

اصیل

نقش ضوابط وبسایت‌های وزارت بهداشت در اعتمادسازی گردشگری سلامت ایران

سیدشهاب‌الدین هدایتی^{*}

۱. * نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور کرج، البرز، ایران، shahab.hedayati@semnan.ac.ir

پذیرش مقاله:

دریافت مقاله:

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری سلامت صنعتی راهبردی است و وبسایت‌ها به‌عنوان نخستین نقطه تماس بیماران فرامرزی، در اعتمادسازی و توسعه زنجیره تأمین آن نقش مهمی دارند. این پژوهش با هدف بررسی نقش ضوابط وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در اعتمادسازی و توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت ایران انجام شد.

روش: پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی-پیمایشی و همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۱۲۰ نفر از خبرگان، صاحب‌نظران و تصمیم‌گیران حوزه‌های وبسایت گردشگری سلامت، اعتمادسازی دیجیتال و تنظیم‌گری وزارت بهداشت بود که با نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه محقق‌ساخته مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت گردآوری شد. روایی محتوایی با نظر ده استاد و پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تأیید شد. داده‌ها با مدل‌سازی معادلات ساختاری و SPSS و AMOS تحلیل شدند.

یافته‌ها: در میان مؤلفه‌های ضوابط وبسایت وزارت بهداشت، تعیین میانگین مدت بستری با ضریب ۰/۹۲ بیشترین و تعیین نحوه پرداخت هزینه‌ها با ضریب ۰/۴۴ کمترین همبستگی را داشت. مدل اندازه‌گیری ضوابط وبسایت برازش مطلوبی داشت (RMSEA = 0, CFI = 1). نتیجه‌گیری: با وجود برازش آماری مطلوب، ضوابط موجود در حوزه اعتمادسازی دیجیتال، از جمله شفافیت نتایج درمانی، ارائه دیدگاه‌ها و تجربه‌های بیماران پیشین، گواهی‌های بین‌المللی کیفیت و یکپارچگی خدمات درمان و گردشگری، با کاستی‌های جدی مواجه است. بنابراین، بازنگری در ضوابط وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت و همسوسازی آنها با استانداردهای بین‌المللی برای تحقق اهداف برنامه هفتم توسعه ضروری است. این اقدامات می‌تواند شفافیت و اعتماد خدمات درمانی و گردشگری را بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: سلامت دیجیتال، گردشگری پزشکی، سازمان‌ها و نهادهای گردشگری پزشکی

مقدمه

وبسایت است (۱). برای گردشگر سلامت که در شرایطی آسیب‌پذیر و با دغدغه کیفیت و ایمنی خدمات، سفری پرهزینه و پراسترس را برنامه‌ریزی می‌کند، وبسایت نه تنها یک درگاه اطلاع‌رسانی، بلکه موثرترین نماد اعتبار، شفافیت و حرفه‌ای‌گری نهاد ارائه‌دهنده خدمت به شمار می‌آید (۲). از این‌رو، ضوابط حاکم بر وبسایت‌های فعال در این عرصه، تنها یک مسئله فنی یا اداری نیست، بلکه هسته مرکزی راهبردی اعتمادسازی و توسعه زنجیره تأمین این صنعت راهبردی محسوب می‌شود (۱).

بازار جهانی گردشگری سلامت پس از همه‌گیری کووید-۱۹، مسیر رشد فزاینده و دگردیسی بنیادین را پیموده است. آنچه زمانی سفری بدون واسطه و مبتنی بر توصیه‌های شفاهی بود، امروز به اکوسیستمی پیچیده از انتخاب‌های آگاهانه، مقایسه‌های دیجیتال و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر داده تبدیل شده است. در این تحول پارادایمی، «نخستین نقطه تماس» میان بیمار فرامرزی و ارائه‌دهنده خدمات درمانی، در اغلب موارد یک

Please cite this article as:

Hedayati SSH. Health Ministry Website Rules and Trust in Iran's Health Tourism. Iran J Cult Health Promot 2026; 10(2): P-P.

Copyright: © 2026 Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

مهم شورای راهبردی گردشگری سلامت، شامل ایجاد «برند ملی گردشگری سلامت» و راه‌اندازی «درگاه جامع دیجیتال» به‌منظور یکپارچه‌سازی خدمات درمانی و گردشگری، خبر داده است. هم‌زمان، وزارت بهداشت ایجاد «سیستم بیمه مشترک» با کشورهای همسایه و سازمان‌هایی همچون اکو و بریکس را در دستور کار قرار داده است (۵). با این حال، پژوهش نجف پور و همکاران (۲۰۲۵) که با رویکرد کیفی و از طریق مصاحبه با ۲۳ نفر از خبرگان انجام شد، نشان داد که علی‌رغم ظرفیت‌های قابل توجه، چالش‌های ساختاری متعددی همچون موانع نظارتی، کاستی‌های ارائه خدمات، ضعف در بازاریابی و مدیریت شهرت و نیز آثار تحریم‌های بین‌المللی، همچنان از موانع جدی توسعه این صنعت به شمار می‌روند (۳).

