

تأثیر منطقه‌گرایی بر گردشگری سلامت در کشورهای مسلمان

حسن مخملی*، سمیرا متقی**، آذر صفری***، فرزانه صادقی***

چکیده:

تحولات سریع در تکنولوژی‌ها و فرآیندهای سازمانی، پیشرفت دانش و توسعه علم مدیریت در حوزه خدمات سلامتی از یک سو و افزایش هزینه‌های تدارک و ارائه مراقبت از سوی دیگر باعث شده‌اند تا استراتژیست‌ها و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان با بهره‌گیری از قابلیت‌های گوناگون تجارت الکترونیک و فناوری اطلاعات، فرآیندهای طرح‌ریزی، ارائه و ارزیابی خدمات بهداشتی و درمانی را اثر بخش‌تر و کارآتر نمایند. لذا، تحقیق حاضر گردشگری سلامت و تجارت این نوع خدمات را در کشورهای مسلمان عضو کنفرانس اسلامی مورد تحقیق و پژوهش قرار داده است. این مقاله بر اساس مزیت نسبی ۵۰ کشور مسلمان در دوره زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ با روش پانل دیتا، و با استفاده از متغیر وابسته گردشگری سلامت و متغیرهای مستقل شامل اندازه اقتصادی، میزان جمعیت، فاصله کشورها، نرخ ارز، نرخ مالیات، زبان مشترک، ترتیبات منطقه‌ای، سازمان همکاری اقتصادی، هشت کشور اسلامی در حال توسعه، سازمان شورای همکاری خلیج فارس و اتحادیه مغرب غربی، مورد بررسی قرار داده است. با توجه به مقدار قابل قبول آماره F لیمر و ارزش معناداری که کمتر از ۰/۰۵ و نتایج مربوط به آزمون هاسمن برازش مدل با استفاده از داده‌های پانل و با روش اثرات ثابت مناسب خواهد بود. نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که با افزایش یک درصدی در اندازه اقتصادی موثر، بهبود گردشگری سلامت در حدود ۰/۱ درصد افزایش خواهد یافت. ضریب منفی به دست آمده متغیر فاصله مرزی، نشان از تأثیر ۱۷ درصدی این متغیر بر بهبود گردشگری سلامت دارد.

واژگان کلیدی: گردشگری سلامت، همگرایی، OIC

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۱۲

* استادیار، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول)

Email: h.makhmali@gmail.com

** استادیار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

*** کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور.

۱. مقدمه:

صنعت گردشگری یکی از وسیع‌ترین و متنوع‌ترین صنایع دنیای امروز برای افزایش درآمد غیرنفتی کشورها و رونق اقتصادی آنها محسوب می‌شود. در سال‌های اخیر گردشگری سلامت در جهان رونق چشمگیری پیدا کرده است و روز به روز بر تعداد کشورهای که از گردشگری پزشکی برای افزایش رونق اقتصادی خود و درمان بیماران استفاده می‌کنند افزوده می‌شود. گردشگری سلامت در جهان از زمان گذشته نیز مورد توجه کشورهای مختلف از جمله هند، رم و یونان قرار داشته و این کشورها با ساخت مجتمع‌های گردشگری در اطراف چشمه‌های آب‌گرم و حمام‌های سنتی به درمان بیماری‌ها و جذب گردشگران کمک می‌کردند. بعدها با ساخت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در کشورهای مختلف، این صنعت روز به روز گسترش بیشتری پیدا کرد و رونق گرفت. براین اساس، هدف اصلی این مقاله تجزیه و تحلیل اثرات همگرایی بین کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی بر گردشگری سلامت است که برای دستیابی به هدف خود با این سوال که آیا همگرایی میان کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی منجر به بهبود تجارت خدمات سلامت می‌شود؟ مواجه می‌گردد. برای پاسخ به سوال تحقیق این مقاله در بخش‌های بعدی شامل مبانی نظری، پیشینه تحقیق، روش تحقیق، نتایج تجربی و جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و توصیه‌های سیاستی ادامه می‌یابد.

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

بخش خدمات، در حقیقت بخش نرم‌افزاری اقتصاد است و فعالیت‌هایی را در برمی‌گیرد که افراد در آن‌ها وقت و اطلاعات خود را به منظور بهبود تولید، اجرا، امکانات بالقوه و تقویت و حمایت از شاخه‌های دیگر اقتصاد در اختیار دیگران قرار می‌دهند. در این بخش به جای ارائه محصولات و کالاهای نهایی، خدمات زمینه‌ای و عملیاتی لازم برای توفیق سایر شاخه‌های اقتصادی تولید و ارائه می‌گردند به همین اعتبار نیز «خدمات» را به عنوان «کالای غیر ملموس»^۱ می‌شناسند که مشاوره، تبادل نظر، فناوری و تجربه راجع به شاخه‌های دیگر اجتماعی و اقتصادی حیات انسان را در بر می‌گیرد. کلارک^۲ [۶] برای اولین بار به نقش بخش خدمات در اقتصاد توجه کرد. او نشان داد که در کشورهای مختلف تعداد بنگاه‌هایی که در بخش صنعت فعالیت دارند با گذشت زمان در حال کاهش هستند و این در حالی است که تعداد بنگاه‌های بخش خدمات در حال افزایش است؛ اما یکی از مهم‌ترین رخدادهای تئوریک در تحقیقات بررسی اشتغال در بخش خدمات در سال ۱۹۶۷ از سوی اقتصاددان معروف ویلیام جی بامول^۳ تشریح شد. مشاهدات تاریخی حکایت از افزایش سهم اشتغال در بخش خدمات داشت؛ در حالی که رشد بهره‌وری نیروی کار در این بخش در طول زمان نسبت به بخش‌های کالایی (صنعت و کشاورزی) کمتر بود.

