

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ελληνικός Ιατρικός Τουρισμός:  
Υφιστάμενη Κατάσταση και Προοπτικές Ανάπτυξης  
του ιδιωτικού τομέα υγειονομικής περίθαλψης**

**ΠΑΝΑΓΟΥΛΑ ΚΟΡΟΒΕΣΗ**

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Ιούνιος 2016

ΣΠΑΡΤΗ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ελληνικός Ιατρικός Τουρισμός:  
Υφιστάμενη Κατάσταση και Προοπτικές Ανάπτυξης  
του ιδιωτικού τομέα υγειονομικής περίθαλψης**

**ΠΑΝΑΓΟΥΛΑ ΚΟΡΟΒΕΣΗ**

Νοσηλεύτρια ΤΕ

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μέλος: Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλος: Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Ιούνιος 2016

ΣΠΑΡΤΗ



Copyright © Κοροβέση Παναγούλα του Γεωργίου, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή

*Παναγούλα Κοροβέση*

## **Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

---

Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρη Καθηγήτρια

---

Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια

---





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	5
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	7
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ	7
Αντί προλόγου	9
Περίληψη	11
Abstract	13
Εισαγωγή	15

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1 ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

1.1. Εννοιολογικός ορισμός	23
1.2. Τουρισμός Υγείας & Τουρισμός Ευεξίας	28
1.3. Είδη ιατρικού τουρισμού	31
1.4. Ιστορική αναδρομή	34
1.5. Η σύγχρονη μορφή του ιατρικού τουρισμού	38
1.5.1. Το οικοσύστημα του ιατρικού τουρισμού	43
1.5.1.1. Ο ρόλος των παρόχων υγείας	43
1.5.1.2. Ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων	44
1.5.1.3. Ο ρόλος των διαμεσολαβητών	44
1.5.1.4. Ο ρόλος των πρακτορείων τουρισμού	45
1.5.1.5. Ο ρόλος της διαπίστευσης και της πιστοποίησης	45

### Κεφάλαιο 2 Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΤΑΣ

2.1. Το προφίλ του ιατρικού τουρίστα	48
2.2. Διαδικασία λήψης απόφασης – Κίνητρα	52
2.2.1. Παράγοντες ώθησης	53
2.2.2. Παράγοντες απώθησης	55

### **Κεφάλαιο 3 ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ**

3.1. Αιτιολογικοί παράγοντες ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού	58
3.2. Υφιστάμενη παγκόσμια κατάσταση και διεθνείς τάσεις	63
3.3. Χώρες προέλευσης & χώρες προορισμού	64

### **Κεφάλαιο 4 ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ**

4.1. Οφέλη και Επιπτώσεις	77
4.1.1. Ο ιατρικός τουρισμός ως ευκαιρία αναπτυξιακής πολιτικής	77
4.1.2. Ιατρικός τουρισμός και Εθνικό Σύστημα Υγείας	78
4.1.3. Ιατρικός τουρισμός και εμπορευματοποίηση του αγαθού της υγείας	81
4.1.4. Brain Drain & Brain Gain	82
4.1.5. Το συνεχές της φροντίδας (Continuity of Care/Follow-up Care)	83
4.1.6. Η ασφάλεια του ασθενούς	84
4.1.7. Ιατρικός τουρισμός και μεταμόσχευση οργάνων	87
4.1.8. Ιατρικός τουρισμός και περιβαλλοντικές επιπτώσεις	88
4.1.9. Ανακεφαλαίωση	89

### **Κεφάλαιο 5 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

5.1. Δημόσιο σύστημα υγείας και ιατρικός τουρισμός	91
5.2. Ιδιωτικός τομέας υγείας και ιατρικός τουρισμός	93
5.3. Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας υγείας: Συγκριτική θεώρηση	96

### **Κεφάλαιο 6 Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

6.1. Επισκόπηση του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα	98
6.2. SWOT Ανάλυση Ελληνικού Ιατρικού Τουρισμού	101
6.2.1. Ευκαιρίες (Opportunities)	101
6.2.2. Απειλές (Threats)	102
6.2.3. Πλεονεκτήματα (Strengths)	104
6.2.4. Αδυναμίες (Weaknesses)	106

## **Κεφάλαιο 7 ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

7.1. Η νομική διάσταση του ιατρικού τουρισμού	110
7.2. Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο για τον ιατρικό τουρισμό	111
7.3. Το ευρωπαϊκό νομοθετικό πλαίσιο για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη	113

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 8 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ**

8.1. Σκοπός μελέτης	119
8.2. Είδος μελέτης	119
8.3. Ερευνητικό εργαλείο	120
8.4. Δείγμα – Πεδίο εφαρμογής της μελέτης	122
8.4.1. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού	126
8.5. Ηθική και Δεοντολογία	127

## **Κεφάλαιο 9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ**

9.1. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης	128
9.2. Ανάλυση και παρουσίαση δείγματος μελέτης	128
9.3. Ανάλυση και παρουσίαση των ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου	131
9.3.1. Ερώτηση 1	132
9.3.2. Ερώτηση 2	133
9.3.3. Ερώτηση 3	134
9.3.4. Ερώτηση 4	137
9.3.5. Ερώτηση 5	138
9.3.6. Ερώτηση 6	139
9.3.7. Ερώτηση 7	140
9.3.8. Ερώτηση 8	142
9.3.9. Ερώτηση 9	144

9.3.10. Ερώτηση 10	145
9.3.11. Ερώτηση 11	147
9.3.12. Ερώτηση 12	148
9.3.13. Ερώτηση 13	149
9.3.14. Ερώτηση 14	151
9.3.15. Ερώτηση 15	153
9.3.16. Ερώτηση 16	154
9.3.17. Ερώτηση 17	156

## **Κεφάλαιο 10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

10.1. Συμπεράσματα-Συζήτηση	157
10.2. Προτάσεις	161

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ**

Ελληνική βιβλιογραφία	163
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	166
Ημερήσιος τύπος	180
Ιστοσελίδες	181

## **Παραρτήματα**

Παράρτημα I - Ερωτηματολόγιο μελέτης	183
Παράρτημα II - Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου	191

## Ευρετήριο Πινάκων

<b>Πίνακας 1.1:</b> Διαφορές Νοσηλείας-Τουρισμού	27
<b>Πίνακας 1.2:</b> Ιατρικός τουρισμός - Είδη παρεχόμενων υπηρεσιών	34
<b>Πίνακας 3.1:</b> Ιατρικός τουρισμός - Χώρες προορισμού ανά ήπειρο (με αλφαβητική σειρά)	73
<b>Πίνακας 9.1:</b> Δείγμα ανά κατηγορία παρόχου	128
<b>Πίνακας 9.2:</b> Αριθμός απαντήσεων ανά κατηγορία παρόχου υπηρεσιών υγείας	129
<b>Πίνακας 9.3:</b> Συμμετοχή παρόχων ανά έδρα	129
<b>Πίνακας 9.4:</b> Θέση υπεύθυνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου	130
<b>Πίνακας 9.5:</b> Αριθμός απαντημένων ερωτήσεων	131
<b>Πίνακας 9.6:</b> Αριθμός απαντήσεων ανά ερώτηση και ποσοστό μη ανταπόκρισης ανά ερώτηση	131
<b>Πίνακας 9.7:</b> Περιγραφικά μέτρα δυναμικότητας κλινών ανά κατηγορία παρόχου	133
<b>Πίνακας 9.8:</b> Εισροή ιατρικών τουριστών (2010-2014)	134
<b>Πίνακας 9.9:</b> Περιγραφικά μέτρα ιατρικών τουριστών κατά τα έτη 2010 έως 2014	135
<b>Πίνακας 9.10:</b> Κινητικότητα ιατρικών τουριστών στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και στα Κέντρα Αποκατάστασης κατά τα έτη 2010-2014	136
<b>Πίνακας 9.11:</b> Πολιτική τιμολόγησης υπηρεσιών	137
<b>Πίνακας 9.12:</b> Κρατική υποστήριξη και ιατρικός τουρισμός	138
<b>Πίνακας 9.13:</b> Υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού	139
<b>Πίνακας 9.14:</b> Μη ιατρικές προσφερόμενες υπηρεσίες	140
<b>Πίνακας 9.15:</b> Διαφημιστικά μέσα προβολής παρόχων υγείας	142
<b>Πίνακας 9.16:</b> Συνεργασία με εταιρείες διαμεσολάβησης ιατρικού τουρισμού	145
<b>Πίνακας 9.17:</b> Χώρες προέλευσης ιατρικών τουριστών	146
<b>Πίνακας 9.18:</b> Ποσοστό ιατρικών τουριστών ανά χώρα προέλευσης	146
<b>Πίνακας 9.19:</b> Διαφημιστική καμπάνια στις χώρες προέλευσης (2014)	147
<b>Πίνακας 9.20:</b> Διαφημιστική Καμπάνια & Μέσα διαφήμισης στις χώρες προέλευσης των ιατρικών τουριστών	148
<b>Πίνακας 9.21:</b> Η παράμετρος της τοποθεσίας σε σχέση με την προσέλκυση ιατρικών τουριστών	148
<b>Πίνακας 9.22:</b> Για ποιους λόγους θεωρείτε ότι έχει η κλινική σας ευνοηθεί;	150

