳	۹۳/۶۵	۲۱	۶۰/۵۶	۱۴	۹۳/۱۶	۵	۹۳/۱۶
کرمان	۱۸	۸۹/۲۳	۲۰	۵۴/۹۱	۲۱	۸۹/۹۵	۱۰	۸۹/۹۵
کرمانشاه	۴	۹۹/۸۱	۱۹	۶۱/۰۲	۱۳	۹۱/۱۵	۹	۹۱/۱۵
کهگیلویه و بویراحمد	۱	۱۰۰	۳۰	۰/۸۲	۲۸	۶۸/۲۱	۲۸	۶۸/۲۱
گلستان	۵	۹۸/۹۳	۲۵	۵۱/۳۲	۲۵	۸۷/۷۶	۱۳	۸۷/۷۶
گیلان	۶	۹۸/۷۴	۲۸	۵۳/۸	۲۳	۸۵/۱۱	۱۷	۸۵/۱۱

نام استان	D.I فساد	D.I شباهت زبانی	D.I شباهت فرهنگی	D.I امنیت
لرستان	۹۶/۶۱	۱۰	۰	۳۱
مازندران	۹۸/۱۴	۸	۱/۰۹	۲۹
مرکزی	۸۹/۸۱	۱۶	۳۶/۲۱	۱۰
هرمزگان	۶۹/۶۳	۲۷	۴۲/۷	۷
همدان	۸۷/۶۲	۱۹	۲۸/۵۳	۱۴
یزد	۸۶/۹۴	۲۰	۲۵/۵۱	۱۸

مرزی و حاشیه‌ای نامناسب است ولی طبق این منظر برعکس به نظر می‌رسد.

### عامل دوم: مقصد گردشگری

از نظر پژوهش Fetscherin و Stephano (۲۰۱۶)، در این عامل باید پنج متغیر جذابیت مقصد گردشگری (۰/۸۹)، محبوبیت مقصد گردشگری (۰/۸۶)، کمیت جاذبه‌ها/سایت‌های فرهنگی یا طبیعی (۰/۸۳)، اعجاب‌انگیزی مقصد گردشگری (۰/۶۶)، وضعیت آب‌وهوا (۰/۵۲) مورد سنجش قرار گیرد. از میان پنج متغیر فوق، تنها یک متغیر برای این پژوهش قابل ارزیابی است؛ متغیر جذابیت مقصد گردشگری، محبوبیت مقصد گردشگری و اعجاب‌انگیزی مقصد گردشگری و همچنین وضعیت آب‌وهوا به دلیل عدم وجود داده مطالعه نخواهد شد و از عامل دوم در این مطالعه حذف خواهد شد. مراجع گوناگونی برای برآورد وضعیت استان‌های مختلف جهت بررسی کمیت جاذبه‌ها و سایت‌های گردشگری وجود دارد اما به دلایل مشکلاتی که برخی از این آمارها داشتند ما مجبور شدیم که پژوهش خود را براساس جاذبه‌های مختلف در استان‌های کشور که در کتاب زنده‌دل و همکاران (۱۳۸۷، صص. ۱۸۱-۲۳۲) آورده شده است که به شرح جدول ۳ است و براساس تعداد جاذبه‌های مختلف استان‌ها نیز مقادیر موریس و رتبه استان نیز محاسبه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید، سه استان کهگیلویه و بویراحمد، خوزستان و ایلام به ترتیب دارای رتبه یک تا سه است. از نظر آمار تعداد پرونده‌ها در مرکز آمار ایران، چهارم حال و بختیاری از لحاظ فساد و تعداد پرونده‌های قضایی آن، عنوان بدترین استان را پیدا می‌کند که آن را می‌توان در سال ۱۳۹۳، استان دارای فساد بیشتر دانست. وضعیت مشابهت زبانی در سطح بندی استان‌ها نشان می‌دهد که استان‌های خوزستان، آذربایجان شرقی و غربی، اردبیل و زنجان وضعیت مناسب‌تری را دارند و استان‌های لرستان، مازندران و کهگیلویه و بویراحمد از این لحاظ وضعیت مناسبی ندارند. البته این متغیر فقط به درصد زبان‌های قابل تکلم در استان‌ها می‌پردازد و به دلیل عدم دسترسی به داده افرادی که به عنوان زبان دوم یا مترجم فعالیت می‌کنند، این موضوع سنجش و ارزیابی نشده است. نتایج وضعیت مشابهت فرهنگی مناطق استانی کشور نسبت به کشورهای دنیا نشان می‌دهد که استان‌های غربی و شمال غربی وضعیت بهتری را تجربه می‌کنند و استان‌های جنوبی و جنوب شرقی و شرقی وضعیت مناسبی ندارند. تقریباً استان‌های مرکزی کشور و استان‌های ایلام و خراسان رضوی در غرب و شرق کشور از وضعیت مناسبی در بحث امنیت دارا نیست، اما سایر استان‌ها از وضعیت مطلوبی برخوردارند. این نتیجه بسیار جالب به نظر می‌رسد چون در بین اذهان معروف است که امنیت شهرها و استان‌های

جدول ۳. شاخص ناموزون موريس و رتبه استان‌ها در عامل مقصد گردشگری (منبع: یافته‌های پژوهش)

D.I کمیت جاذبه‌ها		نام استان
رتبه	مقادیر موريس	
۴	۷۵/۲۶	آذربایجان شرقی
۶	۷۰/۹۶	آذربایجان غربی
۱۸	۳۹/۷۸	اردبیل
۷	۶۳/۴۴	اصفهان
۳۰	۷/۵۲	البرز
۹	۵۶/۹۸	ایلام
۲۰	۳۱/۱۸	بوشهر
۱۷	۴۵/۱۶	تهران
۲۸	۱۳/۹۷	چهارمحال و بختیاری
۳۱	۰	خراسان جنوبی
۱۶	۴۸/۳۸	خراسان رضوی
۲۷	۱۵/۰۵	خراسان شمالی
۱	۱۰۰	خوزستان
۲۶	۱۷/۲	زنجان
۲۴	۲۲/۵۸	سمنان
۸	۶۳/۴۴	سیستان و بلوچستان
۵	۷۵/۲۶	فارس
۲۵	۱۹/۳۵	قزوین
۲۹	۹/۶۷	قم
۱۰	۵۵/۹۱	کردستان
۲۱	۳۱/۱۸	کرمان
۲	۸۲/۷۹	کرمانشاه
۱۱	۵۴/۸۳	کهگیلویه و بویراحمد
۱۴	۵۳/۷۶	گلستان
۱۲	۵۴/۸۳	گیلان
۱۳	۵۴/۸۳	لرستان
۳	۸۱/۷۲	مازندران
۱۵	۵۳/۷۶	مرکزی
۲۲	۲۷/۹۵	هرمزگان
۲۳	۲۷/۹۵	همدان
۱۹	۳۸/۷	یزد

سطح‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد که استان‌هایی به شکل پراکنده از این نظر وضعیت مناسبی دارند.