نکته‌ای که باید در تجارت گردشگری در نظر داشت، ورود فناوری در نتیجه واردات خدمات است. واردات حتی اگر هیچ نوع تغییری در ساختار بازار محصول و عوامل تولید ایجاد نکند، با خود یکی از منابع رشد اقتصادی، یعنی فناوری را وارد کشور میزبان خواهد نمود. از سوی دیگر، گردشگری، ارتباط عمیقی با تجارت و سرمایه‌گذاری سنتی داشته و توسعه این نوع از تجارت، در گام بعدی منجر به افزایش تجارت و سرمایه‌گذاری در کالاهای نیز خواهد گردید. همچنین تجارت خدمات سلامت^۴، سهم اقتصادی بخش بهداشت و درمان در اقتصاد ملی کشورها را افزایش داده است. کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، به دنبال یافتن گزینه‌های مختلف از جمله

^۱ Intangible goods

^۲ Clark K

^۳ William j Baumol

^۴ Health services trade

اجرای راهبردهای صادرات خدمات سلامت و آزادسازی مالکیت تجاری برای به حداکثر رساندن منابع و مزایای رقابتی خود هستند.

تجارت بین‌الملل و به تبع آن تجارت خدمات^۱ وسیله‌ای برای انتقال ایده‌ها، تکنولوژی، روش اداره و ایجاد مهارت‌های جدید است. شاید به دلیل تحولات سریع در این حوزه، بیشتر نظرات در این زمینه متضاد هستند. با این حال، به نظر می‌رسد که سه مسئله مهم وجود دارد: (اول) اینکه تا چه اندازه یک سیستم بهداشت ملی برای خود تجربی شده است، اهمیت بیشتری نسبت به اینکه سرمایه‌گذاری در آن خارجی است یا داخلی. (دوم) اینکه محیط نظارتی ملی و قدرت آن به طور قابل توجهی تأثیر اقتصادی و بهداشتی FDI، اثربخشی اقدامات حفاظتی و ثبات تعهدات GATS^۲ را تعیین می‌کند. و (سوم) هرگونه مذاکره به طرف‌هایی که درک مشترکی از مذاکره دارند، بستگی دارد و تفسیر تعاریف کلیدی، بسیار حیاتی است. نتیجه کلی این است که کشورها باید گام بردارند و ابتدا از طریق ریسک‌ها و مزایای تجاری شدن بخش سلامت خود فکر کنند، نه اینکه به اندازه‌گیری میزان سرمایه‌گذاری خارجی توجه کنند.

به هر صورت جهانی شدن و آزادسازی تجارت در بخش گردشگری در سطح جهانی در حال اتفاق افتادن است و این امر دارای پتانسیل ایجاد چالش‌ها و فرصت‌های جدید برای کشورها است [۲۰]. در هنگام ارزیابی پیامدهای تجارت در خدمات بهداشتی، باید بسیاری از عوامل را در نظر گرفت، اما در نهایت تأثیر خالص تجارت بستگی به مشخصات سیستم مراقبت بهداشتی ملی کشور، محیط نظارتی و سیاست‌های دولت دارد. هر حالت عرضه دارای مزایا و مشکلات است. با این حال، بسیاری از مشکلات حتی در غیاب جهانی شدن وجود دارد.

هم‌چنین چالش‌ها و محدودیت‌هایی برای گردشگری سلامت وجود دارد از جمله آن‌ها وجود سایر کشورهای پیشرو در زمینه تجارت بین‌المللی خدمات سلامت، هزینه کارا تر بودن خدمات سلامت از راه دور در سایر کشورها به دلیل افزایش سرمایه‌گذاری برای توسعه IT، هزینه‌های بالای خدمات سلامت، غیرقابل بودن پوشش‌های بیمه‌ای هستند که این محدودیت‌ها اغلب در موارد دسترسی به بازار خدمات سلامت (در قالب چهار روش عرضه خدمات سلامت)، تدابیر قانونی موجود در کشورها و محدودیت‌های مربوط به نظام سلامت کشورها است. اما با وجود این محدودیت‌ها، کشورها به سوی جهانی شدن خدمات سلامت و بهره‌مندی از فرصت‌های ناشی از آن برای کشورها و کاهش یا رفع محدودیت‌های موجود گام برداشته، پیشرفت‌های قابل توجهی داشته‌اند، مشارکت بخش خصوصی و دولتی به صورت مجزا و در ارتباط با هم در توسعه و ارتقای ظرفیت‌های تکنولوژیک و قابلیت‌های نیروی انسانی، توسعه زیرساخت‌های خدمات سلامت و خدمات مرتبط و ایجاد تدابیر قانونی برای تسهیل تجارت بین‌المللی خدمات از جمله راهبردهای مؤثر در موفقیت کشورها در عرصه تجارت بین‌المللی خدمات سلامت است.

جدول ۱. بزرگترین کشورهای اسلامی صادر و واردکننده خدمات در سال ۲۰۱۷ (میلیون دلار)

میزان واردات	واردکنندگان	میزان صادرات	صادرکنندگان
۷۶/۸۱	عربستان سعودی	۴۳/۹۹	ترکیه
۳۲/۶۲	اندونزی	۳۷/۰۶	مالزی
۲۴/۰۵	ترکیه	۳۲/۰۴	مصر
۱۸/۲۳	نیجریه	۱۸/۰۲	عربستان سعودی

^۱ Business Services

^۲ General Agreement on Trade in Service (GATS)

صادرکنندگان	میزان صادرات	واردکنندگان	میزان واردات
مراکش	۱۷/۳۵	پاکستان	۱۰/۴۶
لبنان	۱۵/۱۹	مراکش	۱۰/۰۰