هسته اصلی موفقیت در صنعت گردشگری سلامت، «اعتماد» است؛ اعتمادی که ابعاد گوناگونی همچون کیفیت خدمات درمانی، شفافیت هزینه‌ها، رعایت اصول اخلاق پزشکی و تضمین ایمنی سفر را دربر می‌گیرد. در این میان، مفهوم «زنجیره تأمین گردشگری سلامت» جایگاهی محوری دارد (۴). این زنجیره مشتمل بر حلقه‌های متعددی، از جمله شرکت‌های تسهیل‌گر معتبر، بیمارستان‌های مجهز، خدمات ترجمه و همراهی بیمار، حمل‌ونقل فرودگاهی، اقامت در مراکز پذیرایی استاندارد و خدمات پس از درمان است. وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در این فرایند دارای کارکردی دوگانه هستند؛ از یک سو بستری برای ارائه اطلاعات دقیق و شفاف درباره خدمات و تعرفه‌ها فراهم می‌کنند و از سوی دیگر، خود به‌عنوان یک مکانیسم اعتباربخشی عمل می‌کنند (۲). نجمی و مردانی‌نژاد (۲۰۲۴) نشان دادند که فقدان یکپارچگی اطلاعات میان وبسایت بیمارستان‌ها و بسترهای دیجیتال تسهیل‌گران، یکی از مهم‌ترین شکاف‌های زنجیره ارزش گردشگری سلامت است که فرایند تصمیم‌گیری بیماران خارجی را دشوار کرده و زمینه‌ساز تجربه‌های نامطلوب و این مسئله به عزت ملی آسیب می‌رساند (۸).

ضوابط فعلی وزارت بهداشت در بیشتر موارد بر اجاب‌های حداقلی نظیر «ارائه اطلاعات تماس»، «معرفی بسته‌های خدماتی تعریف‌شده» و «راهنمای فرایند رسیدگی به شکایات» متمرکز است (۶). با این حال، توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت در افق ۱۴۰۵ و همسو با اهداف برنامه هفتم توسعه مستلزم فزاینده‌تر شدن این اجاب‌های حداقلی است. بر اساس مؤلفه‌های شناسایی‌شده در پژوهش برنایی‌گاه و همکاران (۲۰۲۵)، شفافیت اطلاعات مرتبط با نتایج درمانی، دسترسی به تجربه‌ها و دیدگاه‌های بیماران پیشین، نمایش مستندات گواهی‌های بین‌المللی کیفیت، بهره‌گیری از سازوکارهای پرداخت امن اینترنتی و تضمین بازگشت وجه، و نیز ارائه محتوای چندزبانه با کیفیت، از جمله مؤلفه‌هایی هستند که یک «وبسایت مورد تأیید» را از یک «وبسایت تنها مجاز» متمایز می‌کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد وبسایت‌های گردشگری سلامت

جمهوری اسلامی ایران با اتکا به مزیت‌های ساختاری متعدد، از جمله نیروی انسانی فوق‌تخصصی، فناوری‌های پیشرفته پزشکی، هزینه‌های رقابتی و جاذبه‌های فرهنگی و طبیعی، ظرفیت تبدیل شدن به یکی از قطب‌های اصلی گردشگری سلامت در غرب آسیا را دارد (۳). گزارش‌های رسمی از میزبانی سالانه صدها هزار گردشگر سلامت از کشورهای همسایه و برخی کشورهای اروپایی حکایت دارد (۴). همچنین، برنامه هفتم توسعه با هدف‌گذاری جذب سالانه دو میلیون گردشگر سلامت و دستیابی به درآمد شش میلیارد دلاری، نشان دهنده عزم ملی برای توسعه این صنعت است (۵). با این حال، تحقق این چشم‌انداز در شرایطی که رقابت منطقه‌ای فشرده‌تر شده و کشورهای همسایه با سرمایه‌گذاری گسترده در بازاریابی دیجیتال و استانداردسازی خدمات، سهم بیشتری از بازار را به خود اختصاص داده‌اند، نیازمند بازنگری اساسی در سازوکارهای حاکمیتی و تنظیم‌گری است. شورای راهبردی گردشگری سلامت، متشکل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت امور خارجه، وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی و سازمان نظام پزشکی، نقش محوری در تدوین سیاست‌های یکپارچه این حوزه ایفا می‌کند (۵). یکی از مهم‌ترین مصوبات این شورا، تعیین ضوابط الزامی برای راه‌اندازی و فعالیت واحدهای بین‌الملل بیمارستان‌ها (IPD) است که بر اساس آن تمامی بیمارستان‌های متقاضی ارائه خدمت به بیماران خارجی ملزم به رعایت معیارهایی مشخصی در حوزه وبسایت و محتوای دیجیتال هستند (۶).

با وجود این چارچوب تا حدی جامع، شواهد تجربی تصویر متفاوتی را نمایش می‌دهند. مطالعه شایگانی و همکاران (۲۰۲۳) با بررسی ۱۰۲ بیمارستان دارای مجوز IPD نشان داد که میانگین نمره کیفیت محتوای وبسایت‌های این مراکز تنها ۴۷ از ۱۰۰ بوده و در زمره «محتوای با کیفیت پایین» قرار می‌گیرد. همچنین، ۲۱/۶ درصد از این بیمارستان‌ها فاقد صفحه انگلیسی‌زبان بوده‌اند (۶). نتایج این پژوهش وجود رابطه‌ای مستقیم و معنادار میان کیفیت محتوای وبسایت و سهم استان‌ها از بازار گردشگری سلامت را تأیید کرد؛ به گونه‌ای که استان‌های دارای وبسایت‌های باکیفیت‌تر، سهم بیشتری از گردشگران سلامت را جذب کرده‌اند (۶). افزون بر این، عملکرد ضعیف‌تر بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با مراکز خصوصی و نیمه‌خصوصی، ضرورت ظرفیت‌سازی و حمایت از بخش عمومی را آشکار ساخته است (۶). برنایی‌آگاه و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان دادند که از میان معیارهای بازاریابی دیجیتال، عملکرد منابع انسانی ($r=0/413$)، محتوای وبسایت ($r=0/247$) و سیستم‌های دیجیتال ($r=0/235$) بیشترین تأثیر را بر جذب گردشگران سلامت دارند (۷). همچنین، یزدانی و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که طراحی نامناسب، ساختار پیچیده ناوبری و فقدان اطلاعات شفاف، از مهم‌ترین موانع جلب اعتماد کاربران بین‌المللی محسوب می‌شوند (۲).