<b>Πίνακας 9.23:</b> Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με τον ιατρικό τουρισμό;	152
<b>Πίνακας 9.24:</b> Πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας	153
<b>Πίνακας 9.25:</b> Βιωσιμότητα επιχείρησης ασχολούμενης αποκλειστικά με τον ιατρικό τουρισμό	155
<b>Πίνακας 9.26:</b> Διεύρυνση υπηρεσιών στον τομέα του ιατρικού τουρισμού	156

## Ευρετήριο Γραφημάτων

<b>Γράφημα 9.1:</b> Έτος ίδρυσης παρόχων	133
<b>Γράφημα 9.2:</b> Εισροή ιατρικών τουριστών (2010-2014)	134
<b>Γράφημα 9.3:</b> Μέση τιμή ιατρικών τουριστών κατά τα έτη 2010 έως 2014	135
<b>Γράφημα 9.4:</b> Μέση τιμή ιατρικών τουριστών στις Μ.Χ.Α. & στα Κ.Α.Α. κατά τα έτη 2010 έως 2014	136
<b>Γράφημα 9.5:</b> Πολιτική τιμολόγησης υπηρεσιών	137
<b>Γράφημα 9.6:</b> Κρατική υποστήριξη και ιατρικός τουρισμός	138
<b>Γράφημα 9.7:</b> Υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού	140
<b>Γράφημα 9.8:</b> Μη ιατρικές προσφερόμενες υπηρεσίες	141
<b>Γράφημα 9.9:</b> Διαφημιστικά μέσα προβολής παρόχων υγείας	144
<b>Γράφημα 9.10:</b> Συνεργασία με εταιρείες διαμεσολάβησης ιατρικού τουρισμού	145
<b>Γράφημα 9.11:</b> Χώρες προέλευσης ιατρικών τουριστών για το 2014	147
<b>Γράφημα 9.12:</b> Η παράμετρος της τοποθεσίας σε σχέση με την προσέλκυση ιατρικών τουριστών	149
<b>Γράφημα 9.13:</b> Για ποιους λόγους θεωρείτε ότι έχει η κλινική σας ευνοηθεί;	151
<b>Γράφημα 9.14:</b> Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με τον ιατρικό τουρισμό;	153
<b>Γράφημα 9.15:</b> Πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας	154
<b>Γράφημα 9.16:</b> Βιωσιμότητα επιχείρησης ασχολούμενης αποκλειστικά με τον ιατρικό τουρισμό	155
<b>Γράφημα 9.17:</b> Διεύρυνση υπηρεσιών στον τομέα του ιατρικού τουρισμού	156

## Ευρετήριο Εικόνων

<b>Εικόνα 3.1:</b> Διαφήμιση για τον ιατρικό τουρισμό	72
<b>Εικόνα 3.2:</b> Οδηγοί Χωρών Ιατρικού Προορισμού της Ένωσης Ιατρικού Τουρισμού	76





*Σε εκείνους που ήταν συνοδοιπόροι στο ταξίδι μου και  
που μου άνοιζαν νέους ορίζοντες*

*Σας ευχαριστώ*



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο ιατρικός τουρισμός είναι μια νέα διεθνής τάση στην αγορά υγείας. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις νεοεισερχόμενες δυνάμεις στην παγκόσμια αγορά του ιατρικού τουρισμού.

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών δομών υγείας στον τομέα του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα.

Υλικό και Μέθοδος: Για τους σκοπούς της μελέτης έγινε επισκόπηση της διεθνούς αγγλόφωνης και εγχώριας βιβλιογραφίας (έντυπης και ηλεκτρονικής) της τελευταίας κυρίως δεκαπενταετίας, μέσα από ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης (*Pubmed, Medscape, Science Direct*). Αξιοποιήθηκαν τόσο ακαδημαϊκές μελέτες όσο και η «γκρίζα» βιβλιογραφία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση συνεκτιμήθηκε με τα αποτελέσματα της έρευνας που διενεργήθηκε μέσω ερωτηματολογίου. Βασική μονάδα δειγματοληψίας αποτέλεσαν ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Το μέγεθος του δείγματος ( $n=172$ ) καλύφθηκε με διαμοίραση ερωτηματολογίων προς συμπλήρωση σε όλη την Ελλάδα. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.

Αποτελέσματα: Απαντήθηκαν 21 ερωτηματολόγια (συμμετοχή 12,2%). Το 33% των παρόχων του δείγματος εδρεύει στην Αττική. Η υπηρεσία με τη μεγαλύτερη ζήτηση είναι η αιμοκάθαρση (61,9%) και ακολουθούν οι υπηρεσίες αποθεραπείας/αποκατάστασης (28,6%). Δημοφιλέστερο μέσο διαφήμισης είναι το διαδίκτυο (90,4%). Το Ηνωμένο Βασίλειο (45,4%), η Γερμανία (17,7%) και η Γαλλία (13,8%) είναι οι χώρες με τη μεγαλύτερη εισροή ιατρικών τουριστών. Οι κύριοι λόγοι ενασχόλησης των παρόχων με τον τομέα αυτό είναι ότι αποτελεί επικερδή αγορά και ευκαιρία για αξιοποίηση πόρων της επιχείρησης (57,1%). Το 61,9% απαντά θετικά σε μια μελλοντική διεύρυνση των υπηρεσιών του στον χώρο του ιατρικού τουρισμού.

Συμπεράσματα: Ο ιατρικός τουρισμός είναι μια νέα αναπτυσσόμενη αγορά για τον ιδιωτικό τομέα υγείας με την εγχώρια δραστηριοποίηση να βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο. Ωστόσο, ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να υποστηρίξει αυτόν τον εξειδικευμένο κλάδο οικονομικής δραστηριότητας και να επενδύσει σε αυτό το νέο μοντέλο επιχειρηματικής ανάπτυξης.

Λέξεις-Κλειδιά: ιατρικός τουρισμός, τουρισμός υγείας, διασυννοριακή υγεία.



## ABSTRACT

Introduction: Medical Tourism is a growing international trend in the health market. Greece is one of the entrant forces in the global Medical Tourism industry.

Purpose: This thesis explores the activity of private health facilities in the field of Medical Tourism in Greece.

Material and Method: An overview of the international English-language and national literature (printed and electronic) of the last fifteen years was made for the purposes of the research, mainly through online search engines (*Pubmed, Medscape, Science Direct*). Both published academic studies as well as the "grey" literature were used. The literature review took into account the results of a research conducted by a questionnaire. As basic sampling unit were used private health service structures. The sample size (n=172) was covered with questionnaires sent for completion throughout Greece. The statistical analysis was done with the statistical package SPSS 20.