مرکز توسعه و تجارت بین‌الملل اذعان می‌دارد، در صورت ادامه روند فعلی، توسعه اقتصادی در جهان با محوریت بخش خدمات دانش پایه و با فناوری بالا طی سال‌های آینده می‌باشد، که در این صورت، جایگاه اول اقتصاد منطقه سند چشم انداز، در سال ۲۰۵۰ متعلق به ترکیه با جایگاه ۱۷ جهان، مقام دوم مربوط به مصر با رتبه ۱۹ و مقام سوم مربوط به پاکستان با رتبه ۲۰ و ایران در جایگاه ۲۱ جهان و چهارم منطقه خواهد بود [۱۷]. در سطح گسترده‌تر، کیفیت نحوه ارائه خدمات یک کشور، شاخص بسیار مناسبی برای اندازه‌گیری میزان توسعه اقتصادی و اجتماعی آن کشور است. برخی از کشورهای درحال توسعه اسلامی از قبیل هند، مالزی، پاناما و... به‌طور سنتی در صدور خدمات، یک مزیت نسبی یافته‌اند. کشورهای جنوب شرقی آسیا در صدور خدمات تأمین مالی و هند در صدور خدمات رایانه‌ای و بسیاری از کشورهای کوچک در صدور خدمات توریسم مزیت نسبی یافته‌اند.

پیشینه پژوهش

رایت^۱ (۲۰۱۸) و همکاران در پژوهش «مهاجرت، تجارت و بهره‌وری در خدمات: شواهد از شرکت‌های U.K.» به بررسی تاثیر مهاجران بر واردات، صادرات و بهره‌وری از شرکت‌های تولیدکننده خدمات در U.K. می‌پردازد که مهاجران می‌توانند واردات متوسط (تولید دریایی) را جایگزین کنند و ممکن است بر بهره‌وری شرکت و همچنین هزینه‌های صادرات آن تأثیر بگذارد دریافتند که مهاجران در بهره‌وری کلی در شرکت‌های تولیدکننده خدمات افزایش می‌یابند، و اثرات کاهش هزینه بر این شرکت‌ها را نشان می‌دهد. آنها همچنین میزان صدور آفساید مخصوص کشور را کاهش می‌دهند، که با تخصیص مجدد وظایف سازگاری دارد و صادرات خاص کشور را افزایش می‌دهد، که با کاهش هزینه ارتباطات دوجانبه و تجارت مواجه است.

لیندلو^۲ (۲۰۱۱) و همکاران در شناخت «منابع انسانی برای سلامتی در جنوب آسیا: کمبود، چالش توزیع، و تجارت بین‌المللی در خدمات بهداشتی» به مسائل کمبود کارکنان بهداشتی در جنوب آسیا در زمینه تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی پرداخته‌اند. همه کشورها در آسیای جنوب شرقی با مشکل کمبودی از کارکنان بهداشت مواجه هستند و مناطق روستایی اغلب کم درآمد هستند. با وجود ظرفیت بالا برای آموزش پزشکی و پرستاری در هر دو امکانات عمومی و خصوصی، هماهنگی ضعیف بین تولید کارکنان بهداشتی و ظرفیت اشتغال وجود دارد. از ویژگی‌های متمایز جنوب آسیا، درگیر شدن در تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی است. سنگاپور و مالزی واردات کارکنان بهداشتی را برای برآورده ساختن تقاضای داخلی و ارائه خدمات به بیماران بین‌المللی و تایلند بسیاری از بیماران خارجی را برای خدمات بهداشتی جذب می‌کند. این وضعیت منجر به تخریب به اصطلاح مغز کارکنان بسیار تخصصی از دانشکده‌های پزشکی عمومی به بیمارستان‌های خصوصی شده است [۱].

میترا^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای اثر آزادی تجارت خدمات بر اشتغال در هند را مورد بررسی قرار داد. داده‌ها به صورت مقطعی است که ارزش افزوده واردات و صادرات تخمین زده شده است. روش استفاده شده ARDL^۴ است. در بازه زمانی ۱۹۹۵-۲۰۰۵ به این نتیجه رسیده است که آزادی تجارت خدمات اثر مثبتی بر اشتغال نیروی کار ماهر دارد [۱۵].

^۱ Gerg Wright

^۲ Magnus Lindelow

^۳ Mitra

^۴ روش خود توضیحی با وقفه‌های توزیعی

آرنولد و همکاران^۱ (۲۰۰۷) با استفاده از داده‌های تابلویی مربوط به سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ و ۱۰,۰۰۰ شرکت هندی، به آزمون وجود رابطه میان اصلاحات بخش خدمات، تولیدات صنعتی و میل به صادرات پرداختند. این مطالعه که در جهت بررسی تأثیر سیاست‌های مربوط به اصلاح بخش خدمات در هند صورت گرفت، نشان داد که اقدام به انجام حذف محدودیت‌های ورود بخش خصوصی به بازار بخش ارتباطات و حمل و نقل و نیز حذف تدریجی موانع ورود شرکت‌های خارجی به بخش‌های بیمه و بانک، توسط دولت هند، به شدت بر روی جذب سرمایه‌گذاری خارجی مؤثر بوده است. با بررسی تأثیر چنین سیاست‌هایی، محققان بر وجود رابطه مثبت و قوی میان اصلاحات دولت هند در بخش حمل و نقل، ارتباطات و بانکداری و بهره‌وری بنگاه‌های صحنه گذاشتند [۱۲].

