

تخمین حساسیت تقاضای گردشگری سلامت از کشورهای خاورمیانه

حمید آسایش، استادیار، گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد، دانشگاه آیت الله العظمی بروجردی (ره)، بروجرد، ایران

مهدی کمالی^۱، استادیار، گروه اقتصاد، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران

هادی رحمانی فضلی، استادیار، گروه اقتصاد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۰

چکیده

گردشگری سلامت متشکل از دو نوع گردشگری درمانی (پزشکی) و تندرستی (پیشگیری) به دلیل ظرفیت بیش از سه برابری در کسب درآمد ارزی نسبت به گردشگری عادی خارجی و توانایی‌های بالقوه ایران در حوزه درمانی (وجود پزشک و امکانات فراوان پزشکی و درمانی) و نیز وجود منابع طبیعی مناسب در حوزه تندرستی (مانند چشمه‌های آب گرم و گنبد‌های نمکی، دریاچه‌های آب شور و امکانات لجن درمانی)، دارای اهمیت فراوان است، لکن سهم ایران از بازار گردشگری سلامت، به رغم ظرفیت‌های بالا، ناچیز است. بنابراین سنجش حساسیت تقاضای گردشگری سلامت از خاورمیانه نسبت به عوامل مؤثر جهت افزایش سهم ایران از گردشگری سلامت خارجی ضرورت می‌نماید. لذا سؤال‌های اساسی تحقیق این است که عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری سلامت کدامند و حساسیت (کشش) این تقاضا نسبت به آنها چگونه است؟ به همین سبب در این تحقیق با استفاده از تقاضای تقریباً ایده‌آل (ایدز) با کمک سیستم معادلات همزمان تابع تقاضای گردشگری سلامت (درمانی و تندرستی) تخمین زده می‌شود. بدین منظور با استفاده از پرسشنامه، نظر ۱۸۲ گردشگر از کشورهای حوزه خلیج فارس در گردشگری سلامت اخذ و حساسیت تقاضای گردشگری سلامت به عوامل مؤثر تخمین زده شده است. براساس نتایج حاصل از تخمین ایدز، کشش قیمتی تقاضای گردشگری سلامت، بزرگتر از یک بوده، در حالی که کشش قیمتی سایر کالاها و خدمات اقامتی کمتر از یک می‌باشد. همچنین طبق نتایج حساسیت تقاضای گردشگران سلامت، به متغیرهای معنادار مانند میزان درآمد گردشگر، مدت زمان ویزا، قیمت، مخارج، تغییرات نرخ ارز، نرخ تورم در ایران می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: تقاضای تقریباً ایده‌آل، حساسیت، گردشگری سلامت، حوزه خلیج فارس، سری معادلات

همزمان

مقدمه

یکی از انواع گردشگری، گردشگری سلامت می‌باشد که در این فرآیند گردشگران برای دستیابی به مراقبت‌های درمانی- بهداشتی و جراحی (گردشگری پزشکی) و استفاده از ظرفیت‌های تندرستی (گردشگری تندرستی)، سفر می‌کنند. پیشرفت‌ها و دستاوردهای پزشکی و سطح بالای تجهیزات بهداشتی درمانی در برخی از مناطق ایران، امکان و فرصت‌های جدیدی را برای حوزه گردشگری به ویژه در زمینه جذب گردشگری سلامت ایجاد کرده است. از طرف دیگر در برخی دیگر از مناطق ایران، دارای ظرفیت‌های تندرستی بمانند آب درمانی، لجن درمانی و ... است، لکن با وجود ظرفیت بالقوه در ایران برای گردشگری سلامت، سهم ایران از گردشگر سلامت دنیا و خصوصاً کشورهای حوزه خلیج فارس، بسیار پایین است، برای افزایش این سهم، نیاز است که حساسیت تقاضای گردشگران حوزه خلیج فارس نسبت به عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری تخمین زده شود. بنابراین هدف این تحقیق، تخمین حساسیت تقاضای گردشگری سلامت (جمع تقاضای گردشگری درمانی و تقاضای گردشگری تندرستی) از کشورهای خاورمیانه می‌باشد.

باید توجه داشت که گردشگری سلامت سفری سازمان یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر، به منظور حفظ بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد. گردشگری سلامت، امروزه از رو به رشدترین بخش‌های صنعت گردشگری در جهان است که به دلیل کم هزینه بودن ارائه خدمات درمان در کشور ایران، از بهترین وجوه توسعه اقتصادی به شمار می‌آید و فرصتی مناسب جهت ارائه خدمات پزشکی به گردشگران و نیز ایجاد رضایتمندی در بیماران خارجی مراجعه کننده به کشور، جهت درمان برای ارتقاء اعتبار و اقتصاد کشور است (توکلی و محمدیان سارویی، ۱۳۹۵؛ ۶۹). گردشگری سلامت، هرگونه مسافرت برای ارتقای سلامت را دربر می‌گیرد و به عنوان یکی از ابعاد گردشگری، به توسعه پایدار و پویایی اقتصاد کشور کمک می‌نماید (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ۶۹). در میان حوزه‌های مختلف گردشگری، گردشگری سلامت به دلیل قابلیت و مزیت‌های رقابتی از توجه زیادی برخوردار شده است، برآورد شده است هر گردشگر سلامت سه برابر یک گردشگر معمولی موجب ارزآوری می‌شود (ملکی و توانگر، ۱۳۹۴؛ ۱۵۴).

در شرایط کنونی، صنعت گردشگری به حدی اهمیت یافته که به یکی از پتانسیل‌های بالقوه برای ایجاد فرصتهای شغلی، ارزآوری و افزایش استانداردهای زندگی مبدل گردیده است (سالم و نیازی، ۱۳۹۶؛ ۱۶۲).

طی چند سال گذشته، به تعداد افرادی که به منظور استفاده از خدمات سلامت از کشورهایشان خارج شده‌اند، افزوده شده است. اطلاعات دقیقی از تعداد بیمارانی که خدمات سلامت را در مقاصد گردشگری سلامت دریافت می‌کنند، وجود ندارد. مشکل اصلی در تعیین تعداد گردشگران سلامت مربوط به تعریف دقیقی از این گردشگران است. در واقع عدد گزارش شده شامل درمان خارجیان مقیم کشور مقصد، مسافران تجاری و گردشگران نیازمند خدمات سلامت در زمان اقامت می‌شود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ۷۱).

علاوه بر این آمار، کسانی که از خدمات تندرستی نظیر یوگا، ماساژ و غیره استفاده می‌کنند، ممکن است به این آمار اضافه شوند. با این حال، بدیهی هست که تعداد قابل توجهی از بیماران در فرآیند گردشگری پزشکی مشارکت می‌نمایند. ایران با پیشرفت در حوزه‌های ناباروری، سلول‌های بنیادی، جراحی قلب و چشم، جراحی‌های زیبایی پلاستیک، تشخیص و درمان انواع سرطان و نیز وجود چشمه‌های آب گرم و گنبد‌های نمکی، دریاچه‌های آب شور و امکانات لجن درمانی در اکثر مناطق جزء ۴۱ کشور فعال در حوزه گردشگری سلامت دنیا درآمده است. کشور ایران بر اساس اهداف توسعه چشم انداز ساله خود در افق ۱۴۰۴ یکی از قطب‌های اصلی گردشگری سلامت در منطقه خواهدگردید (خوارزمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ ۹). پیشرفت‌ها و دستاوردهای پزشکی و سطح بالای تجهیزات بهداشتی درمانی در برخی از مناطق ایران، امکان و فرصت‌های جدیدی را برای حوزه گردشگری به ویژه در زمینه جذب گردشگری سلامت ایجاد کرده است (ملکی و توانگر، ۱۳۹۴؛ ۱۵۵). همچنین تاکنون بیش از ۳۵۰ دهنه چشمه آب معدنی شناسایی شده است که کیفیت اکثر این چشمه‌ها مناسب است و از این نظر، پتانسیل بسیار مناسبی برای توسعه گردشگری سلامت مبتنی بر آب در کشور وجود دارد که مستلزم واکاوی و برنامه‌ریزی است. (سهم ایران از بازار گردشگری سلامت با وجود ظرفیت‌های بالای پزشکی و بهداشتی درمانی ناچیز است). ثبت سفر و درمان ۱۶۰ هزار بیمار خارجی در سامانه وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۶ با حدود ۶۰۰ میلیون