Results: On the whole, 21 questionnaires were answered (12.2% participation). 33% of the sample providers are based in Attica. The health service with the highest demand is hemodialysis (61.9%), followed by recovery/rehabilitation care (28.6%). Internet is the most popular advertising medium (90.4%). The United Kingdom (45.4%), Germany (17.7%) and France (13.8%) are the countries with the biggest influx of medical tourists. The main reasons for the involvement of the providers in this sector are that this is a profitable market and an opportunity to exploit the resources of the company (57.1%). 61.9% answered positively to a future expansion of their health services in the field of medical tourism.

Conclusions: Medical tourism is a new growing market for the private health sector with domestic action being still in its infancy. However, the private sector can support this specialized branch of economic activity and invest in this new business and development model.

Keywords: *Medical Tourism, Medical Tourist, Health Tourism, Medical Travel.*



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε πολλές χώρες του σύγχρονου δυτικού κόσμου το δημόσιο σύστημα υγείας συχνά αδυνατεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και στο αίτημα για μια «υγιή και αξιοπρεπή γήρανση». Το συνηθέστερο αποτέλεσμα είναι να τοποθετούνται οι ασθενείς σε πολύμηνες λίστες αναμονής, προκειμένου να υποβληθούν σε ιατρικές θεραπείες ή επεμβάσεις. Από την άλλη η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη είναι ιδιαίτερος δαπανηρή. Ήταν, λοιπόν, λογικό επακόλουθο να αναζητηθούν εναλλακτικές λύσεις, ώστε να εξυπηρετηθεί η ζήτηση για άμεση, ποιοτική και οικονομική υγειονομική περίθαλψη. Αυτό ακριβώς το κενό των συστημάτων υγείας των ανεπτυγμένων χωρών έρχεται να καλύψει ο Ιατρικός Τουρισμός (*Medical Tourism*). Η πλήρης έκταση της τάσης αυτής είναι ακόμη άγνωστη, καθώς τα δεδομένα σε διεθνές επίπεδο είναι σποραδικά και ελλιπή, προέρχονται από ανεπίσημες, κυρίως, πηγές ή παραμένουν ανέκδοτα. Εφόσον η τάση αυτή συνεχιστεί, οι εμπειρογνώμονες είναι πεπεισμένοι ότι οι συνέπειες θα είναι σημαντικές για τα συστήματα δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο.

Παρά την εμφανώς αυξανόμενη δημοτικότητα αυτού του νέου τύπου τουρισμού και θεραπείας, παρατηρείται μία αξιοσημείωτη έλλειψη της θεωρητικής ανάλυσης και της ακαδημαϊκής προσέγγισης του φαινομένου σε διεθνές επίπεδο. Συνεπώς, κάθε στοχευμένη επιστημονική έρευνα στον τομέα του ιατρικού τουρισμού, με βάση την κοινή γνώση και των δύο κλάδων, του τουρισμού και της υγείας, κρίνεται ως χρήσιμη και αναγκαία.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με τον τίτλο «Ελληνικός Ιατρικός Τουρισμός: Υφιστάμενη Κατάσταση και Προοπτικές Ανάπτυξης του Ιδιωτικού Τομέα Υγειονομικής Περίθαλψης» εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Σκοπός της είναι να αποτυπώσει τη δραστηριοποίηση των υφιστάμενων δομών υγείας του ιδιωτικού τομέα στον ιατρικό τουρισμό και να διερευνήσει τις προοπτικές ανάπτυξης του.

Για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων και τη συγκέντρωση των απαιτούμενων στοιχείων η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας κινήθηκε σε δύο άξονες:

α. Αρχικά έγινε επισκόπηση της διεθνούς αγγλόφωνης και εγχώριας βιβλιογραφίας (έντυπης και ηλεκτρονικής) μέσα από τις ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης (*Pubmed, Medscape, Science Direct*). Για τους σκοπούς της εργασίας αξιοποιήθηκαν τόσο ακαδημαϊκά άρθρα όσο και η «γκρίζα» βιβλιογραφία (άρθρα από τον ημερήσιο και περιοδικό τύπο), εξαιτίας της αυξημένης δημοτικότητας του θέματος την τελευταία δεκαπενταετία.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση σε σχέση με το αντικείμενο της μελέτης διενεργήθηκε με τη χρήση των ακόλουθων όρων στα Ελληνικά: «ιατρικός τουρισμός», «τουρισμός υγείας», «διασυνοριακή υγεία». Αντιστοίχως στα αγγλικά χρησιμοποιήθηκαν ως χαρακτηριστικές λέξεις-κλειδιά οι όροι: *medical tourism, medical tourist, health tourism, medical travel, international patient service, cross-border* και *global health care*.

Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 2000-2014, επειδή ο ιατρικός τουρισμός ως φαινόμενο ακμάζει την τελευταία δεκαπενταετία, οπότε αναπόφευκτα η μελέτη όφειλε να επικεντρωθεί, κυρίως, σε σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα. Επιπλέον, τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

β. Τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης συνεκτιμήθηκαν με τα ευρήματα του ερωτηματολογίου για τον ιατρικό τουρισμό. Το κύριο ερευνητικό ερώτημα, στο οποίο επιχειρείται να δοθεί απάντηση είναι ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα και σε ποιο βαθμό έχει δραστηριοποιηθεί ο ιδιωτικός τομέας υγείας στον κλάδο αυτόν.

Η διπλωματική εργασία διαρθρώνεται σε δύο μέρη, ένα θεωρητικό και ένα ειδικό, και αποτελείται από δέκα κεφάλαια. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση του ιατρικού τουρισμού για μια πλήρη και ολοκληρωμένη προσέγγιση του φαινομένου αυτού. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζεται εννοιολογικά ο όρος «ιατρικός τουρισμός», διακρίνονται τα είδη του, αποπειράται μια σύντομη ιστορική αναδρομή και παρουσιάζεται η σύγχρονη μορφή του. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας τύπου ιατρικού τουρισμού, συνθέτει το προφίλ του και διερευνά τους παράγοντες που οδηγούν στην απόφαση λήψης τέτοιου τύπου υπηρεσιών υγείας. Το τρίτο κεφάλαιο εξετάζει τους αιτιολογικούς παράγοντες ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού και παρουσιάζει τις



διεθνείς τάσεις του φαινομένου, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί με τις χώρες προέλευσης και προορισμού. Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται μια κριτική θεώρηση του ιατρικού τουρισμού. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη παρουσίαση του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα και το έκτο επικεντρώνεται στην επισκόπηση του ελληνικού ιατρικού τουρισμού και γίνεται SWOT ανάλυσή του. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο για τον ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στο ειδικό μέρος παρουσιάζονται και αναλύονται τα πορίσματα της έρευνας: ο σκοπός και το είδος της μελέτης, το ερευνητικό εργαλείο, το δείγμα-πεδίο εφαρμογής της και η μεθοδολογία στατικής ανάλυσης (κεφάλαιο 8), η στατιστική ανάλυση και τα αποτελέσματά της (κεφάλαιο 9). Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα της έρευνας και τις προτάσεις για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα (κεφάλαιο 10).

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους, όσοι ανταποκρίθηκαν και συνεργάστηκαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της εργασίας.



*Όταν τελειώνουν τα χρήματα, πρέπει να αρχίσουμε να σκεφτόμαστε.*

Winston Churchill



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



# Κεφάλαιο 1 Ιατρικός Τουρισμός

## 1.1. Εννοιολογικός ορισμός

Ιδιαίτερα σημαντική για την εξέταση κάθε φαινομένου είναι η εννοιολογική του προσέγγιση και η διασαφήνιση του όρου ή των όρων του πραγματευόμενου θέματος. Αποτελεί, λοιπόν, βασικό ερώτημα πώς ορίζεται ο ιατρικός τουρισμός.

Στις διάφορες απόπειρες ορισμού του που καταγράφονται στην ανασκόπηση της διεθνούς και της εγχώριας βιβλιογραφίας αποτυπώνεται η δυσκολία που έγκειται στο να ορίσει κανείς την έννοια του ιατρικού τουρισμού (*medical tourism*) και η συνακόλουθη σύγχυση που επικρατεί ως προς τη χρήση του όρου.