الخوری و ساویدس^۲ (۲۰۰۶) با استفاده از شاخص‌هایی که ماتو و همکارانش در سال ۲۰۰۱ محاسبه کردند، به بررسی تأثیر آزاد سازی تجارت خدمات بر رشد اقتصادی کشورهای مختلف پرداختند. محققان که از داده‌های مختلف، به صورت میانگین برای دهه ۹۰ استفاده نمودند، با تقسیم‌بندی کشورهای مختلف به دو دسته درآمد بالا و درآمد پایین، تأثیر آزادسازی تجارت خدمات در بخش‌های مالی و ارتباطات را بر رشد اقتصادی این کشورها بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که آزاد سازی تجارت در بخش خدمات ارتباطی، تأثیر مثبت و آزادسازی تجارت در بخش مالی، تأثیر منفی بر رشد اقتصادی کشورهای با درآمد پایین داشته؛ در حالی که وضعیت برای کشورهای با درآمد بالا کاملاً متفاوت بوده است.

ارزیابی ترتیبات تجاری در منطقه آسیا - پاسفیک که نویسندگان این مطالعه کیلبرت و همکاران به بررسی آثار منطقه‌گرایی و یکپارچگی در منطقه آسیا - پاسفیک می‌پردازند. در وهله اول آن‌ها الگوی جاذبه را به صورت مقطعی برای سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۹ و ۱۹۹۲ و ۱۹۹۵ و ۱۹۹۸ و برای بخش‌های تجارت کل کالاها . تجارت صنعتی و تجارت کشاورزی تخمین زدند و در مرحله بعد با ترکیب کردن داده‌ها برای سال‌های ۱۹۸۴-۱۹۹۸ برای سه بخش مذکور به علاوه بخش خدمات الگو را برآورد نمودند و اثرهای هر یک از RTAها را به صورت کمی به دست آوردند.

روپا^۴ (۲۰۰۱) در پژوهش «تجارت در خدمات بهداشتی» به بررسی شیوه‌هایی که خدمات بهداشتی را می‌توان با استفاده از مشخصه‌های معنی‌داری تجارت تعریف شده در توافق کلی تجارت خدمات ارائه کرد، مورد بررسی قرار داد بررسی عواقب مثبت و منفی تجارت خدمات بهداشتی برای عدالت، بهره‌وری، کیفیت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد که تجارت خدمات بهداشتی منافع متفاوتی را به همراه داشته و نقش مشخصی برای اقدامات سیاسی برای کاهش عواقب ناگوار و تسهیل دستاوردها برخی از اقدامات سیاست‌گذاری و حوزه‌های اولویت برای اقدام مشخص شده است، از جمله مراحل برای رفع «تخلیه دانش»؛ افزایش سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و اولویت‌بندی این سرمایه‌گذاری بهتر؛ و ترویج ارتباط بین خدمات مراقبت‌های بهداشتی خصوصی و دولتی برای تضمین صلاحیت.

زاغیان (۱۳۸۵) و همکاران در مطالعه‌ای «تأثیر آزادسازی تجارت خدمات مالی بر رشد اقتصادی ایران» در دوره زمانی ۱۹۸۰ الی ۲۰۰۱ را مورد بررسی قرار داده‌اند. فرایند آزادسازی تجارت خدمات را به دو مرحله آزادسازی مالی و گشایش بازارهای مالی داخلی به روی بازارهای خارجی تقسیم می‌نمایند. آن‌ها با اشاره به سهم ۰/۱۲ درصدی ایران از تجارت خدمات مالی، جایگاه ایران را نامناسب ارزیابی می‌کنند. نتایج تخمین مدل

^۱ Arnold et al.

^۲ El Khoury and Savvides

^۳ Pooling

^۴ Rupa Chanda

اقتصادسنجی که محققان برآورد نموده‌اند، نشان می‌دهد که کشش رشد اقتصادی نسبت به آزادسازی تجارت خدمات مالی (محاسبه شده توسط ماتو ۱۹۹۹)، برابر با ۰/۹۹ درصد است. این ضریب بیان‌گر تأثیر مثبت آزادسازی تجارت خدمات بر رشد اقتصادی است.

۳. روش‌شناسی پژوهش

مقاله حاضر بر آن است تا با رویکردی تحلیلی - توصیفی، به ارزیابی تأثیر همگرایی کشورهای عضو OIC بر گردشگری سلامت پرداخته و نقش شاخص‌های مختلف را در این تجارت، مورد تحلیل قرار دهد. این مطالعه داده‌های ۵۰ کشور مسلمان عضو سازمان کنفرانس اسلامی را در دوره زمانی ۱۹۹۰ الی ۲۰۱۷ به کار گرفته و از شاخص‌های مرتبط به بانک جهانی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی استفاده شده است. مدل مورد استفاده در تحقیق حاضر مدل جاذبه تعمیم یافته است که به شرح زیر است:

$$\begin{aligned} \text{Ln(Trade)}_{ijt} = & \beta_0 + \beta_1 \text{Ln(GDP)}_{it} + \beta_2 \text{Ln(GDP)}_{jt} + \beta_3 \text{Ln(POP)}_{it} + \beta_4 \text{Ln(POP)}_{jt} + \beta_5 \text{Ln(D}_{ij}) \\ & + \beta_6 \text{EX}_{ijt} + \beta_7 \text{Tax}_{it} + \beta_8 \text{Tax}_{jt} + \beta_9 \text{Lang}_{ij} + \beta_{10} \text{RTA(ECO)}_i \text{RTA(ECO)}_j \\ & + \beta_{11} \text{RTA(ECO)}_i + \beta_{12} \text{RTA(ECO)}_j + \beta_{13} \text{RTA(D8)}_i \text{RTA(D8)}_j + \beta_{14} \text{RTA(D8)}_i \\ & + \beta_{15} \text{RTA(D8)}_j + \beta_{16} \text{TRA(GCC)}_i \text{RTA(GCC)}_j + \beta_{17} \text{RTA(GCC)}_i + \beta_{18} \text{RTA(AUM)}_i + \varepsilon_{ijt} \end{aligned}$$