دلار درآمد از این محل برای کشور حاصل شده است. درآمد جهانی از گردشگری پزشکی ۱۵۰ میلیارد دلار بوده که سهم ایران از آن در سال ۱۳۹۶ کمتر از نیم درصد بوده است (کمالی و آسایش، ۱۴۰۰، ۸) با توجه به ظرفیت‌های بالقوه کشور ایران به عنوان یکی از مناطق و قطب‌های گردشگری سلامت جهان و اثرات گردشگری است که موجب رونق درآمد، جلوگیری از مهاجرت و تنوع فعالیت اقتصادی می‌شود (درویشی و همکاران، ۱۳۹۹)، اثرات تکاثری گردشگری به نقل از (الهی و همکاران، ۱۳۹۸)، شناخت عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگر سلامت از کشورهای همسایه خصوصا کشورهای خاورمیانه ضروری است، بنابراین تحقیق در پی پاسخ‌گویی به این سوال است؛ حساسیت تقاضای گردشگری سلامت از کشورهای خاورمیانه به تغییرات عوامل مؤثر چه میزان است؟

مبانی نظری

تعیین تابع تقاضای گردشگری سلامت

گردشگری سلامت به عنوان یکی از ابعاد گردشگری، هرگونه مسافرت برای ارتقای سلامت را در بر می‌گیرد و به توسعه پایدار و پویایی اقتصاد کشور کمک می‌نماید. همچنین گردشگری سلامت، یک استراتژی ملی در راستای افزایش درآمد کشور و نیز یک بازوی امنیتی محسوب می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). درخصوص عوامل مؤثر بر جذب گردشگر علی‌الخصوص گردشگری سلامت تحقیق‌های موردی مختلفی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است:

عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری سلامت را می‌توان با استفاده از یکی از نظریه‌های کلاسیک تجارت بین الملل، یعنی نظریه هکچر اوهلین یا نظریه وفور نسبی عوامل تولید توضیح داد. براساس این نظریه مناطق در تولید کالاها و خدمات تندرستی، درمانی و پزشکی که موجودی نسبی عوامل تولید در آنها بیشتر است تخصص می‌یابند؛ زیرا این مناطق به علت فراوان بودن نسبی عوامل تولید کالاها و خدمات تندرستی، درمانی و پزشکی را ارزان تر تولید می‌کنند. این موضوع در صنعت گردشگری سلامت به آن معنا است که منطقه‌ای که آب و هوای گرم، سواحل آفتابی، منابع درمانی و پزشکی دارد. عرضه کننده و صادرکننده خدمات گردشگری است و منطقه‌ای که این منابع را ندارند، واردکننده خدمات گردشگری هستند. بنابراین، در گردشگری سلامت تفاوت‌های عرضه و تقاضا عوامل تعیین کننده جریان گردشگری یا به عبارت

بهرتر تجارت این خدمات هستند. تجارت دو طرفه (درون صنعت پزشکی) نشان می‌دهد که تغییرات در عرضه به تنهایی علت تجارت یا همان گردشگری سلامت نیست. تمایز محصول، هزینه‌های حمل و نقل و همچنین جانشینی ناقص در الگوهای دوطرفه تجارت از جمله موارد مهم و حائز اهمیت هستند. عرضه ناکافی در یک منطقه و کمبود در منطقه واردکننده نیاز به تجارت دو طرفه را امکان پذیر می‌سازد (مروت و همکاران، ۱۳۹۷؛ ۲۸۰).

طبق مدل جاذبه، عوامل رانشی (فشار) در فرد تمایل به سفر ایجاد می‌کند و عوامل کششی فرد را در انتخاب مقصد مناسب کمک می‌کند. در یک مفهوم گسترده، انگیزه‌هایی چون: میل به رهایی، استراحت، آرامش، قدر و منزلت، بهبود روابط خویشاوندی، تسهیل تعاملات اجتماعی، ماجراجویی، سلامت و تناسب اندام، عوامل رانشی در نظر گرفته می‌شوند. انگیزه‌هایی مانند: سواحل، آب و هوا، منطقه آرام، امکانات تفریحی، جاذبه‌های فرهنگی، آموزش، انتظار سود و بازاریابی، عوامل کششی‌اند. در زمینه گردشگری درمانی، عوامل رانشی شامل ویژگی‌های جامعه شناختی (سن، جنسیت، درآمد، آموزش و مرتبط با سلامت) وضعیت بیمه، وضعیت سلامتی است و نشان دهنده تقاضا برای خدمات پزشکی است. در مقابل، عوامل کششی عمدتاً مربوط به مقصد گردشگری درمانی است و شامل محیط کشور (ثبات اقتصادی، تصویر کشور) و کیفیت خدمات و امکانات پزشکی مراقبت با کیفیت، مجوز رسمی، شهرت پزشکان است. بنابراین، عوامل رانشی بر خروج و عوامل کششی بر ورود گردشگران درمانی تأثیرگذارند (کمالی و همکاران، ۱۳۹۸، ۶۶۳).

فترتیچ و استفانو^۱ (۲۰۱۶)، با استفاده از مدل رانشی-کششی، شاخص گردشگری درمانی را توسعه داده‌اند. این شاخص از چهار عامل تشکیل شده: محیط کشور، مقصد گردشگری، هزینه پزشکی و خدمات و امکانات پزشکی.

ویراسونثورن و بایس^۲ (۲۰۱۰) مدل رانشی-کششی را برای بررسی عوامل مؤثر بر فرآیند تصمیم‌گیری مسافران پزشکی بین‌المللی در سفر به تایلند استفاده کرده‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل کششی

1. Fetscherin and Stephano
2. Wirasunthorne and Bice

گردشگری پزشکی در تایلند شامل نوآوری‌های پزشکی، بهره‌وری سازمانی، کیفیت خدمات و پیوند فرهنگی است.

علی‌ایحال درخصوص مناطق مختلف یک کشور بصورت مقایسه‌ای کاری یافت نشده است تا بتوان برنامه‌ریزی منطقه‌ای برای این امر انجام شود، جهت تعیین متغیرهای توابع تقاضای گردشگری سلامت از نتایج تحقیق کمالی و آسایش (۱۳۹۸؛ ۶۶۴ و ۶۶۵)، مبتنی بر بررسی نظریه‌های مختلف درخصوص تقاضای گردشگری بمانند نظریه‌های تجارت مانند نظریه هکچر-اوهلین^۱ و قانون جاذبه در سطح کلان و نظریه‌های تقاضای گردشگری مبتنی بر مطلوبیت در سطح خرد از قبیل الگوهای تجرید (۱۹۶۶ و ۱۹۷۱) با متغیرهای اثرگذار اصلی درآمد سرانه دو کشور، الگوهای اقتصادی خرد راگ^۲ (۱۹۷۳) با متغیرهای اثرگذار اصلی مقایسه هزینه درمان، ساکایی^۳ (۱۹۸۶) با متغیرهای اثرگذار اصلی انواع هزینه اقامت و درمان، اسکپرلود (۱۹۹۰) با متغیرهای اثرگذار اصلی انواع هزینه اقامت و درمان و زمان مورد انتظار خدمت و بکال (۱۹۹۸) با متغیرهای اثرگذار اصلی نرخ ارز، الگوی تقاضای کیلمان^۴ (۱۹۹۰) با متغیرهای اثرگذار اصلی شاخص تورم، نرخ ارز تعدیل شده، قیمت بلیت هوایی، الگوی ویت و مارتین^۵ (۱۹۹۲) با متغیرهای اثرگذار اصلی درآمد قابل تصرف شخصی سرانه، هزینه واقعی سفر، هزینه جهانگردی در مقصد نسبت به هزینه جهانگردی در مبدأ، نرخ تبدیل ارز مقصد نسبت به مبدأ، مدل تقاضای جهانگردی دیاموند^۶ (۲۰۰۰) با متغیرهای اثرگذار اصلی هزینه‌های حمل و نقل، هزینه‌های نسبی هتل و اقامت، جاذبه‌ها و تنوع آن، نظریه اقتصادی ارزش‌گذاری براساس الگوی مطلوبیت (میلر^۷ - ۱۹۷۴ هانمن^۸ - ۱۹۸۲) با متغیرهای اثرگذار اصلی مدل جذابیت، مدل سانگ و وایت^۹ (۲۰۰۰) با متغیرهای اصلی هزینه مسافرت از کشور مبدأ به مقصد و دیگری هزینه‌ی زندگی برای گردشگران در مقصد، الگوی گینوس^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۳) با متغیرهای اصلی درسترس بودن، هزینه، کیفیت و قوانین اخلاق زیستی به علاوه هزینه بالای درمان در کشور مبدأ یا