در سطح سیاست‌گذاری کلان، محسنی بندپی (۲۰۲۵) از دو ابتکار

ایران از منظر ارائه اطلاعات درمانی، وضعیت به نسبت مطلوبی دارند؛ اما در حوزه معرفی آژانس‌های گردشگری سلامت، محتوای گردشگری و اطلاعات تکمیلی مقصد، با کاستی‌های قابل توجهی مواجه هستند (۹). نجف‌پور و همکاران (۲۰۲۵) نیز فقدان یکپارچگی میان بخش درمانی و بخش گردشگری در وبسایت‌های ایرانی را یکی از مهم‌ترین ضعف‌های رقابتی در مقایسه با مقاصدی مانند ترکیه، تایلند و هند دانسته‌اند (۳).

مفهوم «اعتماد» در بستر تعاملات دیجیتال، یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم در مطالعات بازاریابی خدمات سلامت به شمار می‌رود (۱۰). لیو و ژنگ (۲۰۲۳) با تأکید بر نظریه اطمینان، اعتماد و همکاری و مدل پذیرش فناوری، نشان دادند که اعتماد به فناوری‌های سلامت دیجیتال می‌تواند به‌طور مستقیم بر اعتماد به سفر و کاهش نگرانی‌های مرتبط با آن اثرگذار باشد. این یافته بیانگر آن است که «اعتماد فناورانه» پیش‌نیاز شکل‌گیری «اعتماد به سفر» است. در سطحی جامع‌تر، نظریه «تعامل شبکه‌ای خوشه‌ای» اوبورین (۲۰۲۵) چارچوب مناسب برای تحلیل نقش وبسایت‌ها در توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت فراهم می‌کند. از دیدگاه او، گردشگری سلامت یک نظام صنعتی پیچیده است که به هماهنگی میان زیرساخت‌ها، منابع انسانی، تجهیزات و طیف گسترده‌ای از کنشگران است (۱۱). در چنین چارچوبی، وبسایت‌های معتبر و مورد تأیید نهادهای نظارتی می‌توانند به عنوان «لنگر نهادی» عمل کرده و تعامل میان اجزای مختلف زنجیره تأمین را تسهیل کنند (۱).

در سطح بین‌المللی، قادری نانسو و همکاران (۲۰۲۰) با مرور ۳۱ مطالعه، محتوای اطلاعاتی وبسایت‌های گردشگری سلامت را در سه دسته اطلاعات عمومی، اطلاعات پزشکی و اطلاعات گردشگری طبقه‌بندی کردند (۱۲). در سطح ملی، تقی‌زاده یزدی و همکاران (۲۰۱۶) با ارائه چارچوبی مشتمل بر ۵۲ مؤلفه، نشان دادند که وبسایت‌های ایرانی در ارائه اطلاعات پایه عملکرد قابل قبولی دارند؛ اما در مؤلفه‌های پیشرفته‌تری همچون شفافیت نتایج درمانی، ارائه دیدگاه‌های بیماران پیشین و نمایش گواهی‌های بین‌المللی کیفیت با ضعف‌های قابل توجهی مواجه‌اند (۱۳). همچنین، رنگرز جدی و همکاران (۲۰۱۹) در یک مطالعه تطبیقی دریافتند که وبسایت‌های ایرانی در ارائه اطلاعات درمانی عملکرد مطلوبی دارند، اما در زمینه محتوای گردشگری و اطلاعات تکمیلی مقصد، با کمبودهای جدی روبه‌رو هستند. این یافته نشان می‌دهد که «یکپارچگی درمان و گردشگری» حلقه مفقوده وبسایت‌های گردشگری سلامت ایران است (۹). شایگانی و همکاران (۲۰۲۳) نیز میانگین نمره کیفیت وبسایت‌های بیمارستان‌های دارای مجوز IPD را ۴۷ از ۱۰۰ گزارش کرده و رابطه مستقیم و معناداری میان کیفیت وبسایت و سهم استان‌ها از بازار ملی گردشگری سلامت نشان داده‌اند (۶). افزون بر این، مطالعه تطبیقی وبسایت‌های پنجاه تسهیل‌گر گردشگری سلامت در ایران و هند نیز نشان داد که وبسایت‌های ایرانی از نظر کیفیت کلی، کاربرپسندی و

تعامل‌پذیری در سطح پایین تری قرار دارند (۱). از منظر مدیریت زنجیره تأمین، گردشگری سلامت نوعی «زنجیره ارزش خدمات یکپارچه» محسوب می‌شود که حلقه‌های آن شامل تسهیل‌گران گردشگری سلامت، مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، مراکز اقامتی، خدمات حمل‌ونقل، خدمات ترجمه و همراهی بیمار و نیز خدمات پس از درمان است (۴). گکورکی و همکاران (۲۰۲۴) با معرفی اپلیکیشن HealthTourismHub نشان دادند که استفاده از فناوری‌های مبتنی بر هستی‌شناسانه برای یکپارچه‌سازی داده‌های پزشکی و گردشگری می‌تواند تجربه کاربران را بهبود بخشیده و به پایداری مقاصد گردشگری سلامت کمک کند (۱۴).