Στην πραγματικότητα πρόκειται για έναν νεοπαγή όρο, ο οποίος εισάγεται στη σχετική διεθνή βιβλιογραφία, τόσο την γκρίζα όσο και την ακαδημαϊκή, τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα και συστηματικότερα τις δύο πρώτες δεκαετίες του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Το 2006 άρχισαν να δημοσιεύονται άρθρα για τον ιατρικό τουρισμό σε εξειδικευμένα περιοδικά και να γίνονται σχετικές με το θέμα αναρτήσεις στον παγκόσμιο ιστό (Horowitz, Rosensweig et al., 2007).

Ο ιατρικός τουρισμός απαντάται αλλιώς και με τους όρους: ιατρικά ταξίδια (*Medical Travel*), διεθνής εξυπηρέτηση ασθενών (*International Patient Service*), διασυνοριακή (*Cross-border Healthcare*) ή παγκόσμια υγειονομική περίθαλψη (*Global Healthcare*), ιατρική ανταλλαγή (*Medical Exchange*), χειρουργικός τουρισμός (*Surgical Tourism*) ή θεραπευτικός τουρισμός, ακόμη και διακοπές υγείας (*Health Vacation*).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization (WHO)) δεν υπάρχει ένας από κοινού αποδεκτός ορισμός του ιατρικού τουρισμού (Kelly, 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού (World Tourism Organization (WTO)) προτιμά να ορίσει το φαινόμενο αυτό ως «τις τουριστικές υπηρεσίες που βασίζονται στην υγειονομική περίθαλψη, για την ασθένεια και την υγεία, την ανάρρωση και την αποκατάσταση» (Chen et al., 2012, Guojinga & Zhijun, 2013).

Η έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Lunt et al., 2011) χαρακτηρίζει ως ιατρικό τουρισμό τη μετακίνηση/το ταξίδι των καταναλωτών, μέσω διεθνών συνόρων, με την πρόθεση να λάβουν κάποια μορφή ιατρικής θεραπείας (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014).

Σύμφωνα με την «Encyclopedia of Global Health» (Pakes, 2008) ο όρος ιατρικός τουρισμός αναφέρεται σε δύο διαφορετικά, σχετικά πρόσφατα, φαινόμενα: α) σε γιατρούς ή εκπαιδευμένους γιατρούς που ταξιδεύουν από ανεπτυγμένες σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, για να παράσχουν ιατρικές υπηρεσίες και β) σε ασθενείς, που προέρχονται κατά κανόνα από ανεπτυγμένες χώρες και που ταξιδεύουν σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, αναζητώντας οικονομική ιατρική περίθαλψη ή ιατρικές επεμβάσεις (συμπεριλαμβανομένων των μεταμοσχεύσεων) που δεν είναι διαθέσιμες ή θεωρούνται παράνομες στη χώρα καταγωγής τους (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014).

Για τον πρώτο διεθνή μη κερδοσκοπικό οργανισμό με αντικείμενο τον Ιατρικό Τουρισμό και τη Διεθνή Βιομηχανία Ασθενών, *Medical Tourism Association*<sup>1</sup> (MTA) (2013), ιατρικός τουρισμός υπάρχει εκεί, όπου οι άνθρωποι που ζουν σε μία χώρα ταξιδεύουν σε μία άλλη χώρα, για να λάβουν ιατρική, οδοντιατρική και χειρουργική φροντίδα, ενώ συγχρόνως απολαμβάνουν ισοδύναμη ή και μεγαλύτερη φροντίδα από ό,τι στη δική τους χώρα και που ταξιδεύουν για ιατρική περίθαλψη, εξαιτίας της προσιτής τιμής και της καλύτερης πρόσβασης στην περίθαλψη, ή σε ένα υψηλότερο επίπεδο ποιότητας φροντίδας.

Η αμερικανική εταιρεία συμβούλων *Deloitte* στον ορισμό της για τον ιατρικό τουρισμό σημειώνει ότι αναφέρεται στο ταξίδι σε μια άλλη χώρα για αναζήτηση εξειδικευμένης ή οικονομικής ιατρικής φροντίδας, ευεξίας και ανάρρωσης, αποδεκτής ποιότητας με τη βοήθεια ενός συστήματος υποστήριξης (Keckley & Underwood, 2008:6).

Στην πρόσφατη μελέτη του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2012) αναφέρεται ότι ο όρος «ιατρικός τουρισμός» περιλαμβάνει δύο κατηγορίες υπηρεσιών: (α) τη διαχείριση ιατρικών αναγκών, όπως επείγοντα περιστατικά υγείας ή τακτικές υγειονομικές ανάγκες για χρόνια νοσήματα και (β) τον ιατρικό τουρισμό επιλογής.

---

<sup>1</sup> Διαθέσιμο από: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/medical-tourism-faq-s.html>



Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι διάφορες προτάσεις ορισμού του ιατρικού τουρισμού από μελετητές και εμπειρογνώμονες στο θέμα:

- Οι μελετητές Carrera και Bridges (2006a) αντιλαμβάνονται τον ιατρικό τουρισμό ως το οργανωμένο ταξίδι ενός ατόμου, εκτός της δικαιοδοσίας του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας του, για την ενίσχυση ή την αποκατάσταση της ατομικής του υγείας μέσω μιας ιατρικής παρέμβασης.
- Ο ιατρικός τουρισμός είναι η διακίνηση ασθενών μέσω ενός παγκόσμιου δικτύου των υπηρεσιών υγείας. Αναφέρεται δηλαδή σε ένα δυναμικό υποσύνολο της παγκόσμιας υγειονομικής περίθαλψης που ενσωματώνει μια ποικιλία από υπηρεσίες, διαδικασίες και χώρους φροντίδας (Gerzmava et al., 2011).
- Ο ιατρικός τουρισμός είναι μια ταχέως αναπτυσσόμενη τάση, όπου ασθενείς από βιομηχανικές χώρες αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, παρακάμπτοντας τις υπηρεσίες που προσφέρονται στις δικές τους κοινότητες (Horowitz & Rosensweig, 2008).
- Ο Δρ. Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης (χ.χ.) συγκαταλέγει τον ιατρικό τουρισμό στους οκτώ τομείς που συγκροτούν τον τουρισμό υγείας<sup>2</sup>. Ο ιατρικός τουρισμός προϋποθέτει κάποιο ταξίδι και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Διευκρινίζει ακόμη πως οι όροι «τουρισμός υγείας» και «ιατρικός τουρισμός» μπορούν να θεωρηθούν ως «συναφείς αλλά όχι και ως ταυτόσημοι».

Πρόκειται για μια ενδεικτική αναφορά, η οποία έχει ως στόχο να αποτυπώσει το ευρύ φάσμα απόψεων στο θέμα ορισμού του ιατρικού τουρισμού.

Κοινός παρονομαστής όλων των προσπαθειών αποσαφήνισης του όρου τείνει να γίνει ότι ο ιατρικός τουρισμός ως σύγχρονο φαινόμενο αναφέρεται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών ή

---

<sup>2</sup> «Τουρισμός Υγείας» είναι ο συγκεντρωτικός όρος για υπηρεσίες σε 8 Τομείς του Τουρισμού που έχουν σχέση με την υγεία (8 Health-related Tourism Segments): (1) Ιατρικός Τουρισμός (Medical Tourism) (2) Οδοντιατρικός Τουρισμός (Dental Tourism) (3) Ιαματικός Τουρισμός (Spa Tourism) – μπορεί να συμπεριλάβει και Θαλασσοθεραπεία (Thalassotherapy) (4) Τουρισμός Ευεξίας (Wellness Tourism) (5) Αθλητικός Τουρισμός (Sports Tourism) (6) Culinary Tourism (Τουρισμός Μαγειρικής Τέχνης και Επιστήμης) (7) Προσβάσιμος Τουρισμός (Accessible Tourism) και (8) Τουρισμός Υποβοηθούμενης Διαβίωσης (Assisted Residential Tourism)».