1. Heckher-Ohlin theory

2. rag

3. Sakai

4. Kilman

5. Witt and Martin

6. Diamond

7. Miller

8. Hatman

9. Song and White

10. Guinness

غیرقانونی بودن آن و همچنین تمایل به جذابیت‌های توریستی رایج هتل‌ها، هوای مطلوب، غذا و بازدیدهای فرهنگی و تاریخی در کنار فرایندهای درمانی و الگوی سازمان ملل متحد^۱ (۲۰۰۸) استفاده گردید. بطور مثال در مطالعه‌ای که توسط سازمان ملل متحد انجام شده است، عواملی از قبیل ایجاد تسهیلات پیشرفته، کیفیت بالا و هزینه پایین درمان به عنوان مهمترین عوامل جذب بیمار در حوزه گردشگری پزشکی بیان شده است (مروت و همکاران، ۱۳۹۷). یا مطابق مدل تقاضای الگوی مطلوبیت (میلر - ۱۹۷۴ هانمن - ۱۹۸۲) عواملی که تقاضای گردشگری را تحت تأثیر قرار می‌دهند می‌توان به سه دسته تبدیل کرد:

الف) عوامل برونزا: عوامل برونزای تقاضای گردشگری معمولاً به روند ادوار تجاری، پیشرفت در استفاده از فناوری، تغییرات در محل بازار، رشد اقتصادی، ویژگی‌های سیاسی و اجتماعی مقصدها و توانایی بهره‌برداری از منابع عرضه مربوط می‌شوند.

ب) عوامل اجتماعی - روانشناختی: عوامل اجتماعی - روانشناختی به آسانی قابل اندازه‌گیری نیست و به آسانی نمی‌توان آنها را در مدل‌های اقتصادی تقاضا قرار داد. این عوامل معمولاً در ارتباط با تصمیم‌گیری سفر و انتخاب مقاصد بررسی می‌شوند و برای درک هر چه بیشتر از بازار و تقاضای گردشگری اساسی هستند.

ج) عوامل اقتصادی: عوامل اقتصادی تقاضای گردشگری به آسانی قابل اندازه‌گیری‌اند و معمولاً در مطالعات تقاضای گردشگری استفاده می‌شوند.

همچنین طبق نتایج مطالعه کمالی و آسایش (۱۳۹۸) و کمالی و همکاران (۱۳۹۹) که به پایش نتایج الگوهای فوق پرداخته در این تحقیق نیز عوامل مؤثر بر گردشگر سلامت از گردشگران مبداء خاورمیانه به شرح ذیل انتخاب شدند:

- خدمات و مدت ویزا
- قیمت‌های نسبی (نرخ ارز)
- میزان درآمد شخصی قابل تصرف

- مقررات و تسهیلات ورود و خروج
- شرایط سیاسی و ارتباطی با ایران
- هزینه اقامت
- هزینه درمان
- زمان انتظار دریافت خدمت
- شهرت پزشک
- تخصص خاص

و این متغیر اکثراً از مدل حذف می‌شود (وارد جمله اخلاص می‌شوند) و در نهایت بر این اساس مدل تقاضای تقریباً ایده آل تخمین زده می‌شود.

پیشینه تحقیق

در خصوص عوامل مؤثر بر جذب گردشگر سلامت تحقیق‌های موردی مختلفی انجام شده است، علی‌الحد هیچ یک از تحقیق‌های یافت شده حساسیت تقاضای گردشگر سلامت را اندازه‌گیری نکرده است. خلاصه برخی از تحقیق‌ها درخصوص عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری به شرح جدول ۱ آماده است، نکته حایز اهمیت در بررسی مطالعات تجربی گذشته، مؤید عوامل انتخاب شده در این تحقیق، به عنوان عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری سلامت می‌باشد:

جدول ۱. خلاصه تحقیق‌های تقاضای و عوامل مؤثر بر گردشگری

محقق	سال	قلمرو	شاخص های مؤثر اصلی
کمالی و آسایش	۱۴۰۰	ایران	عوامل مختلف کلان از قبیل تورم و نرخ ارز و متغیرهای خدمات و مدت ویزا، مقررات و تسهیلات ورود و خروج، شرایط سیاسی و ارتباطی با ایران، هزینه اقامت، هزینه درمان، زمان انتظار دریافت خدمت و شهرت پزشک و تخصص خاص
ناریان و یو و ^۱	۲۰۲۱	مالزی	مشارکت فعال ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی بخش خصوصی، کیفیت خدمات، حمایت دولت
پاکان و هورسفال ^۲	۲۰۲۰	اسپانیا	امکانات و خدمات پزشکی و گردشگری با کیفیت، قیمت های بسیار رقابتی، تعهد و حمایت بالای مقامات محلی
کمالی و همکاران	۱۳۹۹	ایران	درآمد گردشگر، مدت زمان ویزا، قیمت، مخارج، تغییرات نرخ ارز، نرخ تورم

ادامه جدول ۱. خلاصه تحقیق‌های تقاضای و عوامل مؤثر بر گردشگری

شاخص های مؤثر اصلی	قلمرو	سال	محقق
عوامل اقتصادی قیمت های نسبی، عوامل جمعیت شناسی، عوامل جغرافیایی،	تهران	۱۳۹۷	فرزین و همکاران
هزینه و قیمت خدمات، هزینه‌های حمل و نقل و وجود استانداردهای بین‌المللی بیمارستان ها و مدرن بودن تجهیزات پزشکی منطقه	آذربایجان شرقی	۱۳۹۶	قاسمی یالغوزآغاچ و همکاران
هزینه درمان، نزدیکی فرهنگی-مذهبی، مزیت های رقابتی، کاربرد فناوری اطلاعات در تبلیغ، زیرساخت ها، کادر درمانی متخصص تورسیم، ایجاد امنیت	استان اردبیل	۱۳۹۶	حسینی نژاد و دریاباری
هزینه، تکنولوژی پیشرفته، خدمات با کیفیت بالا و مجوز رسمی	آمریکا	۲۰۱۶	رادمنش ^۱
کیفیت درمان، هزینه و برنامه‌های تبلیغاتی	-	۱۳۹۵	دهدشتی ^۲ و همکاران
چهار بعد کشوری، گردشگری، هزینه‌های درمانی و خدمات و تسهیلات پزشکی دارای ۳۴ زیرشاخص	تایوان	۲۰۱۶	فتچرین و استافانو ^۳
اینترنت	چین	۲۰۱۶	سورج ^۴ و همکاران
قیمت و نرخ ارز واقعی	آمریکا	۲۰۱۶	خوشنویس یزدی و خان علیزاده
زیرساخت های مناسب	تهران	۱۳۹۵	غلامی
متغیر وابسته با وقفه، تنظیم قیمت گردشگری از طریق نرخ ارز، قیمت جایگزین گردشگری و ارزش تجارت	مالزی	۲۰۱۵	حبیبی ^۵
قیمتهای نسبی، درآمد سرانه، سرمایه انسانی و هزینه دولت	برنگال	۲۰۱۵	کارلوس ^۶
قیمت	جمهوری چک	۲۰۱۵	کاترینا ^۷ و همکاران
تصویر مقصد	تایوان	۲۰۱۵	چی - ون وو ^۸

1. Radmanesh
2. Dehdashti
3. Fetscherin & Stephano
4. Surej
5. habibi
6. Carlos
7. Katrina
8. Chi - Wen Wu

ادامه جدول ۱. خلاصه تحقیق‌های تقاضای و عوامل مؤثر بر گردشگری

محقق	سال	قلمرو	شاخص های مؤثر اصلی
دلبری و همکاران	۱۳۹۴	یزد	کیفیت، امنیت، هزینه، بهره‌وری
رضایی و طاهرزاده	۱۳۹۴	شهر یزد	ظرفیت‌های خدماتی- فضایی
عزیز ^۱ و همکاران	۲۰۱۴	اروپا	شهرت بیمارستان
توکاموشابا و لین ^۲	۲۰۱۳	پکن	درآمد بازارهای مبدأ، هزینه‌های گردشگری در پکن و هزینه گردشگری در مقصد
یانگ ^۳ و همکاران	۲۰۱۲	چین	درآمد مطلق، درآمد نسبی، قیمت گردشگری داخلی و نیز قیمت جانشین
بدری و طیبی	۱۳۹۱	شهر مشهد	هزینه‌های محل اقامت
فرهادی	۱۳۹۰	ایران	عوامل فنی و تخصصی و عوامل زمینه‌ای
اسدی و دریایی	۲۰۱۱	مالزی	جاذبه‌های مدرن، فضای اجتماعی باز و محل اقامت استاندارد
منویل ^۴ و همکاران	۲۰۱۱	آمریکا	محیط سیاسی، اقتصادی، تکنولوژی، فرهنگی اجتماعی، جمعیت‌شناسی و جغرافیایی
بريستو ^۵ و همکاران	۲۰۱۱	کاستاریکا	هزینه و شهرت، تسهیلات مراکز درمانی، اعتباربخشی بیمارستان‌ها، شهرت پزشکان، فرصت‌های بعد از جراحی، فرهنگ کشور
هونگ ^۶ و همکاران	۲۰۱۰	۹ کشور آسیایی	هزینه زندگی، هزینه حمل و نقل و قیمت‌های هتل و روابط فرهنگی
محمدی و همکاران	۱۳۸۹	ایران	متغیرهای اقتصادی کشور مبدا و متغیرهای اقتصادی کشور مقصد شامل سطح عمومی قیمت‌ها
کاظمی	۱۳۸۹	اصفهان	تبلیغات
صمدیان و همکاران	۲۰۰۹	ترکیه و مالزی	توسعه زیرساخت‌ها
تقوی و قلیپور سلیمانی	۱۳۸۸	ایران	نرخ ارز