### عامل سوم: هزینه‌های گردشگری پزشکی

براساس پژوهش Stephano و Fetscherin (۲۰۱۶)، در این عامل باید پنج متغیر هزینه کم برای سفر (۰/۷۷)، هزینه‌های کم اقامت (۰/۷۲)، هزینه‌های کم درمان (۰/۷۱)، هزینه‌های کم حمل‌ونقل (۰/۶۱)، هزینه‌های کم مراقبت‌های بهداشتی (۰/۶۰) موردسنجش قرار گیرد. از میان این پنج متغیر، تمام متغیرها برای این پژوهش براساس شاخص قیمت مرکز آمار ایران قابل ارزیابی است. در میان عوامل مختلف دخیل در حوزه اثرگذاری بر گردشگری و علی‌الخصوص گردشگری پزشکی شاخص هزینه است و به شکلی این شاخص اهمیت دارد که یک شاخص مجزا می‌توان آن را به حساب آورد. «یک عامل مهم برای جذب جهانگردان، هزینه مسافرت به مقصد و هزینه استفاده از خدمات و تسهیلات جهانگردی در مقصد در مقایسه با هزینه‌های مسافرت به مقصدهای مشابه در جاهای دیگر است» (ضرم‌غام بروجنی، ۱۳۸۹، ص. ۱۸۹)

در فصل ۲۲ آمارنامه سالانه کشور، شاخص قیمت کالاها و خدمات مصرفی خانوارهای شهری به تفصیل اعلام شده است که شاخص قیمت هتل و رستوران، حمل‌ونقل، خوراکی و آشامیدنی، تفریح و فرهنگ و ارتباطات سال ۱۳۹۳ موضوع موردبحث ما در مورد هزینه‌های تحمیلی سفر به گردشگران یا متغیر هزینه کم برای سفر است. شاخص قیمت هتل و رستوران نیز موضوع موردبحث ما در متغیر هزینه‌های اقامت است. شاخص قیمت درمان موضوع بحث ما در متغیر هزینه‌های درمان است که برآورد مورس و رتبه استان‌ها به شرح جدول ۴ است. شاخص قیمت حمل‌ونقل نیز موضوع موردبحث ما در متغیر هزینه‌های حمل‌ونقل است. شاخص قیمت درمان و کالاها و خدمات متفرقه موضوع موردبحث ما در مورد هزینه‌های تحمیلی مراقبت‌های بهداشتی به گردشگران پزشکی است و دلیل استفاده از شاخص قیمت «درمان» و «کالاها و خدمات متفرقه» این است که مراقبت‌های بهداشتی، ترکیبی از درمان، کالاها و خدمات است که به دلیل عدم وجود آمار در این زمینه به همین عوامل و تحلیل آن در این زمینه بسنده می‌کنیم.

جدول ۴. شاخص ناموزون مورس و رتبه استان‌ها در عامل هزینه‌های گردشگری پزشکی (منبع: یافته‌های پژوهش)

متغیرها		D.I									
نام استان		هزینه سفر		هزینه‌های اقامت		هزینه درمان		حمل‌ونقل		هزینه مراقبت‌های بهداشتی	
رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس
۲۶	۸۸/۴۵	۲۶	۴/۲۳	۲۶	۰/۱۲	۳۱	۶۸/۳۷	۲۸	۰/۰۶	۳۱	
آذربایجان شرقی											
۲۱	۲۳/۴۸	۲۱	۷۶/۱۷	۲۹	۳/۳۴	۳۰	۰۸/۶۶	۱۳	۲۱/۱۳	۲۸	
آذربایجان غربی											
۲۳	۶۷/۴۷	۲۳	۷۷/۴۷	۱۵	۲۱/۲۸	۲۹	۸۱/۶۲	۱۷	۳۸/۵۹	۲۱	
اردبیل											
۲۵	۰۷/۴۶	۲۵	۸۶/۳۵	۲۱	۳۱/۰۶	۲۰	۲/۴۰	۲۶	۳۸/۰۹	۲۲	
اصفهان											
۱۱	۵/۶۲	۱۱	۳۶/۵۵	۷	۳۴/۶۵	۱۷	۳۲/۶۴	۱۶	۴۳/۵۱	۱۷	
البرز											
۱	۲۷/۸۹	۱	۱۰۰	۱	۷۷/۱	۲	۸۸/۷۷	۷	۷۷/۸۸	۲	
ایلام											
۱۸	۷۱/۵۰	۱۸	۰۴/۴۶	۱۶	۴۱/۷	۱۰	۴۲/۸۴	۵	۴۹/۴۲	۱۵	
بوشهر											
۸	۷۸/۶۵	۸	۶۹/۵۹	۶	۶۰/۲۷	۴	۹۳/۸۷	۳	۵۵/۶	۸	
تهران											
۲۹	۶۸/۳۵	۲۹	۶۸/۲۹	۲۳	۲۴/۱۳	۲۸	۷۷/۵۴	۲۱	۳۱/۶۳	۲۵	
چهارمحال و بختیاری											
۴	۴۶/۷۰	۴	۶۱/۲۳	۲۵	۳۳/۶۶	۱۸	۶۶/۸۲	۶	۵۵/۷۵	۷	
خراسان جنوبی											
۱۷	۳۳/۵۳	۱۷	۵۷/۴۲	۱۷	۵۳/۵۸	۶	۷۸/۵۶	۱۸	۵۲/۲۶	۱۱	
خراسان رضوی											