به طور خلاصه، مرور مبانی نظری و پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که نخست، اعتماد دیجیتال هسته مرکزی موفقیت در گردشگری سلامت است و وبسایت‌ها به‌عنوان نخستین نقطه تماس، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری این اعتماد ایفا می‌کنند (۱۰). دوم، مطالعات بین‌المللی چارچوبی سه‌بعدی شامل اطلاعات عمومی، اطلاعات پزشکی و اطلاعات گردشگری را برای طراحی محتوای وبسایت‌های گردشگری سلامت پیشنهاد کرده‌اند (۱۲). سوم، مطالعات داخلی نشان می‌دهد که وبسایت‌های ایرانی در ارائه اطلاعات درمانی عملکرد به نسبت مطلوبی دارند، اما در زمینه اطلاعات گردشگری و یکپارچگی خدمات درمانی و گردشگری با کاستی‌های جدی مواجه‌اند (۶، ۹). چهارم، کیفیت وبسایت رابطه مستقیمی با سهم استان‌ها از بازار گردشگری سلامت دارد (۶). پنجم، ضوابط موجود وزارت بهداشت در بیشتر موارد بر اجبارهای حداقلی متمرکز بوده و توجه کافی به مؤلفه‌های پیشرفته اعتمادساز و یکپارچگی زنجیره تأمین ندارد. این خلأ نظری و تجربی، ضرورت انجام پژوهش حاضر را دوچندان می‌سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این پرسش اساسی است که ضوابط وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت چه نقشی در اعتمادسازی و توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت در ایران ایفا می‌کنند و این ضوابط تا چه اندازه با نیازهای اعتمادسازان بیماران فرامرزی و نیاز یک زنجیره تأمین یکپارچه و کارآمد همخوانی دارند.

روش

پژوهش حاضر با هدف طراحی و آزمون الگویی برای شناسایی عوامل موثر بر نقش ضوابط وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در اعتمادسازی و توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت ایران، با تأکید بر سیاست‌های کلان دولت در چارچوب برنامه هفتم توسعه، انجام شده است. پارادایم تحقیق کمی و رویکرد آن قیاسی - استقرایی است. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی؛ از نظر ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، توصیفی - پیمایشی از نوع همبستگی؛ و از نظر زمان اجرا، مقطعی است. خلاصه روش‌شناسی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. روش‌شناسی پژوهش

منظر	نوع پژوهش
هدف	کاربردی
ماهیت داده‌ها	کمی
روش گردآوری داده‌ها	کتابخانه‌ای - میدانی (پیمایشی)
ابزار گردآوری داده‌ها	بررسی پیشینه پژوهش (فیش‌برداری) و پرسشنامه محقق ساخته
طرح تحقیق	توصیفی - پیمایشی از نوع همبستگی
روش تجزیه و تحلیل داده‌ها	آمار توصیفی و آمار استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری)

غیراحتمالی (قضای) و گلوله برفی انجام شد. حجم نمونه نهایی ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد که با توجه به ماهیت روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و قواعد پذیرفته‌شده آن، مبتنی بر کفایت حجم نمونه بین صد تا دویست نفر برای مدل‌های دارای پیچیدگی متوسط، قابل قبول است (۱۵، ۱۶). نمای کلی فرایند پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است:

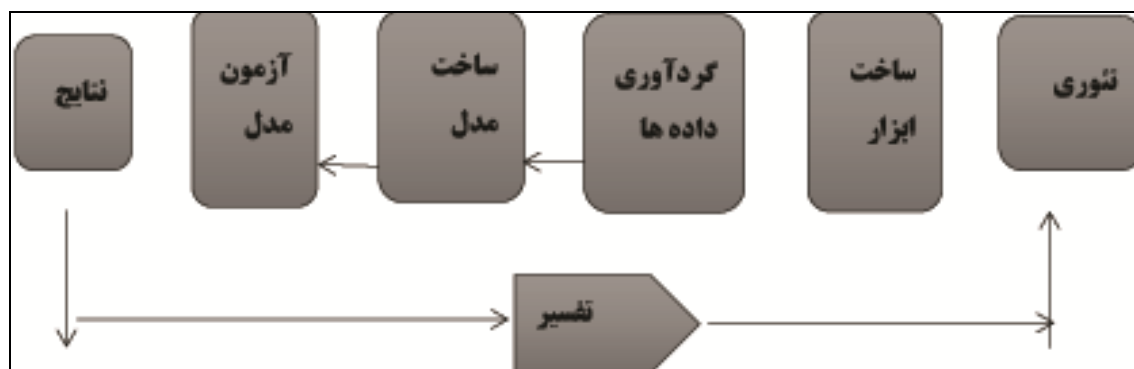
این پژوهش در دو فاز اصلی به گردآوری داده‌ها پرداخته است.

فاز مطالعات کتابخانه‌ای: به‌منظور شناسایی و استخراج مبانی نظری، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های مرتبط با متغیرهای اصلی پژوهش، جست‌وجوی نظام‌مند منابع با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر داخلی و خارجی، از جمله Emerald، Scopus، ScienceDirect، SID، Google Scholar، SpringerLink و مجلات علمی - پژوهشی دانشگاهی، همچنین وبسایت‌های رسمی سازمان‌های مرتبط انجام شد. خروجی این مرحله، تدوین چارچوب نظری اولیه مبتنی بر یافته‌های مطالعات شایگانی و همکاران (۲۰۲۳)، یزدانی و همکاران (۲۰۲۴)، قادری‌ناسا و همکاران (۲۰۲۰) و رنگرز جدی و همکاران (۲۰۱۹) و نیز تشکیل بانک شاخص‌های موردنیاز برای طراحی ابزار پژوهش بود.