1. Aziz
2. Tokamushaba and Lin
3. Yang
4. Menvielle
5. Bristow
6. Huang

ادامه جدول ۱. خلاصه تحقیق‌های تقاضای و عوامل مؤثر بر گردشگری

شاخص های مؤثر اصلی	قلمرو	سال	محقق
زیرساخت شبکه حمل و نقل، ظرفیت اقامت در کشور میزبان و شبکه های ارتباطی نوین	ترکیه	۲۰۰۹	اصلان و همکاران
شاخص قیمت مصرف کننده ایران به کشورهای مبدأ، میانگین تولید ناخالص داخلی کشورهای مقصد، نرخ ارز حقیقی، حجم تجارت به صورت مجموع صادرات و واردات غیرنفتی ایران	ایران	۱۳۸۸	فرزین
جنبه های پزشکی، ویژگیهای مقصد، کیفیت مراقبتهای پزشکی، ترویج همدلی (همنشینی) و هزینه ها	هنگ کنگ	۲۰۰۸	یی ^۱ و همکاران
متغیرهای نرخ ارز و درآمد سرانه کشور چین	تایوان	۲۰۰۸	مونتینهو ^۲ و همکاران
رشد درآمد، هزینه های حمل و نقل	هند	۲۰۰۸	چایبونسری ^۳ و همکاران
ساختار مناسب، هزینه، کیفیت خدمات درمانی و خبرگزاری‌ها	ایران	۱۳۸۶	کاظمی
نرخ واقعی ارز، درآمد کل جهان و هزینه حمل و نقل	روسیه	۲۰۰۶	آلگیری ^۴
درآمد سرانه و قیمت های نسبی	ایران	۱۳۸۴	حبیبی و عباس نژاد
افزایش بودجه سالانه سازمان گردشگری، متغیر مجازی سال های ناامنی در ایران، امنیت سیاسی و نرخ ارز، شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی	ایران	۱۳۸۴	آقاجانی و فراهانی فرد
درآمد	ترکیه	۲۰۰۴	هالیسی اوغلو ^۵
شاخص بهای کالاهای خدمات مصرفی در ایران، افزایش تولید ناخالص جهانی	ایران	۱۳۸۳	موسایی

منبع: یافته‌های تحقیق

چارچوب مفهومی تحقیق

سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل توسط رادیتون و مولبایر معرفی و سپس برای تحلیل رفتار مصرف کننده از آن استفاده نمودند. این پایه‌ی تمامی مطالعات در دهه‌های ۱۹۸۰ به بعد شد و در زمینه‌های متعددی از جمله تئوری تقاضا، تجارت بین‌الملل و توزیع درآمد مورد استفاده قرار گرفت (بیوزی، ۱۹۹۴). اشاره

1. Ye
2. Mountinho
3. chaibonsari
4. Allegiri
5. Halisioglu

می‌کند که طی ۱۲ سال (۱۹۸۰-۹۱) از الگوی سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل ۲۳۷ مرتبه استفاده شده است و از بررسی ۲۰۷ مقاله معلوم شده که در ۸۹ کار تجربی از این الگو در تحلیل تقاضا استفاده شده است (سالم و نیازی، ۱۳۹۶).

الگوی پیشنهادی دیتون و مولبایر با عنوان الگوی ایدز ایستا شناخته شده است و سپس، تعدیلاتی در آن صورت گرفته است که با عنوان الگوی ایدز پویا، تلفیقی (جمعی) و معکوس نامیده شده است. (دویس و همکاران، ۲۰۰۰) مراجعه کنید. الگوی ایدز ایستا از تابع مخارج خاصی استخراج می‌شود و براساس قضیه‌ی لم‌شفارد و انجام یک سری عملیات جبری می‌توان معادله سهم بودجه‌ای هیکسی و از آن طریق، معادله سهم بودجه‌ای مارشالی را استخراج کرد. سهم بودجه‌ای مارشالی کالای i ام به صورت زیر بوده و به الگوی ایدز ایستا^۱ (SAIDS) معروف شده است.

$$W_i = \alpha_i + \sum_{j=1}^n \gamma_{ij} \ln P_j + \beta_i \ln\left(\frac{X}{P}\right) \quad (1)$$

$j = 1, \dots, n$

که در آن W_i سهم بودجه‌ای کالای i ام، P_j قیمت کالای j ام، X مخارج کل گردشگری سلامت می‌باشد که به عنوان درآمد تخصیصی گردشگر سلامت در نظر گرفته شده است. α_i عرض از مبدا مدل، γ_{ij} ضریب متغیر قیمت کالای j ام در معادله‌ی سهم کالای i ام، β_i ضریب متغیر مخارج کل تعدیل شده با شاخص استون و P شاخص قیمت کل ترانسلاگ بوده و به صورت زیر تعریف می‌شود:

$$\ln P = \alpha_0 + \sum_{k=1}^n \alpha_k \ln P_k + \sum_{j=1}^n \sum_{k=1}^n \gamma_{kj} \ln P_k \ln P_j \quad (2)$$

شاخص قیمت سیستم معادلات را به سیستم معادلات غیرخطی تبدیل می‌کند و به ندرت در مطالعات تجربی استفاده شده است. در مطالعات تجربی عمدتاً از تقریب خطی الگوی ایدز^۲ (LA/AIDS) استفاده می‌شود، زیرا برآورد پارامترهای این مدل نیاز به آمار جامع و کاملی دارد. دیتون و مولبایر (۱۹۸۰) برای رفع این مشکل، شاخصی را معرفی نمودند که از آن به عنوان شاخص استون یاد می‌شود، به جای استفاده از شاخص قیمت P در معادله، از P^* در معادله استفاده می‌شود که P^* شاخص قیمت استون می‌باشد.

1. Static Approximate of Almost Ideal Demand System
2. Linear Approximate of Almost Ideal Demand System

$$\ln P^* = \sum_{k=1}^n W_i \ln P_i \quad (3)$$

در رابطه بالا P^* شاخص قیمت استون، W_i سهم بودجه‌ای کالای i ام و P_i قیمت کالای i ام می‌باشد. با استفاده از این شاخص، سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل خطی به دست می‌آید. همچنین از ضرایب برآورد شده‌ی، معادلات کشش‌های قیمتی تقاضا و کشش مخارجی (درآمدی) تقاضا به دست می‌آید:

$$\begin{aligned} \varepsilon_{ij} &= -1 + \left(\frac{\gamma_{ij}}{W_i} \right) - \beta_i & i = 1, \dots, 5 \\ \eta_i &= 1 + \left(\frac{\beta_i}{W_i} \right) & i = 1, \dots, 5 \end{aligned} \quad (4)$$

برآورد معادلات در سیستم معادلات تقریباً ایده‌آل، با استفاده از داده‌های سری زمانی است. لیکن به پیروی از فعالیت تحقیقاتی آقایان هوانگ و لین (۲۰۰۰)، استفاده از داده‌های مقطعی نیز، امکان پذیر است. برخی از استفاده‌ها از مدل ایدز به شرح ذیل می‌باشند:

دیتون و مولبایر (۱۹۸۰) سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل را استخراج کردند. آنها پس از معرفی الگوی خود به برآورد آن پرداختند. الگو با استفاده از داده‌های سالانه انگلستان برای دوره ۷۴-۱۹۵۴ برای هفت گروه از کالاها شامل خوراک، پوشاک، خدمات خانگی، سوخت، نوشیدنی‌ها و تنباکو، حمل و نقل و ارتباطات و در نهایت، سایر کالا و خدمات مورد برآورد قرار گرفت. در مرحله‌ی اول، الگو با استفاده از شاخص استون برای هر یک از کالاها و به طور مجزا با استفاده از روش حداقل مربعات معمولی برآورد شده است. نتایج حاصل از این برآورد نشان می‌دهد که خوراک و پوشاک، کالاهایی ضروری و دیگر کالاها، کالاهای لوکس است. در این برآورد از ۶۴ ضریب برآورد شده تنها ۲۲ ضریب با معنا بودند. در مرحله دوم، سیستم معادله به معادله با فرض وجود همگنی بار دیگر برآورد شد. نتایج حاصل از آزمون همگنی باردیگر برآورد شد. نتایج حاصل از آزمون همگنی، نشان داد که برای چهار گروه کالا این فرضیه پذیرفته نشد. از سوی دیگر، آنها با اعمال قید همگنی خود همبستگی پیاپی را در معادلات مشاهده کردند.