στην εξειδικευμένη φροντίδα υγείας και παράλληλα φέρει τα χαρακτηριστικά ενός τουριστικού προϊόντος ως τουρισμός ειδικού ενδιαφέροντος (*special interest tourism*)<sup>3</sup> (Lee & Spisto, 2007). Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως δεν είναι λίγα εκείνα τα μέλη της επιστημονικής κοινότητας που διατυπώνουν τις αντιρρήσεις τους ή εκφράζουν ανοιχτά τη διαφωνία τους σχετικά με τη χρήση του όρου «ιατρικός τουρισμός» (Whittaker, 2008, Glinos et al., 2010, Kangas, 2010, Mainil et al., 2012)<sup>4</sup>. Η σημαντικότερη ένστασή τους ως προς τη χρήση του συγκεκριμένου όρου έγκειται στο ότι υπάρχει εγγενής αντίφαση ή σημειώνεται λογικό παράδοξο με τον συνδυασμό των εννοιών της νοσηλείας/ιατρικής περίθαλψης και του τουρισμού. Πρόκειται για δύο εντελώς διαφορετικές δραστηριότητες της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου, ασύμβατες μεταξύ τους και διαμετρικά αντίθετες, με χαρακτηριστικά που βρίσκονται σε οξεία αντίθεση (Cohen, 2008:24, Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014).

Επιπλέον, αντιφατικό είναι και το συναισθηματικό φορτίο που φέρει το συγκεκριμένο ονοματικό σύνολο, γιατί τα συναισθήματα που διεγείρουν οι δύο έννοιες αλληλοαναιρούνται. Η έννοια της νοσηλείας ενέχει αρνητικά και δυσάρεστα συναισθήματα, όπως είναι αυτά της αγωνίας, του πόνου ή της δυστυχίας, ενώ αντίθετα ο τουρισμός είναι *φύσει* συνυφασμένος με θετικά συναισθήματα, όπως η αναψυχή, η χαλάρωση και η ξεκούραση (Cohen, 2008, Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014)<sup>5</sup>.

Οι διαφορές των δύο εννοιών μπορούν να αποδοθούν σχηματικά ως εξής (Πίνακας 1.1) (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014:14):

---

<sup>3</sup> Οι θεματικές μορφές τουρισμού βρίσκονται διεθνώς σε ανοδική τάση, καθώς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερόντων. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που φέρει ο ιατρικός τουρισμός τον εντάσσουν στον ειδικό, θεματικό, εναλλακτικό και ποιοτικό τουρισμό, όπως ο πολιτιστικός, ο φυσιολατρικός, ο σιδηροδρομικός, ο συνεδριακός, ο εκθεσιακός, ο εκπαιδευτικός, ο θρησκευτικός τουρισμός. Τα είδη του ειδικού ή εναλλακτικού τουρισμού είναι ποικίλα και συνεχώς διευρύνονται, καθώς θεωρείται ως η επικρατούσα μορφή τουρισμού στο μέλλον.

<sup>4</sup> Επισημαίνεται ακόμη ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συστηματική χρήση του όρου τουρισμός, προκειμένου να δηλωθούν ασύμβατες με αυτόν ιατρικές πράξεις, όπως για παράδειγμα «τουρισμός ευθανασίας», «τουρισμός υποβοηθούμενης αυτοκτονίας», «τουρισμός άμβλωσης» κ.ο.κ.

<sup>5</sup> «Ο όρος «ιατρικός τουρισμός» χαρακτηρίζεται από σαφή αντίφαση, η οποία μάλιστα είναι εγγενής, καθώς τουρισμός και νοσηλεία είναι έννοιες που δεν μπορούν να συνυπάρξουν. Ο τουρισμός προϋποθέτει, κατά κανόνα, διαμονή σε τουριστικό κατάλυμα και η νοσηλεία (θεραπεία ή επέμβαση) παρέχεται, κατά κανόνα, σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Πρόκειται για δύο διαφορετικές δραστηριότητες της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου, οι οποίες όχι μόνο δεν συμβιβάζονται αλλά συγκρούονται διότι ο τουρισμός προϋποθέτει καλή σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου, η έλλειψη των οποίων οδηγεί αναγκαστικά τον άνθρωπο στο νοσηλευτικό ίδρυμα για τη λήψη ιατρικής περίθαλψης.»

**Πίνακας 1.1:** Διαφορές Νοσηλείας-Τουρισμού

ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ διαμονή σε νοσηλευτικό ίδρυμα</li> <li>▪ αναγκαστική δραστηριότητα</li>   <li>▪ απουσία υγείας</li> <li>▪ δεν εντάσσεται στις δραστηριότητες αναψυχής</li> <li>▪ μη προϋπόθεση ο ελεύθερος χρόνος</li> <li>▪ κίνητρο η βελτίωση / αποκατάσταση της υγείας</li> <li>▪ αντικειμενικός σκοπός η ίαση</li> <li>▪ αρνητικά συναισθήματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ διαμονή σε τουριστικό κατάλυμα</li> <li>▪ οικειοθελής δραστηριότητα / ελεύθερη επιλογή</li> <li>▪ καλή σωματική και ψυχική υγεία</li> <li>▪ εντάσσεται στις δραστηριότητες αναψυχής</li> <li>▪ προϋπόθεση ο ελεύθερος χρόνος</li> <li>▪ κίνητρο η ανάπαυση / αναψυχή</li>   <li>▪ αντικειμενικός σκοπός η αναψυχή</li> <li>▪ θετικά συναισθήματα</li> </ul>

Με βάση τη συγκεκριμένη θεώρηση ο όρος «ιατρικός τουρισμός» χαρακτηρίζεται ως ψευδεπίγραφος, αδόκιμος, παραπλανητικός, μη ορθός επιστημονικά ή στην καλύτερη περίπτωση ως μη εύστοχος.

Στον χώρο της υγείας είναι αλήθεια πως συνήθως προτιμάται ο όρος «ιατρικά ταξίδια» (Munro, 2012:19). Ο ιατρικός τουρισμός «επινοήθηκε» ουσιαστικά από τα Μαζικά Μέσα Ενημέρωσης, τη διαφήμιση και τα ταξιδιωτικά/τουριστικά γραφεία, για να περιγράψει την πρακτική ανθρώπων να ταξιδεύουν πέρα από τα εθνικά τους σύνορα, προκειμένου να λάβουν υγειονομική περίθαλψη (Segen's Medical Dictionary, 2012 Farlex)<sup>6</sup>. Παρά, λοιπόν, τις επιφυλάξεις σημαντικού μέρους της επιστημονικής κοινότητας, ο όρος ιατρικός τουρισμός φαίνεται να επικρατεί τελικά τόσο στη διεθνή όσο και στην εγχώρια βιβλιογραφία. Σε αυτό συντελούν ασφαλώς η εκτεταμένη χρήση του από τα Μαζικά Μέσα Ενημέρωσης, τη διαφήμιση, το τουριστικό *marketing* και το *marketing* των υπηρεσιών υγείας (Munro, 2012:5).

Τελικά, σύμφωνα με την ευρεία και διασταλτική έννοια του όρου, ως ιατρικός τουρισμός νοείται η παροχή ιατρικών υπηρεσιών ή η εξειδικευμένη φροντίδα υγείας που προσφέρεται σε επισκέπτες, ταξιδιώτες ή τουρίστες μιας ξένης χώρας.