فاز مطالعات میدانی: پس از طراحی نسخه اولیه پرسشنامه بر اساس یافته‌های مرحله کتابخانه‌ای و استخراج گویه‌های مرتبط با هفت دسته محتوایی شناسایی‌شده در پژوهش قادری‌ناسا و همکاران (۲۰۲۰) و ۳۶ گویه پرسشنامه شایگانی و همکاران (۲۰۲۳)، داده‌های کمی پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را ۱۲۰ نفر از خبرگان، صاحب‌نظران و تصمیم‌گیران حوزه‌های مرتبط با وبسایت‌های گردشگری سلامت، اعتمادسازی دیجیتال، ضوابط تنظیم‌گری وزارت بهداشت و سیاست‌گذاری کلان تشکیل می‌دهند. این افراد در سه گروه اصلی طبقه‌بندی شدند: نخست، استادان و پژوهشگران دانشگاهی در رشته‌های مدیریت گردشگری، مدیریت خدمات سلامت، مدیریت فناوری اطلاعات، سیاست‌گذاری عمومی، مدیریت دولتی و اقتصاد که دارای سابقه پژوهشی در زمینه گردشگری سلامت، کیفیت وبسایت، اعتماد دیجیتال، زنجیره تأمین یا برنامه‌های توسعه بوده‌اند؛ دوم، مدیران و کارشناسان ارشد دولتی در نهادهای سیاست‌گذار و اجرایی مرتبط، از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌ویژه معاونت درمان و دفاتر توسعه گردشگری سلامت، وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی، سازمان برنامه و بودجه کشور، معاونت علمی، فناوری ریاست جمهوری و استانداری‌های دارای ظرفیت گردشگری سلامت (به ویژه استان‌های تهران، فارس و خراسان رضوی) (۵)؛ و سوم، مدیران بخش خصوصی و مشاوران خبره فعال در زنجیره تأمین گردشگری سلامت، همچون مدیران بیمارستان‌های بین‌المللی واجد واحد IPD (مانند بیمارستان‌های خصوصی تهران و شیراز)، مدیران آژانس‌های تخصصی گردشگری سلامت، طراحان و توسعه‌دهندگان وبسایت‌های فعال در این حوزه، و متخصصان بازاریابی دیجیتال سلامت.

با توجه به ماهیت تخصصی موضوع، نمونه‌گیری به روش هدفمند



شکل ۱. فرایند اجرای مدل پژوهش

ماتریس کوواریانس و روش برآورد حداکثر درست‌نمایی استفاده شد (۱۹). در تمامی مراحل پژوهش، ملاحظات اخلاقی شامل داوطلبانه بودن مشارکت افراد، اطلاع‌رسانی شفاف در باره اهداف مطالعه، حفظ محرمانگی اطلاعات و هویت پاسخ‌دهندگان، و استفاده تنها علمی از داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

جامعه آماری پژوهش شامل دو گروه اصلی، یعنی خبرگان و استادان حوزه گردشگری و پزشکان متخصص بود. شاخص‌ها و روابط میان عوامل پژوهش براساس داده‌های حاصل از ۱۲۰ پرسشنامه تحلیل شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان در جدول ۳ ارائه شده است.

تحلیل عاملی تأییدی ضوابط وب‌سایت مورد تأیید وزارت بهداشت

ضوابط وب‌سایت مورد تأیید وزارت بهداشت با پنج مولفه اصلی شامل «اعلام و معرفی وب‌سایت مرکز درمانی به دبیرخانه گردشگری سلامت»، «معرفی پزشکان متخصص و ذکر سوابق آنها»، «تعیین میانگین مدت بستری برای هر کدام از فرایندهای درمانی»، «تعیین تعرفه‌های درمانی برای هر یک از فرایندهای درمانی به‌صورت تفکیک‌شده» و «تعیین نحوه پرداخت هزینه‌ها برای گردشگران سلامت» مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی تأییدی بود. بر این اساس، تحلیل عاملی تأییدی ضوابط وب‌سایت مورد تأیید وزارت بهداشت با استفاده از نرم‌افزار AMOS انجام شد.

از طریق پرسشنامه محقق‌ساخته گردآوری شد. این پرسشنامه به‌صورت بر خط با استفاده از پلتفرم‌هایی مانند Pors Line و Google Forms و در برخی موارد به‌صورت حضوری در اختیار اعضای نمونه قرار گرفت. برای هر یک از شاخص‌های استخراج‌شده از ادبیات پژوهش، یک یا چند گویه در قالب طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت، از «به‌طور کامل مخالفم» = ۱ تا «به‌طور کامل موافقم» = ۵ طراحی شد (۲).

پرسشنامه اولیه در اختیار ده نفر از استادان صاحب‌نظر دانشگاهی قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات پیشنهادی، نسخه نهایی آن تدوین شد. همچنین، برای بررسی روایی محتوا از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. به‌منظور سنجش پایایی، پرسشنامه نهایی بر روی سی نفر از افراد مشابه جامعه آماری، خارج از نمونه اصلی اجرا شد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در مطالعه پایلوت ۰/۹۳ و درنمونه اصلی ۰/۹۱ به‌دست آمد که بیانگر پایایی بسیار مطلوب ابزار پژوهش است. افزون بر این، در مرحله تحلیل عاملی تأییدی، شاخص پایایی ترکیبی (CR) برای هر سازه محاسبه شد که مقادیر بالاتر از ۰/۷، نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مناسب سازه‌ها بود (۱۷).