این پژوهشگران رد فرضیه‌ای همگنی را ناشی از در نظر نگرفتن متغیرهای دیگری به جز قیمت‌ها و مخارج کل که بر تابع تقاضا مؤثر هستند، می‌دانند. در مرحله‌ی سوم دیتون و مولبایر، سیستم تقاضای ایده‌آل را با اعمال قیود همگنی و تقارن برآورد نموده‌اند. نتایج حاصل از آزمون تقارن حاکی از رد فرضیه‌ی تقارن در الگوی سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل می‌باشد. این پژوهشگران همچنین بررسی کردند تا چه حد شاخص استون به شاخص واقعی قیمت نزدیک است. آنها تأکید می‌ورزند که نزدیکی این دو ماهیت داده‌ها و تغییرات در قیمت‌های نسبی بستگی دارد. آنها در پایان نتیجه می‌گیرند که این الگو، ابزار قوی برای آزمون فرضیه‌ها و همچنین بسط و توسعه تحلیل متعارف رفتار مصرف کننده می‌باشد و اظهار نموده‌اند که متغیرهای دیگری جز مخارج کل و قیمت‌های جاری بر تابع تأثیر دارند.

با توجه به آن که نمی‌توان تفسیرهای مستقیمی از پارامترهای الگوی سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل (AIDS) داشت، بنابراین باید کشش‌ها را محاسبه و سپس آنها را تفسیر کرد. برای محاسبه کشش‌های قیمتی (جبران شده و نشده) و کشش‌های مخارجی (درآمدی) فرمول‌های مختلفی توسط کالفانت (۱۹۸۷)، گرین و آلتون (۱۹۹۰)، گرین (۱۹۹۱)، مدافری و برورسن (۱۹۹۳) ارائه شده است. بنابراین از مدل ایدز برای پاسخ به سوال اساسی تحقیق که حساسیت تقاضای سلامت گردشگران خاورمیانه‌ای چگونه است استفاده می‌گردد.

روش تحقیق

در این تحقیق، از روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شده است و ابزار جمع آوری داده‌های فیش‌برداری و استفاده از پرسشنامه می‌باشد. نمونه گردشگران از کشورهای خاورمیانه از قبیل ترکیه، عراق، کویت و عمان، اخذ شده است و جمع آوری پرسشنامه از نمونه، ۸ ماه (۴ ماه در سال ۱۳۹۷ و ۴ ماه در سال ۱۳۹۸) بطول انجامیده است. ترکیب نمونه تحقیق در نقشه شکل ۱ و جدول ۲ مشخص شده است:

جدول ۲. کشورهای خاورمیانه که دارای گردشگر در نمونه گردشگران سلامت

کشور	عراق	ترکیه	کویت	عمان	جمع نمونه
تعداد گردشگر سلامت	۸۰	۴۸	۳۲	۲۲	۱۸۲
نماد در نقشه					-

منبع: یافته‌های پژوهش



شکل ۱. نقشه کشورهای خاورمیانه که دارای گردشگر در نمونه گردشگران سلامت، منبع: یافته‌های تحقیق

برای تخمین توابع تقاضا نیز از سیستم معادلات همزمان استفاده گردید.

الگوی تحقیق

از آنجاکه هدف تحقیق بررسی حساسیت گردشگران سلامت (تقاضای تجمعی درمانی و تندرستی) به عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگران سلامت می‌باشد مدل تقاضای گردشگری سلامت به شرح ذیل ارائه می‌شوند:

جهت بررسی رابطه عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری سلامت از نظر متخصصان گردشگری بر تقاضای گردشگری سلامت از مدل تقاضای زیر استفاده می‌کنیم:

$$T_i = a_j + \sum_{j=1}^4 \gamma_{ij} \text{Ln} p_j + \beta_i \text{Ln} \left(\frac{M}{P} \right) + \gamma_1(ex) + \gamma_2 \text{Ln}(income) + \gamma_3(law) + \gamma_4(quality) + \gamma_5(cap) + \gamma_6(coor) + \gamma_7(equip) + \gamma_8(inf) \quad (5)$$

$i, j = 1, 2, 3, 4$

که در آن:

- T_1 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به خدمات سلامت، T_2 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به اقامت، T_3 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به هزینه های حمل و نقل، T_4 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به سایر هزینه های سفر
- P_1 : مخارج هزینه خدمات سلامت به مدت زمان دریافت خدمات دریافتی، P_2 : مخارج سرانه روزانه محل اقامت P_3 : مخارج سرانه روزانه حمل و نقل P_4 سایر مخارج سرانه روزانه و P : شاخص قیمت استون
- cap : میزان برخورداری از ظرفیت های سلامت
- $coor$: میزان همراهی بین آژانس های گردشگری و مراکز درمانی و پیشگیری
- $equip$: میزان امکانات گردشگری سلامت
- inf : نرخ تورم

بوده و همچنین از ضرایب برآورد شده معادلات فوق کشش قیمتی تقاضا با استفاده از رابطه ذیل محاسبه می گردد:

$$\varepsilon_i = -1 + \left(\frac{\gamma_{ii}}{w_i} \right) - \beta_i \quad (6)$$

$i = 1, 2, 3$

که در آن \bar{w}_i متوسط سهم مخارج کالای i در نمونه می باشد.

تجزیه و تحلیل و یافته ها

در این قسمت با استفاده از مطالب پیشین ابتدا بررسی پایایی متغیرهای مدل می پردازیم و سپس به برآورد مدل مورد بررسی می پردازیم.

بررسی پایایی متغیرهای مدل

در این قسمت به بررسی پایایی متغیرهای مدل پرداخته می شود البته لازم به ذکر است که تمامی داده های مورد نیاز برای انجام این تحقیق از پرسشنامه جمع آوری گردیده بنابراین داده جنس مشاهدات از نوع داده-

های مقطعی می‌باشند بنابراین بررسی پایایی در این نوع داده‌ها الزامی ندارد ولیکن به جهت تکمیل و اطمینان نتایج بررسی پایایی بطور خلاصه در جدول ذیل آمده است.

جدول ۳. بررسی پایایی متغیرهای مدل تقاضای سلامت

متغیر	آماره آزمون	سطح احتمال	سطح پایایی
T_1 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به خدمات پیشگیرانه	-۱۰/۱۴۳	۰,۰۰۰	I(0)
T_2 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به اقامت	-۱۰/۲۰۸	۰,۰۰۰	I(0)
T_3 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به هزینه‌های حمل و نقل	-۱۰/۵۸۳	۰,۰۰۰	I(0)
T_4 : سهم بودجه سفر اختصاص یافته به سایر هزینه‌های سفر	-۱۰/۰۰۶	۰,۰۰۰	I(0)
LP_1 : لگاریتم مخارج هزینه خدمات پیشگیرانه به مدت زمان دریافت خدمات دریافتی	-۱۰/۳۹۹	۰,۰۰۰	I(0)
LP_2 : لگاریتم مخارج سرانه روزانه محل اقامت	-۱۱/۷۵۰	۰,۰۰۰	I(0)
LP_3 : لگاریتم مخارج سرانه روزانه حمل و نقل	-۵/۱۳۷	۰,۰۰۰	I(0)
LP_4 : لگاریتم سایر مخارج سرانه روزانه	-۱۰/۶۱۳	۰,۰۰۰	I(0)
M/P : لگاریتم نسبت میزان کل مخارج سفر به شاخص قیمت استون	-۱۰/۶۹۳	۰,۰۰۰	I(0)
ex : نرخ ارز	-۱۱/۲۴۲	۰,۰۰۰	I(0)
$Lincome$: لگاریتم میزان درآمد	-۱۲/۴۸۱	۰,۰۰۰	I(0)
law : مقررات و تسهیلات ورود و خروج	-۱۰/۴۷۷	۰,۰۰۰	I(0)
$quality$: کیفیت محل اقامت	-۹/۷۷۹	۰,۰۰۰	I(0)
cap : میزان برخورداری از ظرفیت‌های درمانی	-۹/۸۳۱	۰,۰۰۰	I(0)
$COOF$: میزان همراهی بین آژانس‌های گردشگری و مراکز درمانی	-۱۰/۲۸۹	۰,۰۰۰	I(0)
$equip$: میزان امکانات گردشگری سلامت	-۹/۶۱۱	۰,۰۰۰	I(0)
inf : نرخ تورم	-۱۰/۷۷۲	۰,۰۰۰	I(0)