متغیرهای مدل مذکور به صورت زیر تعریف و ارائه می‌گردند:

Trade_{ijt} : گردشگری سلامت کشورهای i و j در دوره زمانی t

GDP_{it} : اندازه اقتصادی کشور i در دوره زمانی t

GDP_{jt} : اندازه اقتصادی کشور j در دوره زمانی t

POP_{it} : میزان جمعیت i در دوره زمانی t

POP_{jt} : میزان جمعیت j در دوره زمانی t

D_{ij} : فاصله کشور i نسبت به کشور j

EX_{ijt} : نرخ ارز کشور j در دوره زمانی t

Tax_{it} : نرخ مالیات کشور i در دوره زمانی t

Tax_{jt} : نرخ مالیات کشور j در دوره زمانی t

Lang_{ij} : زبان مشترک کشور i و کشور j

RTA : ترتیبات منطقه‌ای

ECO : سازمان همکاری اقتصادی

D8 : هشت کشور اسلامی در حال توسعه

GCC : سازمان شورای همکاری خلیج فارس

AMU : اتحادیه مغرب عربی

ε : جمله اخلاص

متغیر وابسته (متغیر گردشگری سلامت): گردشگری سلامت را می‌توان به روش‌های مختلف اندازه‌گیری کرد: عبور محصولات خدماتی از مرزها، نقل مکان مصرف‌کنندگان به کشور واردکننده، نقل و انتقال موقت اشخاص حقیقی، برقراری حضور تجاری در کشور دریافت‌کننده خدمات. با توجه به اینکه اکثر مطالعات پیشین،

مورد اول را به عنوان شخص گردشگری سلامت، در نظر گرفته اند، در این تحقیق نیز شاخص مذکور به‌عنوان متغیر وابسته مطرح می‌شود.

تولید ناخالص داخلی، در اساسیترین فرم الگوی جاذبه، شاخص GDP، مهمترین شاخص اثرگذار بر سطح صادرات و واردات و تجارت میان کشورها مطرح می‌شود به صورتی که افزایش آن واردات را به صورت مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد اما اثرگذاری آن بر صادرات، نامشخص است.

جمعیت، در مطالعه حاضر از متغیر جمعیت به‌عنوان متغیر مستقل کشورهای اسلامی در سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۱۷ استفاده شده است و تأثیر آن بر متغیر وابسته بررسی شده است.

مسافت، بر اساس اغلب مطالعات صورت گرفته، فاصله بیشتر میان کشورها، میزان تجارت میان آنها را کاهش می‌دهد.

نرخ ارز، در این مطالعه نرخ ارز که از طریق بانک جهانی بدست آمده، به‌صورت ارزش هر واحد پول خارجی بر حسب پول داخلی تعریف می‌شود. از آنجایی که با افزایش نرخ ارز، ارزش پول داخلی کشور کاهش می‌یابد در نتیجه قیمت کالا و خدمات سلامت کشور مبدأ برای توریست خارجی ارزان‌تر شده و موجب افزایش گردشگری سلامت می‌گردد.

مالیات، در واقع انتقال بخشی از درآمدهای جامعه به دولت یا بخشی از سود فعالیت‌های اقتصادی است که نصیب دولت می‌گردد زیرا ابزار و امکانات دست‌یابی به درآمد و سودها را دولت فراهم ساخته‌است.

متغیرهای مجازی، اتحادیه اکو؛ در سال ۱۹۸۵ به عنوان یک سازمان سه جانبه بین ایران، پاکستان و ترکیه بنا گردید تا سبب پیشرفت همکاری منطقه‌ای چند بعدی شود و با نگرش به خلق شرایطی رشد اقتصادی اجتماعی را در بین اعضا به وجود آورد بعد از فروپاشی اتحادیه جماهیر شوروی، کشورهای تازه استقلال یافته یعنی آذربایجان، قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان همراه با افغانستان عضویت در اکو را امضا کردند و در این سازمان پذیرفته شدند.

اتحادیه D8، این گروه شامل کشورهای در حال توسعه بنگلادش، مصر، ایران، اندونزی، مالزی، نیجریه، پاکستان و ترکیه است. در واقع D8 به جای اینکه توافق منطقه‌ای باشد بیشتر پیروی از یک توافق جهانی است، آن چنان که کشورهای عضو این واقعیت را مشخص می‌سازند.

اتحادیه شورای همکاری خلیج فارس، بلوک سیاسی-تجاری‌ای شامل کشورهای پیرامون خلیج فارس و کشورهای عرب منطقه (عربستان، بحرین، امارات متحده عربی، قطر، عمان، کویت) است که اعضای آن اهداف تجاری و اجتماعی مشترکی را پیگیری می‌کنند

زبان مشترک، برای ارتباط و اشتراک معنی و مفهوم به علائم و کدها و رمزهای مشترک بین افراد نیاز است.

۴. تحلیل داده‌ها و یافته‌ها

به‌طور کلی برای برآورد یک مدل با داده‌های تلفیقی روش‌های مختلفی وجود دارد:

۱- برآورد مدل با فرض یکسان بودن عرض از مبدأ

۲- برآورد مدل با فرض متفاوت بودن عرض از مبدأ

که به منظور بررسی هر کدام از موارد زیر از آزمون F لیمر استفاده می‌شود. نتایج این آزمون به شرح جدول ۲ است.