D.I										متغیرها
هزینه مراقبت‌های بهداشتی		حمل و نقل		هزینه درمان		هزینه‌های اقامت		هزینه سفر		نام استان
رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	
۱۸	۴۲/۳۲	۳۱	۶/۲۱	۱۱	۴۱/۵۸	۲۲	۹۹/۳۴	۲۸	۵۷/۴۲	خراسان شمالی
۱۰	۵۲/۴۵	۲۷	۴۴/۳۹	۸	۵۰/۲۴	۴	۲۴/۶۴	۶	۶۶/۶۷	خوزستان
۱۴	۴۹/۸	۱۱	۶/۷۰	۱۴	۳۶/۲۶	۱۴	۵۱/۴۹	۱۴	۱۵/۵۸	زنجان
۳۰	۱۸/۹۶	۱۰	۳۶/۷۳	۱۶	۳۵/۰۲	۲۰	۵۹/۳۷	۱۶	۲۷/۵۵	سمنان
۳	۷۱/۰۴	۹	۳۷/۷۴	۷	۵۱/۶	۱۹	۵۴/۳۹	۱۳	۹۷/۶۰	سیستان و بلوچستان
۲۴	۳۲/۱۷	۲۳	۷۷/۵۴	۲۳	۳۰/۱۹	۳۱	۰	۲۲	۱۲/۴۸	فارس
۱۲	۵۰/۷۹	۱	۱۰۰	۲۶	۲۷/۴۷	۹	۱۷/۵۴	۵	۴۶/۶۸	قزوین
۱	۹۱/۹۲	۲	۹۵/۹۱	۱	۱۰۰	۱۲	۴۸/۵۰	۲	۶۷/۷۶	قم
۲۶	۲۲/۸۹	۱۲	۵۸/۶۶	۲۷	۲۴/۲۵	۲۷	۲۳/۲۱	۹	۳۱/۶۴	کردستان
۱۶	۴۷/۸۶	۲۴	۲۳/۴۷	۱۵	۳۵/۲۷	۲۴	۴۶/۲۵	۷	۴۶/۶۶	کرمان
۱۹	۴۱/۶۵	۲۹	۶۳/۲۷	۱۹	۳۲/۱۷	۱۳	۱۶/۵۰	۱۵	۸۴/۵۷	کرمانشاه
۲۷	۲۱/۵۳	۸	۸۸/۷۶	۳۲	۰	۲	۸۸/۶۹	۱۰	۲۹/۶۴	کهگیلویه و بویراحمد
۱۳	۵۰/۴۸	۱۵	۸۲/۶۵	۹	۴۹	۸	۰۳/۵۵	۱۹	۶۷/۵۰	گلستان
۹	۵۵/۰۸	۴	۹۳/۸۷	۵	۵۷/۷۹	۵	۸۳/۶۲	۳	۶۶/۷۲	گیلان
۲۰	۴۱/۲۳	۳۰	۳۶/۲۳	۱۳	۳۸/۹۸	۳۰	۹۵/۱۴	۲۷	۷۳/۴۳	لرستان
۵	۶۳/۹۸	۱۹	۰۳/۵۶	۲۵	۲۷/۹۷	۱۰	۷۳/۵۳	۱۲	۳۸/۶۲	مازندران
۴	۶۷/۲۹	۲۵	۹۶/۴۳	۳	۷۵/۳۷	۳	۶۸/۶۸	۲۰	۱۲/۴۹	مرکزی
۲۳	۳۲/۱۸	۳۲	۰	۱۲	۳۹/۷۲	۱۱	۸۱/۵۰	۳۱	۱۳/۳۴	هرمزگان
۶	۵۶/۵۶	۲۰	۷۷/۵۵	۲۱	۳۰/۳۲	۱۸	۹۵/۴۰	۲۴	۱۹/۴۷	همدان
۲۹	۱۹/۹۶	۱۴	۰۸/۶۶	۲۴	۲۸/۳۴	۲۸	۳۶/۲۰	۳۰	۸/۳۴	یزد

استان‌های مناسب جهت سفر از نظر هزینه‌های مربوطه است و بخش کوچکی از استان‌های شمال غربی و شرقی و بخش اعظم استان‌های جنوبی و مرکزی جز استان‌های نامناسب جهت سفر از همین نظر است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌کنید، از نظر شاخص قیمت هتل و رستوران مرکز آمار ایران، سه استان ایلام، کهگیلویه و بویراحمد و مرکزی به ترتیب دارای رتبه یک تا سه است و فارس عنوان بدترین

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌کنید، در متغیر هزینه‌های سفر سه استان ایلام، قم و گیلان به ترتیب دارای رتبه یک تا سه از نظر کم‌هزینه بودن در گردشگری و هرمزگان، یزد و چهارمحال و بختیاری به ترتیب دارای رتبه یک تا سه از نظر پرهزینه بودن در گردشگری است. سطح‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد که بخش‌هایی از استان‌های شمالی، غربی، جنوب غربی و همچنین بخش‌هایی از استان‌های جنوب شرقی از

استان را پیدا می‌کند که آن را می‌توان در سال ۱۳۹۳، استان تحمیل گر هزینه هتل و رستوران به گردشگران دانست. سطح بندی استان‌ها نیز نشان می‌دهد که تعدادی از استان‌هایی وضعیت مناسب و تعدادی نیز وضعیت نامناسبی دارند که ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، مرکزی، تهران و گیلان جزو استان‌های به نسبت مناسب و فارس وضعیت نامناسبی دارند. از نظر شاخص قیمت درمان مرکز آمار ایران، قم، ایلام و مرکزی حائز بیشترین مقدار موریس شدند و به ترتیب رتبه یک تا سه را به خود اختصاص دادند و استان کهگیلویه و بویراحمد حائز بدترین وضعیت و رتبه آخر شد. سطح بندی استان‌ها نشان می‌دهد که برخی از استان‌های مرکزی و برخی از استان‌های شمال غربی کشور از لحاظ درمانی وضعیت نامناسبی دارند و سایر استان‌ها وضعیت نسبتاً خوبی دارند. از نظر شاخص قیمت حمل و نقل مرکز آمار ایران نیز سه استان قزوین، قم و تهران به ترتیب دارای رتبه یک تا سه است. از نظر این شاخص قیمت خراسان شمالی عنوان بدترین استان را پیدا می‌کند که آن را می‌توان در سال ۱۳۹۳، استان تحمیل گر هزینه حمل و نقل دانست.