منبع: یافته‌های تحقیق

همانطور که مشاهده می‌شود تمامی متغیرها در سطح پایا هستند بنابراین می‌توان برای برآورد مدل از مقادیر سطح متغیرها استفاده نمود.

برآورد مدل تقاضای تقریباً ایده‌آل تقاضای گردشگری سلامت

در این قسمت نتایج برآورد مدل آورده شده با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه به شرح جدول ذیل ارائه می‌گردد.

جدول ۴. برآورد مدل ایدز تقاضای گردشگری سلامت

متغیر	رابطه سهم مخارج سلامتی		رابطه سهم مخارج محل اقامت		رابطه سهم مخارج حمل و نقل		رابطه سهم سایر مخارج	
	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t
LP_1	-۰/۰۰۷۱۴	-۲/۳۳۳۶۱	۰/۰۱۳۹۷	۰/۷۶۲۷۹۵	۰/۰۰۰۲۰۱	۰/۱۶۸۸۴	-۰/۰۰۷۱۴	-۰/۳۹۰۹۵
LP_2	۰/۰۰۵۷۱۷	۲/۱۸۸۵۴۶	۰/۰۶۰۴۸۱	۰/۸۶۸۵۷۱	۰/۰۲۰۰۶	۱۷/۰۷۰۰۶	-۰/۰۸۶۲۶	-۵/۷۰۹۰۸
LP_3	۰/۰۰۳۳۲	۰/۸۴۷۰۵۲	-۰/۰۲۲۲۳	-۰/۹۵۰۶۷	۰/۰۰۱۶۱	۹/۲۰۸۹۲۴	۰/۰۱۷۳۰۳	۰/۷۲۷۳۳۸
LP_4	-۰/۰۰۸۰۴	-۲/۸۶۳۶۶	-۰/۰۵۴۱	-۳/۱۸۶۴۳	-۰/۰۲۱۴۲	-۱۶/۸۴۹۶	۰/۰۸۳۵۵۷	۵/۶۹۸۱۶۹
M / P	۰/۰۱۱۰۲۲	۳/۶۰۴۱۹۴	۰/۰۲۱۲۴۲	۱۱/۵۳۲۰۲	-۰/۰۰۱۹	-۱۳/۶۹۷۳	-۰/۰۳۰۳۶	-۳/۳۸۶۷۶
ex	۰/۰۱۷۰۹۵	۱۰/۹۹۹۲۵	-۰/۰۰۹۱۵	-۰/۹۸۱۴۷	-۰/۰۰۰۸	-۱/۱۳۳۳۱	-۰/۰۰۷۱۴	-۰/۷۵۹۲۳
$Lincome$	۰/۰۳۴۱۹	۵/۱۴۵۶۵۵	-۰/۰۲۶۱۵	-۰/۶۵۲۶۳	-۰/۰۰۱۰۱	-۰/۳۴۰۹	-۰/۰۰۷۰۴	-۰/۱۷۱۹۶
law	۰/۰۰۰۴۰۲	۰/۲۸۲۸۲۱	-۰/۰۱۲۳۷	-۱/۱۶۲۴۷	-۰/۰۰۰۲	-۰/۲۰۱۱۲	۰/۰۱۲۰۶۷	۱/۲۴۴۹۳۳
$quality$	۰/۰۰۵۰۲۸	۳/۰۴۳۹۵۱	-۰/۰۲۳۰۳	-۲/۳۲۳۹۴	۰/۰۰۰۱۰۱	۰/۱۴۴۸۰۶	۰/۰۱۷۹	۲/۰۹۲۶۵۴
cap	۰/۰۰۵۲۲۹	۵/۶۰۷۲۲۶	-۰/۰۰۰۱	-۰/۰۱۲۰۷	۰/۰۰۰۰	-۰/۱۱۷۶۶	-۰/۰۰۵۱۳	-۰/۹۳۱۱۹
$coor$	۱/۰۱۰۵	۰/۰۰۶۰۳۴	۰/۰۰۰۷۰۴	۰/۱۰۶۵۹۴	-۰/۰۰۰۰۱	-۰/۲۲۱۲۳	-۰/۰۰۰۰۶	-۰/۰۹۱۵۱
$equip$	۰/۰۰۵۸۳۲	۶/۰۳۹۶۳۴	-۰/۰۰۴۴۲	-۰/۷۶۵۲۶	۰/۰۰۰۷۰۴	۱/۵۲۴۴۹	-۰/۰۰۲۰۱	-۰/۳۶۷۰۴
inf	-۰/۰۰۰۶۱۳	-۷/۰۶۵۳۵	۰/۰۱۱۸۶۶	۰/۲۶۸۶۳۴	۰/۰۰۰	-۰/۰۷۲۴	-۰/۰۰۵۷۳	-۱/۲۰۱۶۹
عرض از مبدا	۰/۱۰۷۵۳۵	۰/۹۵۸۸۷	۰/۴۸۱۴۹۶	۰/۷۱۳۵۵	۰/۰۴۷۱۳۵	۰/۹۲۷۶۱۵	۰/۳۶۸۱۳۵	۰/۴۸۱۴۸
R^2	۸۰٪		۵۲/۹٪		۹۵٪		۶۰٪	
آماره F	۳۷/۴۹		۸/۹		۸۰/۹۳		۱۹/۰۴	
DW	۱/۷۸		۱/۹۰		۱/۸۷		۱/۹۱	
آماره f آزمون وایت	۱/۲۶۹		۰/۶۱۹		۰/۹۲۸۰		۰/۵۹۸	

منبع: یافته‌های تحقیق

*از نظر آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد از ۵۲ پارامتر برآورد شده ۲۳ پارامتر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده‌اند و از آنجا که بر اساس آماره دوربین واتسون و آزمون وایت همه روابط برآورد شده فاقد خود همبستگی و نابرابری واریانس می‌باشند بنابراین نتایج قابل اتکا می‌باشند بنابراین معنادار بودن ضرایب به لحاظ آماری مبین حساسیت تقاضای گردشگران به متغیرهای متناظر ضرایب معنادار من از جمله قیمت، مخارج، نرخ ارز، تورم و ... می‌باشد. به عبارت دیگر معنادار بودن ضرایب‌های قیمت برای کالا

وخدمات درمانی دلالت بر آن دارد که دولت می‌تواند از این متغیرها به عنوان ابزاری برای رسیدن به هدف‌های اقتصادی خود در راستای تقویت گردشگری سلامت بهره‌برد.

در این رابطه مقدار R^2 نیز با توجه به مقطعی بودن داده‌ها بیانگر این موضوع است که مدل تغییرات متغیر وابسته را بخوبی نشان می‌دهد. پیرامون آماره F نیز که معیاری برای معنی داری کل رگرسیون بحساب می‌آید باید به این موضوع اشاره کرد که مقادیر بدست آمده برای این آماره نشان دهنده معنی‌دار بودن کل رگرسیون می‌باشد.

با توجه به نتایج جدول فوق نتایج کشش قیمتی به شرح جدول ۵ می‌باشد. علامت کشش‌های محاسبه شده مطابق با انتظارات تئوریک بوده و بیانگر این مطلب است که تنها تقاضای خدمات سلامت در مقابل قیمت این خدمات بسیار حساس می‌باشد (کشش بزرگتر از یک) و سایر کالاها، حمل و نقل و خدمات اقامتی در مقابل قیمت مناظرشان از حساسیت کمتری برخوردارند.