جدول ۲. آزمون F. مأخذ: نتایج تحقیق (در سطح ۵٪ و ۱۰٪)

Test summary	Chi-sq.statistic	Prob.
--------------	------------------	-------

Cross-section F	۲۴۷/۵	*/**	
با توجه به نتایج جدول ۲، مقدار قابل قبول آماره F لیمر و همچنین مقدار ارزش معناداری که کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین فرضیه صفر (مبنی بر استفاده از روش ادغام I) رد شده و فرضیه مخالف مبنی بر استفاده از روش پانل دیتا مورد قبول واقع می‌شود.			
جدول ۳. آزمون هاسمن. مأخذ: نتایج تحقیق (در سطح ۵٪ و ۱۰٪)			
Test summary	Chi-sq.statistic	Chi-sq.d.f.	Prob
Cross-section random	۹۳/۰۷	۷	*/**

نتایج آزمون هاسمن برای مدل تحقیق در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان داده آماره آزمون هاسمن که در سطح اطمینان ۹۳ درصد معنی‌دار نمی‌باشند که برای مدل تحقیق حاکی از عدم تایید فرضیه H_1 می‌باشد لذا با توجه به آزمون هاسمن برآزش مدل رگرسیونی اصلی این تحقیق با استفاده از مدل داده‌های پانل به روش اثرات ثابت مناسب خواهد بود. نتایج برآورد مدل با استفاده از روش‌های داده‌های ترکیبی، اثرات ثابت و اثرات تصادفی طی دوره زمانی ۱۹۹۰-۲۰۱۷ در جدول ۴ آمده است

جدول ۴. نتایج برآورد تابع تجارت خدمات سلامت با استفاده از روش اثرات ثابت. مأخذ: نتایج تحقیق

Variable	Coefficient	t-statistic	Prob.
LGDP _i	-۰/۰۰۱۳۹۷	۳/۳۱۴۰۹۸	۰/۰۰۱۰
LGDP _j	-۰/۰۰۱۲۸۷	۳/۸۴۶۸۸۶	۰/۰۰۰۱
LD _{ij}	-۰/۱۷۸۰۸۷	-۲/۵۵۵۹۷۷	۰/۰۱۰۸
LPOP _i	۱/۰۱۹۲۴۵	۲۹/۶۴۸۰۱	۰/۰۰۰۱
LPOP _j	-۰/۴۵۰۹۳۶	-۱۳/۱۰۳۷	۰/۰۰۰۰
EXR _j	۴/۸۹۰۵	۲/۹۲۰۸۱۷	۰/۰۰۳۶
TAX _i	-۰/۰۰۰۱۷۵	۲/۲۵۲۰۱۷	۰/۰۲۴۷
TAX _j	-۰/۸۷۳۱۳۹	-۱۷/۰۱۳۴۵	۰/۰۰۰۰
LANG _{ij}	-۰/۳۲۹۰۸۸	-۱۰/۷۵۳۵۴	۰/۰۰۸۰
ECO _i	۱/۳۳۹۲۶۴	۱۰/۱۷۱۵۷	۰/۰۰۰۰
ECO _j	-۲/۸۰۸۵۱۳	-۱۴/۷۷۶۵۹	۰/۰۰۰۰
ECO _i ECO _j	۳/۳۵۱۲۲۵	۱۱/۸۴۸۸۴	۰/۰۰۰۰
D8 _i	-۲/۴۹۷۸۴۵	-۱۰/۷۷۸۴۹	۰/۰۰۰۰
D8 _j	۲/۴۴۰۶۴۶	۱۱/۹۵۴۰۹	۰/۰۰۰۰
D8 _i D8 _j	-۱/۵۶۵۹۵۴	۴/۲۶۳۶۳۹	۰/۰۰۰۰
GCC _i	۱/۶۵۶۳۰۶	۱۰/۰۵۶۸۶	۰/۰۰۰۰
GCC _i GCC _j	۳/۴۳۲۵۶۹	۱۱/۲۴۵۷۳	۰/۰۰۰۰
GCC _j	-۱/۹۶۶۲۱۲۱	-۱۲/۲۹۷۱۱	۰/۰۰۰۰
۰/۸۵۲۷۱۹R-squared:			
۱/۸۲۰۷۷۱D-W:			

با توجه به نتایج جدول ۴ آماره ضریب تعیین مقدار قابل قبول بوده و نشان از قدرت توضیح دهنده ۸۵ درصدی متغیر وابسته با متغیرهای مستقل است. مقدار دوربین واتسون نیز نشان از عدم وجود خودهمبستگی میان متغیرها دارد.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

در این مقاله به تجزیه همگرایی کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی و گردشگری سلامت طی دوره ۲۰۱۷-۱۹۹۰ با استفاده از روش پانل دیتا پرداخته شده‌است. یکی از سازمان‌های منطقه‌ای (با ماهیتی جهانی) در این راستا، سازمان کنفرانس اسلامی است که به‌عنوان یکی از پرعضوترین نهادهای بین‌المللی (بر مبنای قرابت‌های مذهبی)، فعالیت خود را در ایجاد همبستگی بین کشورهای مسلمان آغاز کرده‌است؛ اما با وجود قرابت‌های بسیار، هنوز جایگاه واقعی خود را در مسائل اقتصادی، تجاری و بین‌المللی پیدا نکرده است و با وجود تقدم در عرصه عضویت‌های بین‌المللی نسبت به سایر همکاری‌ها و اتخاذ تدابیر وسیع از همکاری‌های دوجانبه و منطقه‌ای و انعقاد موافقت‌نامه‌های چندجانبه، از رشد مناسبی از شاخص‌های اقتصادی برخوردار نمی‌باشند، و این عدم تناسب در سایر شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی نیز به چشم می‌خورد و کشورهای مسلمان را در عدم تقابل با کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه قرار می‌دهد.