Ο λόγος, για τον οποίο μπορεί να επιμένει κανείς στο θέμα της έλλειψης ομοφωνίας ή της πολυφωνίας απόψεων στο θέμα του ορισμού του ιατρικού τουρισμού και της χρήσης ενός

<sup>6</sup> Διαθέσιμο από: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+tourism>

κοινά αποδεκτού όρου είναι, γιατί δυσχεραίνει τη συλλογή δεδομένων και την εξαγωγή γόνιμων συμπερασμάτων. Κατά συνέπεια, όσο καλόπιστη ή βάσιμη, και αν αυτή είναι, αποτελεί τροχοπέδη για την όποια επιστημονική ή ακαδημαϊκή έρευνα. Εφόσον έχει καθιερωθεί πλέον στην κοινή γνώμη, μικρή σημασία ενδεχομένως έχει πόσο επιστημονικά ορθός είναι ή μη. Ο «ιατρικός τουρισμός» είναι η δημοφιλέστερη φράση-κλειδί για αυτό το είδος τουρισμού και υγειονομικής περίθαλψης τόσο στη διαδικτυακή αναζήτηση όσο και στις διαφημιστικές καμπάνιες. Το ίδιο ισχύει, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και για τις αναφορές στο φαινόμενο αυτό από τα παραδοσιακά Μαζικά Μέσα Ενημέρωσης. Οι περισσότεροι χρήστες του διαδικτύου «γκουγκλάρουν» τον όρο «ιατρικός τουρισμός» (Cook, 2008:50, Munro, 2012:27). Η αναζήτηση του συγκεκριμένου όρου στη δημοφιλή διαδικτυακή μηχανή αναζήτησης *Google* απέφερε 34.800.000 αγγλόφωνα αποτελέσματα και 481.000 αποτελέσματα στα ελληνικά (τελευταία πρόσβαση στις 12/5/2015).

## **1.2. Τουρισμός υγείας και τουρισμός ευεξίας**

Για την καλύτερη κατανόηση του ιατρικού τουρισμού είναι απαραίτητη ακόμη η διάκρισή του από τον τουρισμό υγείας και τον τουρισμό ευεξίας.

Ο όρος «τουρισμός υγείας» (*health tourism*) είναι ακόμη πιο συγκεκριμένος, αόριστος και ασαφής. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο για τον ιατρικό τουρισμό ή ως συνώνυμος με τον όρο «τουρισμός ευεξίας». Άλλες φορές πάλι χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική έννοια της ευεξίας ή για να δηλώσει και τις δύο έννοιες. Άλλοτε αναφέρεται ως υποσύνολο του ιατρικού τουρισμού ή του τουρισμού ευεξίας (Johnston et al., 2011).

Οπωσδήποτε πρόκειται για έννοιες συναφείς και αλληλένδετες, γι' αυτό και δυσδιάκριτες. Ανάμεσά τους, ωστόσο, υπάρχει διαφοροποίηση, η οποία φαίνεται πως τείνει να επικρατήσει τόσο στην εγχώρια όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Ο όρος «τουρισμός υγείας» δεν είναι καινούργιος. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1973 από την Ένωση Τουριστικών Οργανισμών (*National Union of Tourist Organizations*

(IUTO)<sup>7</sup>, τον πρόδρομο του σημερινού Παγκόσμιου Οργανισμού Τουρισμού (*United Nations World Tourism Organization*) και προσδιορίζεται ως «η παροχή των υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιεί τους φυσικούς πόρους μιας χώρας, ιδίως το μεταλλικό νερό και το κλίμα» (Hall, 2011).

Τη δεκαετία του ογδόντα ο Van Sliepen, όπως αναφέρουν οι Μοίρα και Μυλωνόπουλος (2014:15), κατηγοριοποίησε τα πέντε στοιχεία που χαρακτηρίζουν την αγορά του τουρισμού υγείας και είναι τα εξής:

- α) Δραστηριότητες σχετικές με τον ήλιο και την αναψυχή
- β) Ενασχόληση με υγιεινές δραστηριότητες, χωρίς ωστόσο η υγεία να αποτελεί το κεντρικό κίνητρο (αθλητικός τουρισμός, τουρισμός περιπέτειας)
- γ) Πρωταρχικό κίνητρο του ταξιδιού αποτελούν λόγοι υγείας.
- δ) Δραστηριότητες σχετικές με θέματα υγείας, όπως σάουνα, μασάζ κ.ά. (τουρισμός *spa*)
- ε) Παροχή ιατρικής φροντίδας

Παρόμοια είναι και η κατηγοριοποίηση που ακολούθησε ο C. Goeldner στα τέλη της ίδιας δεκαετίας (1989).

Για τους μελετητές Carrera και Bridges (2006a) ο τουρισμός υγείας είναι το οργανωμένο ταξίδι έξω από το τοπικό περιβάλλον ενός ατόμου με σκοπό τη διατήρηση, τη βελτίωση ή την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας του.

Ο «Τουρισμός Υγείας» για τον Δρ. Κ. Κωνσταντινίδη (χ.χ.) είναι ο συγκεντρωτικός όρος, για να περιγράψει υπηρεσίες σε οκτώ τομείς του τουρισμού που έχουν σχέση με την υγεία (8 *Health-related Tourism Segments*), οι οποίοι είναι οι εξής:

- Ιατρικός Τουρισμός (*Medical Tourism*)
- Οδοντιατρικός Τουρισμός (*Dental Tourism*)
- Ιαματικός Τουρισμός (*Spa Tourism*), ο οποίος μπορεί να συμπεριλάβει και Θαλασσοθεραπεία (*Thalassotherapy*)
- Τουρισμός Ευεξίας (*Wellness Tourism*)
- Αθλητικός Τουρισμός (*Sports Tourism*), μέσα στο πλαίσιο της υγείας και όχι, βεβαίως, για θεατές

---

<sup>7</sup> IUTO 1973: 'the provision of health facilities utilizing the natural resources of the country, in particular mineral water and climate' (p.7).

- Τουρισμός Μαγειρικής Τέχνης και Επιστήμης, πάλι στο πλαίσιο της Υγείας (*Culinary Tourism*)
- Προσβάσιμος Τουρισμός (*Accessible Tourism*)
- Τουρισμός Υποβοηθούμενης Διαβίωσης (*Assisted Residential Tourism*)

Από την άλλη η ευεξία<sup>8</sup> ως έννοια έχει ενταχθεί στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) στον ορισμό της υγείας (1948), σύμφωνα με τον οποίο ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ο τουρισμός ευεξίας (*Wellness Tourism*) αφορά σε υγιή άτομα που ταξιδεύουν για τη διατήρηση ή την προαγωγή της προσωπικής τους υγείας και ευεξίας (Johnston et al., 2011). Βασικό κίνητρο του ταξιδιού είναι η προώθηση και η διατήρηση της ατομικής υγείας (Mueller & Kaufmann, 2001), με στόχο την επίτευξη μιας ολιστικής ευεξίας, η οποία περιλαμβάνει ευεξία του σώματος, του νου και της ψυχής.

Επειδή ο τουρισμός ευεξίας προωθεί τον υγιεινό και ισορροπημένο τρόπο ζωής σχετίζεται με τη διατροφή, τη μείωση του στρες, την απώλεια βάρους και την αντι-γήρανση (Global Wellness Institute, 2014). Προσφέρει συνήθως ένα ολοκληρωμένο πακέτο, το οποίο περιλαμβάνει ποικίλα προϊόντα και υπηρεσίες εναλλακτικής ιατρικής, όπως ο βελονισμός, η χειροπρακτική, η ομοιοπαθητική, η αρωματοθεραπεία, η βοτανοθεραπεία, (μη επεμβατικές) διαδικασίες αισθητικής/περιποιήσεις ομορφιάς, άσκηση και διατροφή, τεχνικές χαλάρωσης, διαλογισμό και πνευματική δραστηριότητα, μασάζ, γιόγκα και άλλα συναφείς δραστηριότητες. Στον τουρισμό υγείας και ευεξίας περιλαμβάνεται ο ιδιαίτερα δημοφιλής ιαματικός τουρισμός, καθώς και ο τουρισμός θαλασσοθεραπείας, γνωστότερος ως *spra*.

Η ευκρινής διάκριση των δύο όρων, του τουρισμού υγείας/ευεξίας και του ιατρικού τουρισμού, είναι δύσκολη, γι' αυτό και η αναφορά στον έναν όρο χωρίς τον άλλο είναι μάλλον αδύνατη. Το γεγονός αυτό δημιουργεί μία επιπρόσθετη δυσκολία και στους σύγχρονους μελετητές, γι' αυτό και συχνά αποφεύγεται η αυτόνομη εξέταση των δύο φαινομένων και υπάρχει συνεξέτασή τους.