جدول ۵. برآورد کشش‌های قیمتی مدل ایدز پیشگیرانه (تندرستی)

خدمت یا کالا	خدمات درمانی	محل اقامت	حمل و نقل	سایر کالاها و خدمات
کشش قیمتی	-۱/۰۱۶۹۸	-۰/۸۱۹۷۶	-۰/۸۹۹۶۴	-۰/۶۶۷۸۷

منبع: یافته‌های تحقیق

نتیجه‌گیری

مطابق مبانی نظری تحقیق از عوامل مهمی که بر تقاضای گردشگری سلامت در همه مناطق اثر می‌گذارد، هزینه‌ها هستند که عمدتاً مربوط به هزینه‌های حمل و نقل، هزینه درمان و هزینه‌های اقامت می‌باشند. عامل مؤثر دیگر در تعیین هزینه گردشگری، نرخ ارز رایج در کشور مبدأ و مقصد است. بطور خاص در مناطق دارای سیستم درمانی و پزشکی از عواملی که نقشی اساسی در تقاضای گردشگری سلامت دارد، ویژگی‌های پزشکی و درمانی گردشگری است. بنابراین، مجموعه‌ای از عوامل در کیفیت خدمات تندرستی، درمانی و پزشکی مؤثرند که برخی از آنها عبارتند از: زیرساخت‌های گردشگری سلامت مانند زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، حمل و نقل، هتل‌ها، قوانین و مقررات مربوط به گردشگری، امنیت کشور و مطابق نتایج تحقیق برخی از عواملی که تقاضای گردشگری سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، عوامل برونزا بمانند برخی هزینه‌ها و ویژگی‌های کشور مبدأ می‌باشند و برخی عوامل نیز قابل تغییر (از

قبیل کیفیت خدمات، اعتبار و توانمندی کادر، تبلیغات در کشورهای مبدأ و سایر خدمات حمایتی) می-باشند که می‌توان درخصوص این عوامل برنامه‌ریزی لازم را انجام تا سهم تقاضای گردشگری ایران چه در مناطق دارای سیستم درمانی و پزشکی و چه در مناطق دارای منابع طبیعی و اقلیم مناسب نیز افزایش یابد، از قبیل برخورداری از ظرفیت‌های درمانی و پزشکی و ایجاد امکانات می‌باشد. که بایستی در سیاست‌گذاری کلان ایران مورد توجه ویژه قرار گیرد. اما باید توجه به تمایز عوامل مؤثر بر نوع منطقه برای گردشگری براساس نوع گردشگری سلامت نیز وجود داشته باشد تا برنامه‌ریزی منطقه‌ای به رونق گردشگری سلامت کمک شایان صورت پذیرد. که این موضوع در این تحقیق مورد رصد قرار گرفت که نتایج تخمین سری همزمان با مدل ایدز حاکی از آن است که نرخ ارز بر تقاضای گردشگری سلامت درمانی (پزشکی) و پیشگیرانه (تندرستی) تأثیر معنادار و مثبت داشته که بیانگر این مطلب است که از نظر گردشگر سلامت خارجی، کاهش ارزش پول ملی موجب تقویت گردشگری سلامت خارجی می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های خوشنویس یزدی، خانعلی زاده (۱۳۹۵)، قلی و تقوی، حبیبی (۱۳۹۴)، پور سلیمانی (۱۳۸۸) و موهبتین و همکاران (۲۰۰۸)، در خصوص تأثیر نرخ ارز بر گردشگری همخوانی دارد.

همچنین طبق نتایج، نرخ تورم بر تقاضای گردشگری سلامت درمانی تأثیر معنادار و منفی داشته که بیانگر این مطلب است که کاهش قدرت خرید پول و افزایش قیمت‌ها موجب تضعیف گردشگری سلامت خارجی می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های موسایی (۱۳۸۳)، آقاجانی و فراهانی فرد (۱۳۹۷)، قاسمی یالغوز آغاچ (۱۳۹۶)، محمدی و همکاران (۱۳۸۹) در خصوص تأثیر نرخ تورم بر گردشگری همخوانی دارد.

همچنین رشد بخش سلامت بر گردشگری سلامت بر تقاضای گردشگری سلامت تأثیر معنادار و مثبت داشته که این بیانگر این مطلب است که توسعه و افزایش امکانات این بخش موجب تقویت گردشگری سلامت خارجی می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کاظمی (۱۳۸۸)، قاسمی یالغوز آغاچ (۱۳۹۶)، یی و همکاران (۲۰۰۸) و هوانت آل (۲۰۱۰) در خصوص تأثیر رشد بخش سلامت و امکانات آن بر گردشگری همخوانی دارد.

بررسی حساسیت تقاضا گردشگران خارجی حاکی از آن است که، تقاضای خدمات سلامت در مقابل قیمت این خدمات بسیار حساس می‌باشد (کشش بزرگتر از یک) و در برابر سایر کالاها، حمل و نقل و خدمات اقامتی در مقابل قیمت متناظرشان از حساسیت کمتری برخوردارند.

با توجه به بدست آمده از بررسی‌های انجام شده و نتایج این تحقیق توصیه می‌گردد:

- جهت موفقیت در جذب گردشگر خارجی در سطح کلان اقتصادی بایستی موضوع کنترل تورم در دستور کار دولت قرار گیرد، ضمن اینکه لازم است زیرساخت‌های این بخش با توجه به موارد ذیل نیز توسعه یابد:

➤ تسهیل مقررات و تسهیلات ورود و خروج

➤ کاهش زمان انتظار دریافت خدمت

➤ افزایش تخصص خاص با افزایش جذب در تخصص‌های پزشکی

- با توجه به تأثیر قیمت‌های نسبی (نرخ ارز)، هزینه حمل و نقل و سفر، هزینه اقامت و بهای خدمات تندرستی در تقاضای گردشگری سلامت، توسعه و افزایش خدمات داخلی به قیمت تمام شده کمتر از رقبای خارجی توسط دولت برنامه‌ریزی شود.

- با توجه به اینکه کشش قیمتی تقاضای گردشگری سلامت بزرگتر از یک بوده در حالیکه کشش قیمتی سایر کالاها و خدمات اقامتی کمتر از یک می‌باشند دولت می‌تواند با اعمال یک تعرفه و یا مالیات برای خدمات سایر خدمات گردشگری منابع لازم برای اعمال سوبسید برای کاهش قیمت خدمات سلامت جهت گردشگران از خاورمیانه را فراهم آورد تا از این طریق تقاضای گردشگری سلامت خارجی افزایش یافته و به طبع آن توسعه و رشد اقتصادی مناطق و استان‌های کشور را فراهم آورد. که این موضوع همراه است با سیاست‌های اقتصاد مقاومتی نیز می‌باشد.

با توجه به بدست آمده از بررسی‌های انجام شده و نتایج این تحقیق به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد:

- مدل‌های مشابهی را برای سایر حوزه‌های گردشگری طراحی کنند تا به بررسی عوامل مثبت و منفی مؤثر به صورت همزمان در قالب یک سیستم نگریسته و تحلیل شود.

- همچنین می‌توانند مدل ارائه شده را با تکنیک‌های دیگری از جمله روش‌های ساختار یافته و دیگر روش‌ها توسعه دهند چراکه توسعه گردشگری و عوامل مؤثر بر آن یک مسئله تحت تأثیر عوامل ناشناخته بوده و مدل‌های ساختاری بر مبنای کوواریانس راه حل مناسبی برای چنین مسائلی می‌باشند.

- در پژوهشی به بررسی و برآورد میزان ظرفیت بالقوه گردشگری و بویژه گردشگری سلامت استان‌ها پرداخته شود.