نتایج به دست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که ۸۵٪ تغییرات لگاریتم گردشگری سلامت توسط متغیرهای توضیحی حاضر در معادله قابل بیان است. همچنین ملاحظه می‌شود که به غیر از متغیر توضیحی زبان، تمامی متغیرهای حاضر در معادله با فاصله اطمینان ۹۵٪ دارای اثر معنادار بر متغیر وابسته گردشگری سلامت هستند. ضریب نرخ ارز، موثرترین متغیر در میزان گردشگری سلامت می‌باشد. از آنجایی که با افزایش نرخ ارز، ارزش پول داخلی کشور کاهش می‌یابد در نتیجه قیمت کالا و خدمات سلامت کشور مبدأ برای توریست خارجی ارزان‌تر شده و موجب افزایش گردشگری سلامت می‌گردد. بی‌تاثیری افزایش نرخ ارز در کشورهای واردکننده و اثرگذاری مثبت این نرخ در کشورهای صادرکننده از نتایج دیگر تحقیق حاضر می‌باشد به صورتی که یک درصد افزایش در نرخ ارز در کشورهای واردکننده هیچ تاثیری بر گردشگری سلامت کشورهای مسلمان ندارد اما گردشگری سلامت در کشورهای صادرکننده مسلمان را به میزان ۴/۸۹ درصد افزایش می‌دهد. تاثیر مثبت افزایش نرخ ارز بر گردشگری سلامتی در کشورهای مسلمان که ناشی از اثر مثبت بهبود نرخ ارز بر صادرات می‌باشد اما بی‌تاثیری افزایش نرخ ارز در کشورهای واردکننده بر گردشگری سلامت، می‌تواند ضرورت ورود گردشگری سلامتی به این کشورها را نشان دهد.

متغیر دیگر، مالیات می‌باشد، مالیات، در واقع، انتقال بخشی از درآمدهای جامعه به دولت یا بخشی از سود فعالیت‌های اقتصادی است که نصیب دولت می‌گردد بر اساس مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد که مالیات تاثیر منفی در تجارت کشور صادرکننده و تاثیر منفی در تجارت کشور واردکننده دارد. نتایج حاکی از آن است که افزایش نرخ مالیات در کشورهای واردکننده بی‌تاثیر می‌باشد اما در کشورهای صادرکننده اثری غیر همسو با گردشگری سلامت در کشورهای مسلمان دارد به گونه‌ای که با افزایش ۱ درصد در نرخ مالیات، گردشگری سلامت در کشورهای مسلمان به میزان ۰/۸۷ درصد کاهش می‌یابد.

تولید ناخالص داخلی، در اساسی‌ترین فرم الگوی جاذبه، شاخص GDP، مهم‌ترین شاخص اثرگذار بر سطح صادرات و واردات و تجارت میان کشورها مطرح می‌شود. اثرگذاری متغیر بهبود اندازه اقتصادی بر پدیده بهبود گردشگری سلامت در جهت موافق است به عبارتی با افزایش یک درصدی در اندازه اقتصادی موثر بهبود گردشگری سلامت در حدود ۰/۱ درصد افزایش خواهد یافت. متغیر مورد بررسی دیگر مسافت می‌باشد که فاصله بیشتر میان کشورها، میزان تجارت میان آنها را کاهش می‌دهد ضریب منفی به دست آمده متغیر فاصله مرزی نشان از تاثیر منفی این متغیر بر بهبود گردشگری سلامت دارد. به طوری که با کاهش ۱ درصدی در میزان مسافت، تجارت میان کشورها به اندازه ۰/۱۷ درصد افزایش است. ضریب مثبت متغیر جمعیت کشورهای مسلمان واردکننده و ضریب منفی جمعیت کشورهای صادرکننده مسلمان، حاکی از این است که افزایش جمعیت کشورهای واردکننده و صادرکننده مسلمان، به ترتیب منجر به بهبود گردشگری سلامت میان این کشورها و

کاهش تجارت می شود و این عامل به خوبی حاکی از این است که با افزایش جمعیت در این کشورها، تقاضای گردشگری سلامتی گسترش یافته و واردات بیشتر می شود. تأثیر منفی متغیر زبان مشترک در بهبود گردشگری سلامت در کشورهای مسلمان (بر خلاف اغلب مطالعات انجام شده)، میتواند حاکی از این باشد که کشورهای دارای زبان مشترک (اغلب عربی)، نیازهای سلامتی همدیگر را پوشش نمیدهند. ضریب مثبت کشورهای واردکننده مسلمان عضو اکو و جی سی سی حاکی از این است که، کشورهای مذکور، بیشتر با کشورهای عضو اتحادیه های دیگر که عضو آن نیستند، گردشگری سلامت دارند و ضریب منفی مربوط به کشورهای واردکننده اتحادیه دیگر، نشان می دهد که کشورهای اتحادیه D8 بیشتر با کشورهای عضو همان سازمان، گردشگری سلامت دارند. منفی بودن ضرایب کشورهای صادرکننده عضو اکو و شورای همکاری خلیج فارس نیز به این معناست که کشورهای عضو این سازمانها، با کشورهایی گردشگری سلامتی بیشتری دارند که عضو آن سازمان نیستند و مثبت بودن این ضریب در کشورهای صادرکننده عضو D8 نشان از این دارد که کشورهای مسلمان عضو این سازمان، با کشورهایی گردشگری سلامتی بیشتری دارند که عضو D8 می باشند.

با توجه به نتایج متفاوت میان کشورهای مسلمان می توان به این نتیجه رسید که همگرایی کشورهای مسلمان، تاثیر مشخصی بر بهبود گردشگری سلامتی در این گروه از کشورها ندارد.