سطح بندی استان‌ها نشان می‌دهد که پراکندگی مناطق پرهزینه و مناطق کم هزینه از لحاظ حمل و نقل بسیار متنوع است. از نظر ترکیب برآورد شاخص ناموزون موریس و رتبه‌های شاخص قیمت «درمان» و «کالاها و خدمات متفرقه» مرکز آمار ایران جهت مراقبت‌های بهداشتی، سه استان قم، ایلام و سیستان و بلوچستان حائز بیشترین مقدار در شاخص ناموزون موریس و به ترتیب رتبه یک تا سه شدند و استان آذربایجان شرقی از این نظر حائز کمترین مقدار در شاخص ناموزون موریس و رتبه آخر شد. سطح بندی استان‌ها نشان می‌دهد که پراکندگی مناطق پرهزینه و کم هزینه از لحاظ مراقبت‌های بهداشتی نیز مانند متغیر هزینه‌های درمانی، برخی از استان‌های مرکزی و برخی از استان‌های شمال غربی کشور از لحاظ درمانی وضعیت نامناسبی دارند و سایر استان‌ها وضعیت نسبتاً خوبی دارند. «اگر توسعه جهانگردی وجود دارد، هزینه‌های کنونی مقصد باید بازنگری شود، یا اگر وضع موجود جهانگردی ناچیز است هزینه‌های

پیش‌بینی شده باید در چارچوب هزینه‌های کنونی و پیش‌بینی شده در مقایسه با مقصدهای رقیب در نظر گرفته شود. اگر هزینه‌های مقصد نسبتاً بالا هستند باید شیوه کاهش هزینه‌ها بررسی شوند و یا شاید نوع توسعه جهانگردی و بازارهای مربوط به آن برای رسیدن به هدف باید دوباره مورد ملاحظه قرار گیرد» (ضرغام بروجنی، ۱۳۸۹، ص. ۱۹۰)

#### عامل چهارم: تسهیلات و خدمات (پزشکی-درمانی)

بر اساس پژوهش Stephano و Fetscherin (۲۰۱۶)، در این عامل باید هفده متغیر درمان و مواد پزشکی با کیفیت (۰/۹۴)، بیمارستان / تجهیزات پزشکی با استانداردهای بالا (۰/۹۴)، وجود پزشکانی با تجربه خوب (۰/۹۴)، پزشکان خوب آموزش دیده (۰/۹۳)، دارای پزشکان معتبر (۰/۹۲)، دارا بودن گواهی بین‌المللی کارکنان و پزشکان (۰/۹۱)، بیمارستان / تجهیزات پزشکی با معیارهای مراقبت بهداشتی خوب (۰/۹۰)، بیمارستان‌ها/ تجهیزات پزشکی معتبر (۰/۷۷)، استفاده از آخرین و پیشرفته‌ترین تجهیزات پزشکی شناخته شده (۰/۷۵)، وجود اعتبار بین‌المللی بیمارستان / تجهیزات پزشکی (۰/۷۵)، وجود پزشکانی با تحصیلات بین‌المللی (۰/۷۲)، دارای کیفیت بالا در مراقبت‌های بهداشتی (۰/۶۴)، دارای دکترهایی با گواهی بین‌المللی (۰/۶۱)، دارای دکترهایی که به خانواده یا دوستان توصیه کنم (۰/۸۲)، رفتار دوستانه کارکنان و پزشکان (۰/۷۷)، وجود تصویر کلی مثبت از گردشگری پزشکی (۰/۷۶)، بیمارستان/تجهیزات پزشکی که من توصیه کنم (۰/۷۰) مورد سنجش قرار گیرد اما به دلیل جدید بودن این پدیده در ایران و در نتیجه نبود داده‌های مورد نظر، به تعداد و کمیت گواهی‌نامه‌ها و مجوزهای اعتباربخشی ملی و بین‌المللی بیمارستانی صادر شده از طرف دریای آزادمان مختلف بسنده خواهد شد. گواهی‌نامه اعتباربخشی ملی IPD و گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI دو معیار برای ارزیابی استان‌های مختلف این پژوهش است.

در کتابچه راهنمای تأسیس دپارتمان پذیرش بیماران بین‌المللی (IPD) در بیمارستان پیرامون تعریف IPD آمده است

عامل چهارم به‌دلیل عدم وجود داده‌های موردنیاز در کشور مدنظر قرار داد، می‌توان گفت تراکم و کمیت بیمارستان دارای مجوز یک‌ساله و شش‌ماهه یا مشروط در استان‌های مختلف، به شرح زیر است. برای رسیدن به امتیازی بر مبنای تراکم و کمیت، ضریب ۲ برای مجوز یک‌ساله و ضریب ۱ برای مجوز شش‌ماهه یا مشروط برای استان‌های مختلف در نظر می‌گیریم و پس از محاسبه امتیاز، ضریب ناموزون مورس آن را حساب کرده و به شکل زیر رتبه‌بندی می‌کنیم. از لحاظ گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI که بر کیفیت و ایمنی بیمارستان‌ها متمرکز است و از لحاظ اعتبار علمی در سطح بالایی در جهان قرار دارد. در سال ۲۰۱۷ و با یک قرن تجربه در این عرصه، ۴ بیمارستان از این مرکز اعتباربخشی توانستند استاندارد لازم را کسب کنند که D.I آن‌ها نیز به شرح زیر است.