منابع

- ابراهیم زاده، عیسی. (۱۳۸۶). «چشمه‌های آب معدنی و گستره فضایی آن در ایران». *تحقیقات منابع آب*، سال سوم، شماره ۲. ایزدی، مرتضی؛ ایوبیان، علی؛ نصیری، طه؛ جنیدی، نعمت...؛ حسین پورفرد، محمدجواد. (۱۳۹۱). «وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید» *مجله طب نظامی*، دوره ۱۴، شماره ۲.
- آقاجانی، معصومه؛ فراهانی فرد، سعید. (۱۳۹۴). «گردشگری مذهبی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی ایران)». *سیاست‌های راهبردی و کلان*، دوره ۳، شماره ۹، ۴۳-۶۶.
- تقوی، مهدی؛ قلی پورسلیمانی و علی. (۱۳۸۸). «عوامل مؤثر بر رشد صنعت گردشگری ایران». *پژوهشنامه اقتصادی*، سال ۹، شماره ۳.
- توکلی، نونا؛ محمدیان ساروی، مهدی. (۱۳۹۵). «بررسی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر جذب توریسم سلامت». *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۳۴، شماره ۱.
- خوارزمی، امیر علی؛ رهنما، محمد رحیم؛ جوان، جعفر؛ اجزا شکوهی، محمد. (۱۳۹۵). «عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، دوره ۸، شماره ۳.
- رکنی، لادن؛ رکنی، محمدباقر؛ پوراحمد، احمد؛ رضایی، مهدی. (۱۳۸۹). «بررسی گردشگری سلامت در جزیره کیش بر اساس نیازسنجی درمانی کشورهای حاشیه خلیج فارس». *مجموعه مقالات ششمین همایش خلیج همیشه فارس*، ص: ۱۶۱-۱۷۲.
- شاه زیدی، مهتری؛ موحدی، سحر؛ باقری، نفیس. (۱۳۹۸). «شناسایی مهم‌ترین مسائل گردشگری شهر اصفهان». *فصلنامه مطالعات اجتماعی گردشگری*، سال هشتم، شماره ۱۵، صفحات ۲۲۰-۱۹۳.
- سالم، علی اصغر؛ نیازی، مرتضی. (۱۳۹۶). «تخمین تابع تقاضای سفرهای مذهبی با روش سیستم تقاضای تقریباً ایده‌آل خطی پویا». *فصلنامه تحقیقات مدل‌سازی اقتصادی*، شماره ۲۸.
- فرزین، محمد رضا؛ افسر، امیر؛ دبیر، علیرضا؛ زندی، ابتهاج. (۱۳۹۷). «مدلسازی پیش‌بینی تقاضای گردشگری تفریحی داخلی شهر تهران». *دوفصلنامه مطالعات اجتماعی گردشگری*، سال ۶، شماره ۱۲.

- فرهادی، فرناز. (۱۳۹۰). «بررسی عوامل موثر بر رونق گردشگری سلامت در ایران از دیدگاه مدیران و متخصصان سلامت استان تهران». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده اقتصاد و علوم اداری.
- قاسمی یالقوزآغاچ اکبر؛ اسدزاده، احمد؛ ایمانی خوشخو، محمدحسین؛ جبارزاده، یونس. (۱۳۹۶). «ارزیابی عوامل جذب گردشگران درمانی با رویکرد تصمیم گیری چند معیاره ترکیبی فازی (مطالعه موردی: استان آذربایجان شرقی)». گردشگری و توسعه، دوره ۶، شماره ۳، ۳۹-۵۷.
- کاظمی، علی؛ صنایعی، علی؛ رنجبریان، کریم؛ آذربایجانی، بهرام. (۱۳۸۸). «شناسایی مزیت های رقابتی در صنعت گردشگری به منظور جذب گردشگران خارجی مورد مطالعه استان اصفهان». مطالعات و پژوهش های شهری و منطقه ای، سال دوم، شماره پنجم، ص ۹۳-۱۱۰.
- کمالی، مهدی؛ آسایش، حمید. (۱۳۹۸). «تعیین عوامل موثر بر تقاضای گردشگری سلامت خارجی در مناطق مختلف ایران». فصلنامه جغرافیا (برنامه ریزی منطقه ای)، دوره ۱۰، شماره ۳۷، ۶۵۹-۶۸۷.
- کمالی، مهدی؛ آسایش، حمید. (۱۴۰۰). «تخمین تقاضای گردشگر درمانی خارجی (در ۴ منطقه آمایش سرزمین دارای مزیت در پزشکی)». فصلنامه گردشگری شهری، دوره ۸، شماره ۳.
- کمالی، مهدی؛ آسایش، حمید؛ آریانمهر، یحیی. (۱۳۹۹). «تخمین تقاضای گردشگری سلامت خارجی در مناطق مختلف ایران». فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش های نو در جغرافیای انسانی، دوره ۱۳، شماره ۱.
- محمدی، تیمور؛ کریمی، مجتبی؛ نجارزاده، نگین؛ شاه کرم اوغلی، معصومه. (۱۳۸۹). «عوامل موثر بر تقاضای گردشگری در ایران». فصلنامه علوم اقتصادی، سال ۳، شماره ۱۰.
- مروت، حبیب؛ سالم، علی اصغر؛ خادم نعمت الهی، محبوبه. (۱۳۹۷). «شناسایی عوامل موثر بر تقاضای گردشگری خارجی». فصلنامه پژوهشنامه اقتصادی، سال ۱۸، شماره ۶.
- ملکی، سعید؛ توانگر، معصومه. (۱۳۹۴). «بررسی و تحلیل چالش های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی»، مجله جغرافیا و توسعه فضای شهری، سال ۲، شماره ۲، پیاپی ۳.
- موسائی، میثم. (۱۳۸۳). «تخمین تابع تقاضای توریسم به ایران». فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی، شماره ۳۷، پاییز ۱۳۸۳، ۲۲۵-۲۴۴.
- نصیری پور، امیر اشکان؛ سلمانی، لیلا. (۱۳۸۹). «نقش توانمندسازی بیمارستانهای تهران در توسعه توریسم درمانی». فصلنامه بیمارستان، دوره ۹، شماره ۳ و ۴، ص ۶۸-۵۷.
- نیک رفتار، طیبه، حسینی، الهه؛ مقدم، عاطفه. (۱۳۹۶). «شناسایی عوامل موثر در جذب گردشگران پزشکی در ایران». در فصلنامه مدیریت سلامت، جلد ۲۰، شماره ۶۷.

Dehdashti Shahrokh Z, Nakhaei Kamalabadi H. (2016). An entropy (Shannon) based approach for determining importance weights of influencing factors in selecting medical tourism destinations. *Int J Travel Med Glob Health*; 4(4):115-121.

Fetscherin, M., & Stephano, R.-M., (2016)., the medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539–556.

Habibi, F. (2015). Iranian Tourism Demand for Malaysia: A Bound Test Approach, Iran. *Econ.Rev.* Vol.19, No.1, 2015. p. 63-80.

Heung, V., Lee, H., (2000). A conceptual model of medical, tourism: implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing*. Vol.3, No. 27, pp:236-251.

Huang, J-H. and K-H. Peng, (2010), Fuzzy Rasch Model in TOPSIS: A new Approach for Generating Fuzzy Numbers to Assess the Competitiveness of the Tourism Industries in Asian Countries, *Tourism Management*, Elsevier, 33, 456- 465.

Kazemi Z., (2007), Study of the effective factor for attracting medical tourism in Iran [dissertation]. Netherland: University of Technology.

Khoshnevis Yazdi, S., Khanalizadeh, B., (2016), Tourism demand: a panel data approach, *Current Issues in Tourism*.

Menvielle, L., Menvielle, W., & Tournois, N., (2011), Medical tourism: A decision model in a service context. *Tourism: Preliminary Communication*, 59(1), 47–61.

Mogaka, et al (2017), Effects of Medical Tourism on Health Systems in Africa, *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*.

Mountinho, L., Huarng, K. H., Tiffany, H. K., (2008). Modeling and forecasting tiourism demand: the case study of flows from mainland China to Taiwan, *journal of Serv Bus*, Vol 2.

Narayanan, S & Yew, L., (2021), Medical Tourism in Malaysia: Growth, Contributions and Challenges, *Thailand and The World Economy*, Vol. 39, No.1, January - April 2021

Pagan, R., Horsfall, D., (2020), Medical Tourism Markets: Models of Sustainability. The Case of Spain and The Costa del Sol (Malaga), *Sustainability*, 12.

Radmanesh, A. (2016). A Case Study of the Decision Model for American Outbound Medical Tourists. Master of Science Degree in Tourism Planning and Development Emphasis. St. Cloud State University.

Surej John, P.; Larke, Roy. (2016). an analysis of push and pull motivators investigated in medical tourism research published from 2000 to 2016. *Tourism Review International*, Vol. 20, pp. 73–90.

Syriopoulos, T.C. and M.T. Sinclair, (1993), An Econometric Study of Tourism Demand: The AIDS Model of U.S. and European Tourism in Mediterranean Countries, *Journal of Applied Economics*, Vol.12, No. 25, pp.1541-1552.

Ye, B.H., Yuen, P.P., Qiu, H.Z., Zhang, V.H., (2008). Motivation of medical tourists: an exploratory case study of Hong Kong medical tourists. In A PTA annual conference, Bangkok, Thailand. *Tourism Review*; 66(1-2): 107-17.