برای مشارکت موثر کشورها در همگرایی منطقه ای، با توجه به نقش تعیین کننده شاخص های اقتصادی، نظیر اندازه اقتصاد داخلی (GDP)، نرخ ارز، مالیات و جمعیت، توصیه می شود کشورهایی مدنظر قرار گیرند که از حیث شاخص های فوق ظرفیت بالاتری داشته باشند. تاثیر مثبت افزایش نرخ ارز بر گردشگری سلامت در کشورهای مسلمان که ناشی از اثر مثبت بهبود نرخ ارز بر صادرات است. اما بی تأثیری افزایش نرخ ارز در کشورهای واردکننده بر گردشگری سلامت، می تواند ضرورت ورود خدمات سلامتی به این کشورها را نشان دهد. ضریب متغیر جمعیت کشور صادرکننده منفی و از شدت بالایی برخوردار است. این مطلب را می توان استنباط کرد که با افزایش جمعیت میل به مصرف درونی افزایش می یابد و گسترش بازار صورت می گیرد. متغیر فاصله نقش معناداری بر تجارت کشورهای واردکننده و صادرکننده دارد. فرآیند تجارت امروزی به گونه ای است که انتظار می رود در آینده ای نه چندان دور این نقش کمتر می شود. هزینه حمل و نقل که در متغیر فاصله نهفته می شود به تدریج خود را از فاصله جدا می سازد.

منابع

1. Breinlich, H., & Criscuolo, C. (2011). International trade in services: A portrait of importers and exporters. *Journal of International Economics*, 84(2), 188-206.
2. Chauvin, S., & Gaulier, G. (2002). Regional trade integration in Southern Africa (No. 2002-12). CEPII.
3. Chanda, R. (2001). Trade in health services. Indian council for research on international economic relations, 70. working Paper.
4. Crozet, M., Milet, E., & Mirza, D. (2016). The impact of domestic regulations on international trade in services: Evidence from firm-level data. *Journal of Comparative Economics*, 44(3), 585-607.
5. Chanda, R. (2002). Trade in health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 158-163.
6. Clarke, F., & Vidler, A. R. (1940). Christian news-letter books, no. 3: Education and social change an English interpretation. Sheldon Press, New York.
7. Fiorini, M., & Hoekman, B. (2018). Services trade policy and sustainable development. *World Development*, 112, 1-12.
8. Gani, A., & Clemes, M. D. (2013). Modeling the effect of the domestic business environment on services trade. *Economic Modelling*, 35, 297-304.
9. Gilbert, J., Scollay, R., Bora, B., & Cnuced. (2001). Assessing regional trading arrangements in the Asia-Pacific. UN.
10. Hosseini Nasab, S. I., Mottaqi, S., Mottaqi, A., & Fathi, Y. (2010). Study of business creation and deviation in selected business organizations in Asia, *Quarterly Journal of Business Research*, 57, 155-182. [In Persian]
11. Jabbari, A. R., & Men, R. (2012). Health services trade in Asia; migration of health professionals: challenges and opportunities, *Health Information Management*, 9(7), 1104-1112. [In Persian]
12. Jugurnath, B., Stewart, M., & Brooks, R. (2007). Asia/Pacific regional trade agreements: an empirical study. *Journal of Asian Economics*, 18(6), 974-987.
13. Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F. M., Huong, N. L., & Dela Rosa, J. F. (2011). Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *The Lancet*, 377(9767), 769-781.
14. Lotfalipour, M. R., Shakeri, S. Z., & Kobra Bata, F. (2011). Study of Economic Convergence between Iran and Latin American Countries, *Quarterly Journal of Economic Growth and Development Research*, First Year, 3. [In Persian]
15. Mitra, A. (2009). Impact of trade on service sector employment in India. Institute of Economic Growth.
16. Ottaviano, G. I., Peri, G., & Wright, G. C. (2018). Immigration, trade and productivity in services: Evidence from UK firms. *Journal of International Economics*, 112, 88-108.
17. O'Neill, E., Kostakos, V., Kindberg, T., Penn, A., Fraser, D. S., & Jones, T. (2006, September). Instrumenting the city: Developing methods for observing and understanding the digital cityscape. In *International Conference on Ubiquitous Computing* (315-332). Springer, Berlin, Heidelberg.
18. Rahman, M. (2002). Bangladesh-India bilateral trade: an investigation into trade in services. *Trade, Finance and Investment in South Asia*, Social Science Press, New Delhi, 183-238.
19. Sadeghi, A., & Shoushtari, S. M. J. (2010). Convergence of Islamic countries, challenges and solutions, Proceedings of the Fourth International Congress of Geographers of the Islamic. *World (ICIWG2010) b*. [In Persian]
20. Smith, G. (2009). Democratic innovations: designing institutions for citizen participation. Cambridge University Press.

21. Suri, A. R. (2014). Analysis of factors affecting iran's trade convergence with selected regional blocks: application of an attraction model, *Quarterly Journal of Economic Research, Fourteenth Year, 53*, 37-62.[In Persian]
22. Suri, A. R., & Tashkini, A. (2013). Factors affecting Iran's mutual trade with regional blocks, *Quarterly Journal of Business Research, 68*, 58- 33.[In Persian]
23. Shahbazi, K., Rezaei, I., & Hamidi Rozi, Davood. (2015). Study of economic convergence of economic cooperation (eco) member states: a panel on spatial econometrics approach, *Quarterly Journal of Business Research, 74*, 155-196. [In Persian]
24. Shakibaei, A., & Sanai, H. (2012). Study of economic convergence and simultaneity of useless cycles in shanghai group, *Quarterly Journal of Economic Research, Twelfth Year, No. 3*, 89-105. [In Persian]
25. Turki, L., Taybi, S. K., & Sharifi, S. (2010). The impact of financial reforms on economic growth and convergence among selected Islamic countries, *Quarterly Journal of Economic Modeling Research, 2*. [In Persian]
26. Turani, I., Tabibi, S. J., Tawfiqi, S., & Sharabafchizadeh, N. (2010). International trade in health services in selected Asian member countries; Challenges and Opportunities, *Health Information Management 2011; 8(4): 453-468*. [In Persian]