که «واحدی است در بیمارستان که وظیفه آن ایجاد هماهنگی‌های لازم در ارائه کلیه خدمات به بیماران خارجی و بیماران با خدمات ویژه است» (ص ۷). به‌طور خلاصه می‌توان گفت باتوجه‌به IPD در بیمارستان (ص ۵) در واقع تأسیس IPD در بیمارستان نشان‌دهنده تعهد مدیریت نسبت به کیفیت ارائه خدمات به مشتریان بین‌المللی و توجه به نیازهای ایشان در محیط بیمارستان و خارج از آن است. آمار بیمارستان‌هایی که عنوان می‌شود که می‌توان آن را تا حدود ۳۰۰ بیمارستان رسانده حدود ۱۰۱ بیمارستان تا پایان سال ۱۳۹۵ است که به دو نوع مجوز یک‌ساله و شش‌ماهه یا مشروط تقسیم می‌شوند و به‌تفصیل اسامی آن در پایان‌نامه موجود است که در اینجا به‌صورت کلی و مختصر اشاره خواهد شد. اگر بخواهیم کمیت و تراکم بیمارستان‌های دارای مجوز IPD استان‌های مختلف را به‌عنوان منبعی جامع و توصیفی از

جدول ۵. شاخص ناموزون مورس و رتبه استان‌ها در عامل تسهیلات و خدمات (پزشکی-درمانی) (منبع: یافته‌های پژوهش)

D.I IPD		نام استان
رتبه	مورس	
۷	۱۱/۸۶	آذربایجان شرقی
۴	۱۶/۹۴	آذربایجان غربی
۱۰	۵/۰۸	اردبیل
۸	۱۰/۱۶	اصفهان
۱۱	۳/۳۸	البرز
۱۳	۰	ایلام
۱۳	۰	بوشهر
۱	۱۰۰	تهران
۱۳	۰	چهارمحال و بختیاری
۱۳	۰	خراسان جنوبی
۳	۱۸/۶۴	خراسان رضوی
۱۳	۰	خراسان شمالی
۶	۱۳/۵۵	خوزستان
۱۳	۰	زنجان
۱۳	۰	سمنان
۱۳	۰	سیستان و بلوچستان

D.I IPD			نام استان
رتبه	موريس		
۲	۲۲/۰۳		فارس
۱۲	۱/۶۹		قزوین
۱۳	۰		قم
۱۱	۳/۳۸		کردستان
۱۳	۰		کرمان
۹	۸/۴۷		کرمانشاه
۱۳	۰		کهگیلویه و بویراحمد
۵	۱۵/۲۵		گلستان
۹	۸/۴۷		گیلان
۱۳	۰		لرستان
۱۳	۰		مازندران
۱۳	۰		مرکزی
۱۳	۰		هرمزگان
۱۳	۰		همدان
۹	۸/۴۷		یزد

سطح‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد فقط سه استان تهران با دو بیمارستان و خراسان رضوی و گیلان با یک بیمارستان جزو استان‌های مستعد در زمینه درمانی محسوب می‌شوند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش به جمع‌بندی همه عوامل خواهیم پرداخت. جمع‌بندی عوامل به ما کمک خواهد کرد به استان‌های مستعد در زمینه گردشگری پی ببریم. در این بخش، چهار عامل محیط کشور، مقصد گردشگری، هزینه‌های گردشگری پزشکی و تسهیلات و خدمات می‌پردازیم که جدول ۶ به جمع‌بندی عوامل و در نتیجه یافته نهایی پژوهش اختصاص دارد.

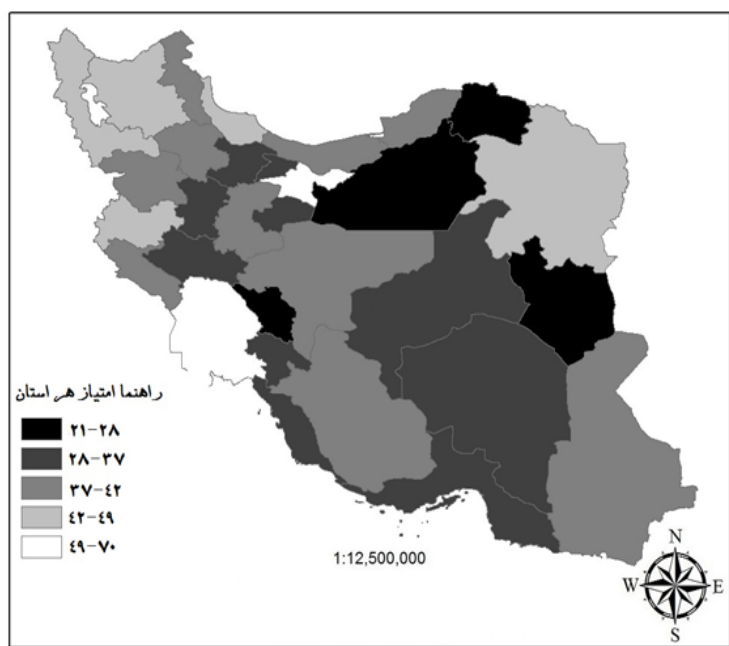
سطح‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد استان‌های تهران، خراسان رضوی، آذربایجان غربی و فارس وضعیت مطلوبی دارند که می‌توان به‌طور نسبی استان‌های آذربایجان شرقی، خوزستان و گلستان را نیز از استان‌های مستعد دانست اما سایر استان‌ها از این لحاظ وضعیت مطلوبی ندارند. نکته قابل توجه پراکندگی نسبتاً مناسب استان‌ها است که در همه نقاط پراکنده است و اگر استان سیستان و بلوچستان نیز احیا شود، وضعیت پراکندگی بهتر می‌شود. از نظر مقدار موريس به دلیل کم بودن استان‌های دارای گواهی‌نامه اعتباربخشی بین‌المللی ACI، استان تهران ۱۰۰ (به دلیل بیمارستان‌های عرفان و جم) و خراسان رضوی و گیلان هر کدام ۵۰ (به دلیل بیمارستان رضوی در مشهد و بیمارستان قائم در گیلان) و سایر استان‌ها صفر است.