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS (نسخه ۲۶) و AMOS (نسخه ۲۴) انجام شد. در سطح استنباطی، ابتدا با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی (CFA)، روایی سازه (همگرا و واگرا) مدل اندازه‌گیری مورد آزمون قرار گرفت (۱۸). سپس، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و بررسی روابط علی میان متغیرهای اصلی، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) با رویکرد مبتنی بر

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان

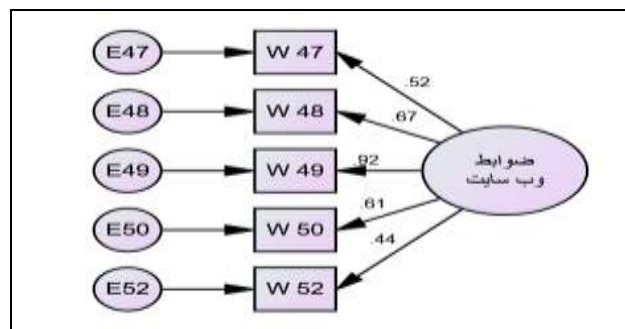
پارامتر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۶۳
	مرد	۵۷
سن	۳۰-۳۵	۲۳
	۳۶-۴۰	۴۱
	۴۱-۴۵	۳۰
	۴۶ به بالا	۲۱
تحصیلات	کارشناسی	۶۱
	کارشناسی ارشد	۳۰
	دکتر	۲۹
سابقه خدمت	۵ سال و کمتر	۳۹
	۶ تا ۱۰ سال	۳۹
	۱۱ تا ۱۵ سال	۳۱
	بیش از ۱۵ سال	۱۱

درمانی» با ضریب ۰/۹۲ بیشترین همبستگی و «تعیین نحوه پرداخت هزینه‌ها برای گردشگر سلامت» با ضریب ۰/۴۴ کمترین همبستگی را با سازه ضوابط وبسایت مورد تأیید وزارت بهداشت دارد. این یافته بیانگر آن است که در نظام تنظیم‌گری موجود، ابعاد بالینی و درمانی (مدت بستری) نسبت به ابعاد مالی و تراکنشی (نحوه پرداخت) از اهمیت بیشتری برخوردار بوده‌اند، این در حالی است که از منظر اعتمادسازی دیجیتال، شفافیت در فرایندهای مالی، امنیت پرداخت‌های بین‌المللی و ارائه سازوکارهای پرداخت مطمئن، از عوامل کلیدی در جلب اعتماد گردشگران سلامت محسوب می‌شوند (۱۰).

مقایسه نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات پیشین نشان می‌دهد که میان وضعیت موجود وبسایت‌های گردشگری سلامت ایران و الگوی مطلوب مطرح شده در ادبیات علمی فاصله قابل توجهی وجود دارد. شایگانی و همکاران (۲۰۲۳) میانگین کیفیت وبسایت‌های بیمارستان‌های دارای مجوز پذیرش بیماران بین‌المللی را ۴۷ از ۱۰۰ گزارش کردند که در سطح «کیفیت پایین» قرار می‌گیرد. همچنین، ۲۱/۶ درصد از این بیمارستان‌ها فاقد نسخه انگلیسی زبان وبسایت بوده‌اند. این نتایج با یافته‌های رنگرز جدی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است که نشان دادند وبسایت‌های ایرانی در ارائه اطلاعات درمانی عملکرد به نسبت مطلوبی دارند، اما در حوزه اطلاعات گردشگری و یکپارچه‌سازی خدمات درمانی و گردشگری با ضعف‌های جدی مواجه هستند. از سوی دیگر، نجف‌پور و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که چالش‌هایی نظیر موانع نظارتی، کاستی‌های ارائه خدمات، ضعف در بازاریابی و مدیریت شهرت و همچنین آثار تحریم‌های بین‌المللی، همچنان از موانع اصلی توسعه گردشگری سلامت در ایران به شمار می‌روند.

از منظر نظری، یافته‌های این پژوهش با نظریه «تعامل شبکه‌ای خوشه‌ای» اوبورین (۲۰۲۵) همخوانی است. این نظریه بر ضرورت هماهنگی میان زیرساخت‌ها، منابع انسانی، تجهیزات و سایر کنشگران زنجیره گردشگری سلامت تأکید می‌کند. در چنین چارچوبی، وبسایت‌های مورد تأیید نهادهای نظارتی می‌توانند به‌عنوان یک «لنگر نهادی» عمل کرده و تعامل میان اجزای مختلف زنجیره تأمین را تسهیل کنند. با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ضوابط فعلی وزارت بهداشت هنوز الزامات کافی برای ایفای چنین نقشی را در بر نمی‌گیرد. به‌ویژه، فقدان یکپارچگی اطلاعات میان وبسایت بیمارستان‌ها و بسترهای دیجیتال شرکت‌های تسهیل‌گر، یکی از مهم‌ترین شکاف‌های موجود در زنجیره ارزش این صنعت شناسایی شد که با یافته‌های نجمی و مردانی‌نژاد (۲۰۲۴) همسو است.