---

<sup>8</sup> Η ευεξία, ως κίνημα και ως φιλοσοφία, αναπτύχθηκε το 1959 από τον Αμερικανό Dr. Halbert Louis Dunn.

Η βασική ειδοποιός διαφορά του τουρισμού υγείας/ευεξίας με τον ιατρικό τουρισμό είναι ότι ως κυρίαρχο κίνητρο του πρώτου αναγνωρίζεται ο τουρισμός, οι διακοπές-αναψυχή, με τη λήψη κάποιας ιατρικής φροντίδας να λειτουργεί ως υποστηρικτική, συμπληρωματική υπηρεσία (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014:11). Για τον λόγο αυτό ο τουρισμός υγείας και ευεξίας θεωρείται ότι εκπροσωπεί την ήπια πλευρά του ιατρικού τουρισμού (Hudson & Thal, 2014). Επειδή ο τουρισμός υγείας και ευεξίας σχετίζεται παραδοσιακά με την τουριστική βιομηχανία και τη βιομηχανία αναψυχής, γι' αυτό αναφέρεται συχνά και ως τουρισμός *lifestyle*. Σε μια συγκριτική θεώρηση με τον ιατρικό τουρισμό διαπιστώνεται εύκολα πως το ενδιαφέρον που εκδηλώνεται για τον τουρισμό υγείας και ευεξίας, στην ανανεωμένη και σύγχρονη εκδοχή του, είναι εντονότερο και μεγαλύτερο από τις περισσότερες χώρες, καθώς οι δυνατότητες που προσφέρει είναι τεράστιες, ώστε «η διανομή του προϊόντος να παραμένει συντριπτικά υπέρ του Τουρισμού Ευεξίας» (Παπαδημόπουλος & Χριστοδούλου, 2007:20, Hudson & Thal, 2014:104).

### 1.3. Είδη ιατρικού τουρισμού

Ο ιατρικός τουρισμός διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες, με βασικό κριτήριο την κινητικότητα των ασθενών (Keckley & Underwood, 2008:3):

- **εσωτερικός** (*domestic/intrabound*), ο οποίος αφορά σε ασθενείς που μετακινούνται εντός της χώρας τους, για να λάβουν ιατρική περίθαλψη εκτός της γεωγραφικής περιοχής τους, συνήθως σε ένα Κέντρο Αριστείας σε άλλη περιοχή/πόλη. Πρόκειται για νεολογισμό που χρησιμοποιείται ευρέως στις ΗΠΑ, προκειμένου να περιγράψει την πρακτική της εσωτερικής μετακίνησης πολιτών που ταξιδεύουν σε άλλη πολιτεία, προκειμένου να λάβουν ιατρική περίθαλψη (Munro, 2012:13).
- **εισερχόμενος** (*inbound*), ο οποίος αφορά σε ασθενείς που ταξιδεύουν σε μία χώρα για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.
- **εξερχόμενος** (*outbound*), για ασθενείς που ταξιδεύουν εκτός της χώρας τους, για να λάβουν ιατρική περίθαλψη.

Σύμφωνα με μια άλλη διάκριση ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να διαχωριστεί σε δύο είδη. Σε αυτόν που αφορά (α) σε επισκέπτες-τουρίστες με επείγοντα περιστατικά υγείας ή που

χρήζουν τακτικών υγειονομικών αναγκών ως χρόνια πάσχοντες και (β) στον ιατρικό τουρισμό επιλογής (*elective medical tourism*) (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2012).

Όπως σωστά επισημαίνεται, ωστόσο, είναι ορθότερο η ιατρική φροντίδα επειγόντων περιστατικών υγείας σε τουρίστες να εντάσσεται στον γενικό τουρισμό, καθώς αυτή εξασφαλίζει αφενός την ομαλή και ασφαλή ροή της τουριστικής κίνησης και αφετέρου υπηρετεί το τουριστικό *marketing* (Βαγιονής & Διδασκάλου, 2014:10). Σε ίδια κατηγορία εντάσσονται ακόμη ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όπως νεφροπαθείς, καρδιοπαθείς, καρκινοπαθείς, καθώς και άτομα τρίτης ηλικίας που χρήζουν τακτικής ιατρικής φροντίδας.

Από την άλλη ο «Ιατρικός Τουρισμός Επιλογής» ή αλλιώς «Επιλεγόμενος Ιατρικός Τουρισμός» αναφέρεται, κυρίως, σε επισκέπτες-ασθενείς που επιλέγουν τη χώρα προορισμού με σκοπό τη λήψη συγκεκριμένης ιατρικής υπηρεσίας. Οι άνθρωποι ταξιδεύουν για τρεις διαφορετικούς τύπους ιατρικής περίθαλψης: επεμβατικές (*invasive*), διαγνωστικές (*diagnostic*) και για επεμβάσεις που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής (*lifestyle*).

Ο «Ιατρικός Τουρισμός Επιλογής» περιλαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες, όπως (Lunt et al., 2011:11):

- η τεχνητή γονιμοποίηση/υποβοηθούμενη αναπαραγωγή,
- η πλαστική και αισθητική χειρουργική,
- η οδοντιατρική (κοσμητική και επανορθωτική),
- η οφθαλμολογία,
- η ορθοπεδική χειρουργική,
- η καρδιολογία – η καρδιοχειρουργική,
- η θεραπεία καρκίνου,
- η βariatρική,
- η παροχή υπηρεσιών σε νεφροπαθείς (αιμοκάθαρση),
- η μεταμόσχευση οργάνων και
- ο τομέας προληπτικού ελέγχου υγείας.



Οι υπηρεσίες που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του ιατρικού τουρισμού καλύπτουν το πλήρες φάσμα των ιατρικών υπηρεσιών. Κατά κύριο λόγο πρόκειται για θεραπείες επεμβατικές και υψηλής τεχνολογίας (Carrera & Bridges, 2006b).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έκθεση του *Tourism Research and Marketing* (TRAM, 2006), σύμφωνα με την οποία τα στοιχεία που συνθέτουν τον τουρισμό ιατρικής (*medical tourism*) και υγειονομικής περίθαλψης (*healthcare tourism*) είναι:

- Η θεραπεία ασθενειών - Ιατρικός τουρισμός
- Η ανάγκη βελτίωσης - Αισθητική χειρουργική
- Η ευεξία - *Spa* / εναλλακτικές θεραπείες
- Η αναπαραγωγή - Θεραπείες γονιμότητας

Ο όρος «θεραπεία ασθενειών» (*treatment of illnesses*) αναφέρεται στον ιατρικό τουρισμό και περιλαμβάνει γενικά ιατρικές εξετάσεις, οδοντιατρική θεραπεία, αντικαταστάσεις αρθρώσεων, χειρουργικές επεμβάσεις καρδιάς, θεραπεία του καρκίνου, νευροχειρουργική, μεταμοσχεύσεις και άλλες διαδικασίες που απαιτούν εξειδικευμένη ιατρική παρέμβαση (Πίνακας 1.2). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να κυμαίνονται από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να παρέχει ένας τοπικός γενικός ιατρός έως πολύπλοκες χειρουργικές διαδικασίες, όπως είναι οι μεταμοσχεύσεις (Lee & Spisto, 2007).

Οι διαδικασίες «βελτίωσης» (*enhancement*) πραγματοποιούνται, κυρίως, για αισθητικούς λόγους και περιλαμβάνουν όλα τα είδη κοσμητικής χειρουργικής, χειρουργικής μαστού, λίφτινγκ προσώπου, λιποαναρρόφησης και κοσμητικής οδοντιατρικής εργασίας (Lee & Spisto, 2007).