جدول ۶. تلفیق عوامل پژوهش (منبع: یافته‌های پژوهش)

میانگین وزنی D.I		میانگین D.I								نام استان
عوامل (نتیجه)		عامل چهارم		عامل سوم		عامل دوم		عامل اول		
رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	رتبه	مورس	
۶	۴۶/۵۲	۸	۵/۹۳	۳۱	۲۱/۴۳	۴	۷۵/۲۶	۲	۸۵/۷۶	آذربایجان شرقی
۵	۴۷/۰۹	۵	۸/۴۷	۳۰	۳۱/۳۱	۶	۷۰/۹۶	۴	۸۲/۴	آذربایجان غربی
۸	۴۲/۴۴	۱۲	۲/۵۴	۲۰	۴۳/۶۲	۱۸	۳۹/۷۸	۳	۸۳/۲	اردبیل
۱۴	۴۰/۶۷	۹	۵/۰۸۴	۲۳	۳۸/۲۶	۷	۶۳/۴۴	۱۲	۶۶/۹۹	اصفهان
۲۷	۳۲/۲۱	۱۳	۱/۶۹	۱۴	۵۲/۰۷	۳۰	۷/۵۲	۱۴	۶۵/۱۲	البرز
۱۰	۴۱/۷	۱۶	۰	۱	۸۴/۴۳	۹	۵۶/۹۸	۲۸	۵۶/۱۶	ایلام
۲۴	۳۳/۷۹	۱۶	۰	۹	۵۴/۴۶	۲۰	۳۱/۱۸	۲۴	۵۹/۱	بوشهر
۱	۶۹/۹۵	۱	۱۰۰	۴	۶۵/۸۵	۱۷	۴۵/۱۶	۲۳	۵۹/۳۷	تهران
۳۰	۲۱/۸۷	۱۶	۰	۲۵	۳۵/۱۸	۲۸	۱۳/۹۷	۳۰	۴۱/۱۸۹	چهارمحال و بختیاری
۲۹	۲۸/۹۲	۱۶	۰	۱۱	۵۳/۲۳	۳۱	۰	۲۲	۶۰/۰۱	خراسان جنوبی
۴	۴۸/۹۴	۲	۳۴/۳۲	۱۵	۵۱/۷	۱۶	۴۸/۳۸	۱۶	۶۴/۵۳	خراسان رضوی
۲۸	۲۸/۹۳	۱۶	۰	۲۴	۳۶/۶۱	۲۷	۱۵/۰۵۳	۲۱	۶۰/۷۹	خراسان شمالی
۲	۵۹/۸۶	۷	۶/۷۷	۸	۵۴/۸۱	۱	۱۰۰	۱	۹۶/۸۳	خوزستان
۱۶	۳۸/۹۶	۱۶	۰	۱۲	۵۲/۸۶	۲۶	۱۷/۲	۵	۸۱/۶۳	زنجان
۳۱	۲۱/۱۱	۱۶	۰	۱۹	۴۴/۰۴	۲۴	۲۲/۵۸	۳۱	۳۰/۷۵	سمنان
۱۵	۳۹/۵۷	۱۶	۰	۷	۵۹/۵	۸	۶۳/۴۴	۲۶	۵۸/۵۳	سیستان و بلوچستان
۹	۴۲/۰۲	۴	۱۱/۰۱	۲۷	۳۳/۰۵	۵	۷۵/۲۶	۱۸	۶۲/۲۵	فارس
۱۹	۳۵/۹	۱۵	۰/۸۴	۶	۶۰/۱۸	۲۵	۱۹/۳۵	۱۱	۶۷/۳۸	قزوین
۱۸	۳۶/۹۲	۱۶	۰	۲	۸۲/۲	۲۹	۹/۶۷	۱۳	۶۵/۳۷	قم
۱۷	۳۸/۸۹	۱۴	۱/۶۹	۲۲	۳۹/۸۵	۱۰	۵۵/۹۱	۸	۶۷/۷۴	کردستان
۲۲	۳۴/۱	۱۶	۰	۱۸	۴۴/۴۵	۲۱	۳۱/۱۸	۱۵	۶۴/۷۱	کرمان
۷	۴۴/۸۷	۱۰	۴/۲۳	۲۱	۴۱/۸۹	۲	۸۲/۷۹	۶	۶۹/۳	کرمانشاه
۲۱	۳۴/۶۹	۱۶	۰	۱۶	۴۶/۵۱	۱۱	۵۴/۸۳	۲۹	۵۴/۳۴	کهگیلویه و بویراحمد
۱۳	۴۱/۲۱	۶	۷/۶۲	۱۰	۵۴/۲	۱۴	۵۳/۷۶	۱۷	۶۳/۲۳	گلستان
۳	۴۹/۷۴	۳	۲۹/۲۳	۳	۶۷/۲۶	۱۲	۵۴/۸۳	۲۰	۶۱/۳۱	گیلان
۲۵	۳۳/۱۴	۱۶	۰	۲۸	۳۲/۴۵	۱۳	۵۴/۸۳	۲۷	۵۶/۴۱	لرستان
۱۲	۴۱/۴۵	۱۶	۰	۱۳	۵۲/۸۲	۳	۸۱/۷۲	۲۵	۵۸/۶۱	مازندران
۱۱	۴۱/۴۵	۱۶	۰	۵	۶۰/۸۸	۱۵	۵۳/۷۶	۷	۶۷/۹۷	مرکزی
۲۶	۳۲/۵	۱۶	۰	۲۹	۳۱/۳۷	۲۲	۲۷/۹۵	۱۰	۶۷/۶۷	هرمزگان
۲۰	۳۴/۸۸	۱۶	۰	۱۷	۴۶/۱۶	۲۳	۲۷/۹۵	۹	۶۷/۷	همدان
۲۳	۳۳/۸۹	۱۱	۴/۲۳	۲۶	۳۳/۹۱	۱۹	۳۸/۷	۱۹	۶۱/۵۳	یزد

شرقی، کرمانشاه اردبیل، فارس و ایلام است. پراکندگی جغرافیایی استان‌های مطلوب یا استان‌های نامطلوب در تمام عوامل در سال ۱۳۹۳ در شکل ۳ آمده است.