همچنین، یافته‌های برنابی‌آگاه و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که شفافیت اطلاعات مربوط به نتایج درمانی، دسترسی به دیدگاه‌ها و تجربه‌های بیماران پیشین، نمایش گواهی‌های بین‌المللی کیفیت،



شکل ۲. مدل اصلاح‌شده ضرایب استاندارد ضوابط وبسایت مورد تأیید وزارت بهداشت

از میان پنج مقیاس شامل اعلام و معرفی وبسایت مرکز درمانی به دبیرخانه گردشگری سلامت، معرفی پزشکان متخصص و بیان سوابق حرفه‌ای آن‌ها، تعیین میانگین مدت بستری برای هر یک از فرایندهای درمانی، تعیین تعرفه‌های درمانی به تفکیک هر یک از فرایندهای درمانی و تعیین نحوه پرداخت هزینه‌ها برای گردشگران سلامت، مقیاس تعیین میانگین مدت بستری برای هر یک از فرایندهای درمانی با ضریب ۰/۹۲ بیشترین همبستگی بیشتری را با نمرات ضوابط وبسایت مورد تأیید وزارت بهداشت نشان داد. از این‌رو، این مقیاس در محاسبات مربوط به متغیر پنهان از وزن بیشتری برخوردار است. در مقابل، مقیاس تعیین نحوه پرداخت هزینه‌ها برای گردشگران سلامت با ضریب ۰/۴۴ کمترین میزان همبستگی را با نمرات ضوابط وبسایت مورد تأیید وزارت بهداشت داشته و در نتیجه از وزن کمتری در تبیین متغیر پنهان برخوردار است.

براساس اطلاعات به دست آمده، تمامی بارهای عاملی برآورد شده در مدل ضوابط وبسایت از نظر آماری معنادار هستند. شاخص‌های برازندگی مدل در جدول ۵ ارائه شده‌اند. با توجه به نتایج حاصل و مقایسه مقادیر شاخص‌ها با دامنه‌های قابل قبول، می‌توان نتیجه گرفت که تمامی شاخص‌های برازندگی مدل در محدوده قابل قبول قرار دارند. بنابراین، تناسب داده‌های گردآوری شده با مدل مطلوب است و برازندگی مدل ضوابط وبسایت مورد تأیید است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ضوابط وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در اعتمادسازی و توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت در ایران انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که ضوابط فعلی وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در بیشتر موارد بر اجبارهای پایه‌ای، از جمله معرفی مرکز درمانی، معرفی پزشکان متخصص، تعیین میانگین مدت بستری، تعیین تعرفه‌های درمانی و نحوه پرداخت هزینه‌ها متمرکز است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که در میان مولفه‌های مورد بررسی، «تعیین میانگین مدت بستری برای هر یک از فرایندهای

چارچوبی به نسبت منسجم در حوزه اعتمادسازی دیجیتال و یکپارچگی زنجیره تأمین با کاستی‌های اساسی مواجه است. مهم‌ترین این کاستی‌ها شامل نبود الزام به ارائه اطلاعات شفاف در باره نتایج درمانی، فقدان سازوکارهای استاندارد برای نمایش دیدگاه‌های بیماران پیشین، عدم تأکید بر اخذ و نمایش گواهی‌های بین‌المللی کیفیت، ضعف در ارائه محتوای چندزبانه و به‌روز، و مهم‌تر از همه، فقدان یکپارچگی میان اطلاعات درمانی و گردشگری است. این نارسایی‌ها نه تنها فرایند تصمیم‌گیری بیماران خارجی را دشوار می‌کند، بلکه می‌تواند به شکل‌گیری تجربه‌های نامطلوب و در نهایت تضعیف اعتبار ملی گردشگری سلامت ایران منجر شود. از این رو، برای دستیابی به اهداف برنامه هفتم توسعه، از جمله جذب سالانه دو میلیون گردشگر سلامت و تحقق درآمد شش میلیارد دلاری، بازنگری اساسی در ضوابط وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت و همسوسازی آن‌ها با استانداردهای بین‌المللی اعتمادسازی دیجیتال و الزامات زنجیره تأمین یکپارچه، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

بهره‌گیری از سازوکارهای پرداخت امن اینترنتی و ارائه محتوای چندزبانه و به‌روز، از مهم‌ترین عوامل تمایز میان یک «وبسایت مورد تأیید» و یک «وبسایت تنها مجاز» هستند. در همین راستا، یزدانی و همکاران (۲۰۲۴) نیز طراحی نامناسب، ساختار پیچیده ناوبری و نبود اطلاعات شفاف را از مهم‌ترین موانع جلب اعتماد کاربران بین‌المللی معرفی کرده‌اند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل اندازه‌گیری ضوابط وبسایت وزارت بهداشت از برازش مطلوبی برخوردار است ($RMSEA=0$ ، $CFI=1$ ، $TLI=1.022$ ، $X^2/df=0.67$)، با این حال، این برازش مطلوب تنها بیانگر تناسب آماری مدل با داده‌های گردآوری شده است و به اجبار به معنای مطلوب بودن محتوایی ضوابط موجود نیست. به عبارت دیگر، اگرچه مدل از دیدگاه آماری برازش مناسبی دارد، اما ضوابط فعلی برای تحقق اعتمادسازی دیجیتال و توسعه زنجیره تأمین گردشگری سلامت کافی به نظر نمی‌رسد.