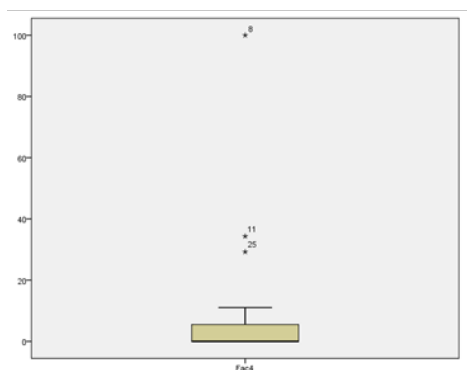
جدول ۶ نشان‌دهنده نتایج موجود در تمام عامل‌ها است. ۱۰ استان برتر در حوزه گردشگری پزشکی، استان‌های تهران، خوزستان، گیلان، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، آذربایجان



شکل ۳. پراکندگی جغرافیایی استان‌های مطلوب یا نامطلوب در تمام عوامل (منبع: یافته‌های پژوهش)

گردشگری شورایی تحت‌عنوان شورای گردشگری سلامت برای هماهنگی امور تشکیل دادند و شیوه‌نامه‌ای را برای آژانس‌های بند «ب» تصویب کردند که از نظر کارشناسان بسیار ضعیف بوده است و بخشی از مراتب اصلاح آن توسط مؤلف برای مسئول امر ارسال شد.

براساس برآوردهای پژوهش، همان‌طور که در شکل ۴ نیز مشاهده می‌کنید، امکانات پزشکی-درمانی مطلوب در استان‌هایی خاص محدود شده و دارای تمرکز جدی است که از لحاظ جغرافیایی نیاز به برآورد، بازآفرینی و تمرکززدایی جدی دارد. نیاز به توضیح بیشتر است که همین عامل به دلیل اهمیت بالای آن باعث شد که استان تهران که فقط از نظر دو عامل وضعیت مناسبی داشته هرچند از نظر دو عامل دیگر وضعیت نامناسبی داشت، صعود و به رتبه اول برسد. در این مورد باید این مهم را مدنظر قرارداد که اولویت با مراکز درمانی با استانداردهای بالا است که در نبود آن، سایر عوامل از اهمیت خاصی برخوردار نخواهند بود.



شکل ۴. نمودار جعبه‌ای پراکندگی امکانات پزشکی-درمانی (منبع: یافته‌های پژوهش)

سیاست‌گذاری‌های گردشگری پزشکی با اختلال جدی مواجه است؛ به طوری که آماری مطلوب وجود ندارد و چهار بخش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، وزارت امور خارجه و سازمان امور میراث و

باعث شد بخش اعظم زمان این پژوهش را درگیر خود کند و انرژی کار را از بین ببرد.

### سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با عنوان «سنجش شاخص‌های گردشگری پزشکی استان‌های ایران» در دانشگاه تهران بوده است. از استادان محترم جنابان آقای فرهودی (استاد راهنمای پایان‌نامه و از اعضا بازنشسته هیئت‌علمی دانشگاه تهران)، آقای سیاوش (استاد مشاور پایان‌نامه و عضو هیئت‌علمی دانشگاه بقیه‌الله) و آقای آستانه (استاد مشاور پایان‌نامه و عضو هیئت‌علمی دانشگاه تهران) و از تمام افرادی که در شکل‌گیری بنیان‌های این پژوهش نقش داشتند تشکر می‌کنیم.

### سهم نویسندگان

نویسنده اصلی پژوهش علی فریدی ماسوله به عنوان دانشجو مقطع ارشد و نویسنده این مقاله است که به کمک استادان محترم جنابان آقای فرهودی (استاد راهنمای پایان‌نامه و از اعضا بازنشسته هیئت‌علمی دانشگاه تهران)، آقای رضوانی (استاد راهنمای پایان‌نامه و از اعضا هیئت‌علمی دانشگاه تهران)، آقای سیاوش (استاد مشاور پایان‌نامه و عضو هیئت‌علمی دانشگاه بقیه‌الله) و آقای آستانه (استاد مشاور پایان‌نامه و عضو هیئت‌علمی دانشگاه تهران) انجام و دفاع شد.

### منابع مالی

هزینه مادی و معنوی این اثر به وسیله علی فریدی ماسوله و با کمک دانشگاه تهران تامین شده است.

### تعارض در منافع

هیچ تعارض منافی بین نویسندگان گزارش نشده است.

باتوجه به توصیه‌های کانل (۲۰۱۳) در مقاله‌های اخیر خود، توجه به استان‌های مرزی مستعد در این امر که براساس شاخص MTI استان‌های مرزی خوزستان، گیلان، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی، کرمانشاه، اردبیل و ایلام نیز جزو ۱۰ استان برتر کشور در این زمینه شناخته می‌شوند، حائز اهمیت است.

توجه ویژه به بیمه درمانی ملی به همراه داروها و خدمات درمانی باکیفیت نیز از موارد مهمی است که می‌توان از خروج بیمار جلوگیری کرد. همچنین یارانه‌های دارویی باید کانالیزه شود تا از این طریق بیماران سایر کشورها نتوانند به محدودیت منابع کشور آسیب وارد کنند و تأثیر اقتصادی گردشگری پزشکی را وارونه کنند. باتوجه به اهمیت و تخصصی و ویژه بودن این نوع از گردشگری، آموزش، پرورش، پژوهش، هدایت‌شدن مثبت دست‌نাপختگی، آسیب‌شناسی، نظارت و مباحث مهم دیگر از بحث‌های توسعه این صنعت محسوب می‌شوند که لازم است مسئولان امر به این مسائل توجه زیادی داشته باشند.

از طرف دیگر به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود به استان‌های مستعد در عرصه گردشگری پزشکی توجه شود و روش‌های ارزیابی مختلفی را در عرصه‌های تخصصی (مانند تخصص دندان‌پزشکی، جراحی زیبایی، درمان نازایی، پیوند و غیره) در نظر بگیرند. در صورت پیشرفت این صنعت و تجربه‌مندشدن افرادی در این زمینه می‌توان مطالعات بیشتری در این زمینه انجام داد. پیشنهاد می‌شود حتماً مطالعات بعدی براساس بازار هدف مطالعه شود.

همچنین پیشنهاد این پژوهش به فعالین خصوصی و ناپختگی عرصه گردشگری پزشکی و سلامت این است که به استان‌های مستعد در عرصه گردشگری پزشکی در سرمایه‌گذاری خصوصی توجه شود و از پژوهش‌های انجام‌شده و در حال انجام حمایت کنند تا بتوانند نتایج و آثار آن را در منابع و سرمایه‌های خود مشاهده کنند.

محدودیت‌های بسیار زیادی در این عرصه وجود داشت که کنترل آن از عهده محقق خارج است و این مسئله

## منابع

- افشاری، زهرا، شیرین‌بخش، شمس‌اله، بهشتی، مریم (۱۳۹۱). بررسی پایداری مالی در ایران. *فصلنامه پژوهش‌نامه اقتصادی (رویکرد اسلامی- ایرانی)*، ۱۲(۴۵)، ۲۷-۵۴.
- ایمانی خوشخو، محمدحسین، علی‌زاده، ولی‌اله (۱۳۹۲). اقتصاد گردشگری (مروری بر پیشینه تحقیق در خارج و داخل). *گردشگری*، ۱(۱)، ۱-۲۰.
- پاپلی یزدی، محمدحسین، و سقایی، مهدی. (۱۳۹۳). *گردشگری (ماهیت و مفاهیم)*. چاپ اول. تهران: سمت.
- جباری، علیرضا، فردوسی، مسعود، کیوان آرا، محمود، آقارحیمی، زهرا (۱۳۹۱). تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای موثر در شهر اصفهان. *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۹(۶)، ۸۶-۸۷۸.
- دلگشایی، بهرام، جباری، علیرضا، فرزین، محمدرضا، شعرباغچی‌زاده، نسرین، طیبی، سیدجمال‌الدین (۱۳۹۱). وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران. *فصلنامه پایش*، ۱۱(۲)، ۹-۱۷۱.
- زنده‌دل، حسن، و همکاران (۱۳۸۷). نقشه ایرانگردی. چاپ نخست. تهران: نشر ایرانگردان.
- زیاری، کرامت‌اله، سرخ‌کمال، کبری، زیاری، رضا (۱۳۹۳). *تکنیک‌های برنامه‌ریزی گردشگری*. چاپ اول. تهران: نشر دانشگاه تهران.
- سعیدی، عباس. و سایرین (۱۳۸۷). *دانشنامه مدیریت شهری و روستایی*. تهران: سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور و بنیاد دانشنامه بزرگ فارسی.
- سلمانی، لیلا (۱۳۹۲). "گردشگری پزشکی-تجارت در خدمات سلامت". نشر رویان پژوه. تهران.
- شالباغیان، علی‌اصغر (۱۳۹۴). *گردشگری سلامت در رویکردی جامع*. نوبت چاپ اول. تهران: نشر مهکامه.
- شمس، مجید، رشیدی، غلامرضا (۱۳۹۰). ارزیابی شاخص‌های پایداری در محلات فرسوده شهر اسدآباد با بهره‌گیری از ضریب ناموزون موریس. *چشم انداز جغرافیایی (مطالعات انسانی)*، ۶(۱۴)، ۱۰۶-۸۸.
- ضرغام بروجنی، حمید (۱۳۸۹). *برنامه‌ریزی توسعه جهانگردی-رویکردی همپیوند و پایدار*. چاپ اول. تهران: نشر مهکامه.
- ضرغام بروجنی، حمید، بذرافشان، مرتضی (۱۳۹۲). *ختم‌شماره‌گذاری در صنعت گردشگری دیروز، امروز، فردا*. چاپ اول. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- ضیایی، محمود، تراب‌احمدی، مژگان (۱۳۹۱). *شناخت صنعت گردشگری با رویکرد سیستمی*. چاپ اول. تهران: نشر علوم اجتماعی.
- همایونی، غلامحسین، (۱۳۸۸). گزارش پژوهشی (روش‌های سنجش فساد). سال دوم، شماره هفتم. تهران: سازمان بازرسی کل کشور.
- عیسی‌زاده، سعید، قدسی، سوده (۱۳۹۱). محاسبه ضرایب اشتغال زایی بخش گردشگری در اقتصاد (ایران: با استفاده از مدل داده ستانده). *مطالعات مدیریت گردشگری*، ۷(۱۷)، ۷۲-۱۵۱.
- لطفی، حیدر، سلطانی، ناصر، اقبالی، ناصر (۱۳۸۷). *گردشگری، دولت و اقتصاد سیاسی در ایران. چشم‌انداز جغرافیایی*، ۳(۷)، ۸۷-۱۱۰.
- مایکل هال، کالین، و جنکینز، جان ام. (۱۹۹۵). *سیاست‌گذاری جهانگردی (ترجمه سیدمحمد اعرابی و داود ایزدی)*. چاپ اول. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۴). *سالنامه آماری کشور-۱۳۹۳*. تهران: نشر مرکز آمار ایران.
- مهرگان، نادر، سلمانی، یونس (۱۳۹۳). نوسانات قیمتی نفت و رشد پایدار اقتصادی: مطالعه موردی ایران و



یعقوب‌زاده، رحیم (۱۳۹۳). گونه‌شناسی گردشگری. چاپ اول. نشر جامعه شناسان.

ژاپن. *مطالعات اقتصادی کاربردی ایران*، ۳(۱۰)، ۲۵-۱۰۷.

## References

- Pourmoghim, Seyed Javad (2005), Fiscal Sustainability in Iran Assessing the Period Of 1342 -1380, *Iranian Economic Review*, Vol.10, No.13.
- Saadatnia, F., & Mehregan, M.R. (2014). Determining and prioritizing factors affecting to increase customers attraction of medical tourism from the perspective of Arabic countries. *International Journal of Marketing Studies*, 6(3). Doi: 10.5539/ijms.v6n3p155
- Smith, M. & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Elsevier.
- Tourani, S. & Others. (2010). Medical Tourism in Iran: Analyses of opportunities and challenges with MADM approach. *Research Journal of Biological Sciences*, 5(3), 251-7.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-100.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification. *Tourism Management*, 34(February), 1-13.
- Dann, G. (1977). Anomie, ego-enhancement, and tourism. *Annals of Tourism Research*, 4(4), 184-94.
- Fetscherin, M. & Stephano, R.M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management* 52, 539-56.
- Gunn, C., & Var, T. (2002). *Tourism planning (Fourth Edition)*. New York: Routledge.
- Kia, Amir (2008), Fiscal Sustainability in Emerging Countries: Evidence from Iran & Turkey, Utah Valley University • Journal of Policy Modeling.