در مجموع، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ضوابط فعلی وبسایت‌های مورد تأیید وزارت بهداشت، علی‌رغم برخورداری از

منابع

- Hedayati, S. Sh. Future Study of Ways to Expand Tourism in Iran Based on the Seventh Development Plan (Master's thesis). Payame Noor University of Karaj, Alborz, Iran, 2024.
- Yazdani A, Erfannia L, Majidpour Azad Shirazi A, Zakerabasali S. Usability evaluation of medical tourism websites in Iran. *Frontiers in Health Informatics* 2024; 13(1): 199.
- Najafipour AA, Foroozanfar MH, Haghighat Ghahfarokhi F, Heidari M. Health tourism development: An insightful analysis of Iran's opportunities. *Journal of Future Horizons in Public Health* 2025; 2(1): 45-62.
- Mousavi SM, Haghi M, Manshadi MG. Health tourism in Iran: A path towards sustainable development. *Iranian Journal of Public Health* 2016; 45(2): 274-275.
- Mohseni-Bandpey A. (2025, August 21-22). Iran prioritizes branding and regulation in health tourism sector [Speech]. First International Congress and Exhibition on Dentistry, Tehran, Iran. Available at: <https://tehrantimesonline.ir/print/517062/Iran-prioritizes-branding-and-regulation-in-health-tourism-sector>
- Shaygani F, Jahangiri S, Zahed Roozgar MH, Kavosi Z, Ahmadi Marzaleh M. Investigating the quality of Iranian hospitals' websites and their association to the Province's share of medical tourism. *BMC Research Notes* 2023; 16(1): 332.
- Bornaye Agah L, Qasem Beglou A, Mirzaei A. Determining the criteria of digital medical marketing and investigating their association with the admission of foreign patients in selected hospitals of Tehran in 1401. *Journal of Hospital* 2025; 23(4): 422-434.
- Mardaninejad A, Najmi M. Parameters identification related to design of customer relationship management structure for health tourism facilitators in Iran: A case study of Iran. *Athens Journal of Tourism* 2024; 11(3): 239-258.
- Rangraz Jeddi F, Atoof F, Farrahi R, Chopannejad S. Comparing the content of medical tourism facilitator websites in Iran and other countries: A correspondence analysis. *Frontiers in Health Informatics* 2019; 8(1): 21.
- Liu S, Zheng D. Impacts of tourists' trust, perception and acceptance of health quick response technology on responsible pandemic travel behaviours. *Journal of Hospitality and Tourism Technology* 2023; 14(2): 278-294.
- Oborin MS. Cluster-network interaction as a management tool for health tourism market in a regional economy. *Perm University Herald. Economy* 2025; 20(1): 88-100.
- Ghaderi-Nansa L, Rabiei R, Asadi F, Hosseini A, Emami H. Medical tourism websites with an approach to information content: A systematic review. *Iranian Journal of Public Health* 2020; 49(6): 1045-1052.
- Taghizadeh Yazdi MR, Shami Zanjani M., Haghighi M, Abubhashem Abadi F. Identifying components and determining the content of facilitator websites for medical tourism. *Journal of Tourism Management Studies* 2016; 11(33): 1-18.
- Gkevrekis S, Fiska V, Nikolopoulos S, Kompatsiaris I. Enhancing sustainability in health tourism through an ontology-based booking application for personalized packages. *Sustainability* 2024; 16(15): 6505.
- Mindrila D. Structural equation modeling (SEM) with AMOS. University of West Georgia; 2004.
- Wolf EJ, Harrington KM, Clark SL, Miller MW. Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and Psychological Measurement* 2013; 73(6): 913-934.
- Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 1981; 18(1): 39-50.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis (7th ed.). Pearson Prentice Hall; 2010.
- Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (3rd ed.). Routledge; 2016.

Original

Health Ministry Website Rules and Trust in Iran's Health Tourism

Seyed Shahabodin Hedayati^{1*}

1. ***Corresponding author:** Master's degree in Tourism Management, Faculty of Humanities, Payame Noor University of Karaj, Alborz, Iran, shahab.hedayati@semnan.ac.ir

Abstract

Background: Health tourism is a strategic industry, and websites, as the first point of contact for cross-border patients, play an important role in building trust and developing its supply chain. This study aimed to investigate the role of the criteria of websites approved by the Ministry of Health in building trust and developing the health tourism supply chain in Iran.

Methods: The study was applied in terms of purpose and descriptive-survey and correlational in nature. The statistical population consisted of 120 experts, specialists, and decision-makers in the fields of health tourism websites, digital trust-building, and regulation by the Ministry of Health, who were selected through purposive and snowball sampling. Data were collected using a researcher-made questionnaire based on a five-point Likert scale. Content validity was confirmed by the opinions of ten professors, and reliability was confirmed with a Cronbach's alpha of 0.91. Data were analyzed using structural equation modeling with SPSS and AMOS.

Findings: Among the components of the Ministry of Health's website criteria, determining the average length of hospital stay, with a coefficient of 0.92, had the highest correlation, while determining the method of payment of costs, with a coefficient of 0.44, had the lowest correlation. The measurement model of the website criteria had a good fit (RMSEA = 0, CFI = 1).

Conclusion: Despite the favorable statistical fit, the existing criteria in the area of digital trust-building (including transparency of treatment outcomes, provision of previous patients' views and experiences, international quality certificates, and integration of medical and tourism services) face serious shortcomings. Therefore, revising the criteria for websites approved by the Ministry of Health and aligning them with international standards is essential to achieve the goals of the Seventh Development Plan. These measures can improve the transparency and trust of medical and tourism services.

Keywords: Digital Health, Medical Tourism, Medical Tourism organization and administration

Please cite this article as:

Hedayati SSH. Health Ministry Website Rules and Trust in Iran's Health Tourism. Iran J Cult Health Promot 2026; 10(2): P-P.

Copyright: © 2026 Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License