Ο τουρισμός «αναπαραγωγής» (*reproductive ή infertility tourism*), όπως συχνά αποκαλείται, είναι μια ταχέως αναπτυσσόμενη κατηγορία του ιατρικού τουρισμού (Lee & Spisto, 2007). Αναφέρεται στην κίνηση πολιτών σε άλλο κράτος για τη λήψη ιατρικής βοήθειας στην αναπαραγωγή. Ιδιαίτερη σημασία έχει πως η επιλογή επηρεάζεται και τελικώς καθορίζεται από τη νομοθεσία τόσο της χώρας προέλευσης όσο και της χώρας υποδοχής, καθώς ορισμένες διαδικασίες γονιμότητας θεωρούνται παράνομες σε ορισμένες χώρες (Lee & Spisto, 2007, Storrow, 2010:2939, Gomez & de La Rochebrochard, 2013:3104).

Τέλος, ο ιατρικός τουρισμός ως τουριστικό προϊόν περιλαμβάνει υπηρεσίες μεταφοράς, ενημέρωσης, ξενάγησης, εστίασης και διαμονής.

**Πίνακας 1.2:** Ιατρικός τουρισμός – Είδη παρεχόμενων υπηρεσιών

<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ</b>
γενική χειρουργική	λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αιμορροϊδεκτομή
καρδιολογία/καρδιοχειρουργική	διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας παρακάμψη στεφανιαίας αρτηρίας
πλαστική / αισθητική χειρουργική	πλαστική προσώπου γαστροπλαστική βλεφαροπλαστική ρινοπλαστική λιποαναρρόφηση μεγέθυνση/σμίκρυνση μαστών
βαριατρική χειρουργική	γαστρική παράκαμψη γαστρικός δακτύλιος γαστρικό μανίκι
οδοντιατρική	γέφυρες εμφυτεύματα ορθοδοντική αισθητική οδοντιατρική
ογκολογία	διαγνωστικές εξετάσεις ογκολογική χειρουργική θεραπείες με βλαστικά κύτταρα
οφθαλμολογία	διαθλαστικές επεμβάσεις με Laser φακοθρυψία
ορθοπεδική	ολική αρthroπλαστική γόνατος/ισχίου σπονδυλοδεσία χειρουργική επέμβαση απελευθέρωσης καρπιαίου σωλήνα
γυναικολογική	υστερεκτομή

#### 1.4. Ιστορική αναδρομή

Αποτελεί, όμως, ο ιατρικός τουρισμός ιστορικά ένα καινούργιο φαινόμενο; Είναι πολλές οι μελέτες που τείνουν να συγκλίνουν πως τόσο ο ιατρικός τουρισμός όσο και ο τουρισμός υγείας και ευεξίας αποτελούν στην πραγματικότητα μετεξέλιξη ενός ιστορικού φαινομένου.

Τηρουμένων, λοιπόν, των αναλογιών, ως πρότυπα κέντρα ιατρικού τουρισμού στην αρχαία Ελλάδα μπορούν να θεωρηθούν τα Ασκληπιεία. Πρόκειται για ιερά αφιερωμένα στη λατρεία του Ασκληπιού, ήρωα, θεού-θεραπευτή και προστάτη της ιατρικής, τα οποία λειτουργούσαν παράλληλα και ως θεραπευτήρια (Μαρκέτος, 1997:4). Άλλοι θεωρούν πως τα Ασκληπιεία ήταν μόνο θρησκευτικά καθιδρύματα. Υπάρχει, όμως, και η άποψη που υποστηρίζει πως στην πραγματικότητα τα Ασκληπιεία αποτέλεσαν τα πρώτα νοσοκομεία ή μάλλον συγκροτήματα κτιρίων υγείας, όχι μόνο του ελληνικού χώρου αλλά και όλου του δυτικού πολιτισμού (Χατζηκοκόλη-Συράκου, 2001). Στα Ασκληπιεία αναζητούσαν ίαση, κυρίως, πάσχοντες από ψυχοσωματικά νοσήματα, ενώ αποκλείονταν οι βαριά νοσούντες, καθώς και οι επίτοκοι γυναίκες («οὔτε ἀποθανεῖν οὔτε τεκεῖν ὄσιον»). Η χωροταξική διαρρύθμιση των Ασκληπιείων ήταν σύμφωνη με την αρχή της σταδιακής φροντίδας των ασθενών (Λανάρα, 1999:33) και η θεραπευτική αγωγή των ιερέων-θεραπόντων του θεού, των «Ασκληπιαδών», βασιζόταν στη δίαιτα, στη μάλαξη των πασχόντων μερών του σώματος, σε χειρουργικές επεμβάσεις και στη χρήση θερμών λουτρών (οι πιο συνηθισμένες εγκαταστάσεις στα Ασκληπιεία ήταν οι θέρμες). Ο ασθενής-ικέτης αντιμετωπιζόταν ως ολοκληρωμένο ον και ακολουθούσε μια «ολιστική φροντίδα υγείας» (Χατζηκοκόλη-Συράκου, 2001).

Γνωρίζουμε ότι στον ελλαδικό χώρο λειτουργούσαν πολυάριθμα Ασκληπιεία, συνολικά περίπου 320, με γνωστότερα αυτό της θεσσαλικής Τρίκκης, «τὸ ἀρχαιότατον καὶ ἐπιφανέστατον» (Στράβων 9, 5, 17) της Ελλάδας, της Επιδαύρου, των Αθηνών και φυσικά της Κω (Μαρκέτος, 1997:4). Η φήμη των Ασκληπιείων ήταν τέτοια, ώστε εκεί αναζητούσαν θεραπεία πάσχοντες όχι μόνο από τον ελλαδικό αλλά και από τον ευρύτερο χώρο της Μεσογείου. Είναι χαρακτηριστικό ότι η λατρεία του Ασκληπιού όχι μόνο δεν παρήκμασε στα ελληνιστικά και ρωμαϊκά χρόνια, αλλά αντίθετα αποκτούσε συνεχώς καινούργιους οπαδούς. Πράγματι, τα Ασκληπιεία πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους στην ελληνική ευρύτερη περιφέρεια για πολλούς αιώνες, από την εποχή περίπου του Τρωικού πολέμου ως τον 6ο αιώνα μ.Χ., εποχή της πλήρους επικράτησης του χριστιανισμού.

Κατά τη ρωμαϊκή και βυζαντινή περίοδο τα ιαματικά λουτρά αναδεικνύονται σε δημοφιλή κέντρα τουρισμού υγείας, ευεξίας και αναψυχής. Θα μπορούσε να γίνει λόγος για τον πρόδρομο του ιαματικού τουρισμού. Συγκεκριμένα, στους ρωμαϊκούς χρόνους ανάγονται οι «Θέρμες» (*Thermae*), τα ρωμαϊκά λουτρά, οι οποίες γρήγορα εξαπλώθηκαν σε ολόκληρο τον

ρωμαϊκό κόσμο (Δαμάσκος, 2001:13). Εξαιρετική φήμη απολάμβαναν τα λουτρά των Θερμοπυλών και της Σκοτούσας στη Θεσσαλία (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014).

Η παράδοση των ρωμαϊκών λουτρών συνεχίστηκε -με διαφορετική βέβαια αντίληψη και χρήση, λόγω του εκχριστιανισμού της αυτοκρατορίας- και στους βυζαντινούς χρόνους (Καλόφωνος, 2001:23-24), όπου η λουτροθεραπεία, η υδροθεραπεία και ο θερμαλισμός θεωρούνταν ως ενδεδειγμένοι και ιδιαίτερα αποτελεσματικοί τρόποι ίασης (Διαμαντόπουλος, 1997:26). Επιπλέον, στα βυζαντινά νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούσαν ως εκκλησιαστικά ή φιλανθρωπικά ιδρύματα και ονομάζονταν «ξενώνες» ή «ξενοδοχεία», λάμβαναν νοσηλευτική φροντίδα μεταξύ άλλων και «ασθενείς και οδοιπόροι» της τεράστιας και πολυεθνικής βυζαντινής αυτοκρατορίας. Το σύγχρονο νοσοκομείο άλλωστε θεωρείται ότι αποτελεί μετεξέλιξη του βυζαντινού προκατόχου του, δηλ. του μοναστηριού-ξενώνα (Λασκαράτος, 1997, Τράκα, 2007) -όπως μαρτυρεί και η ονομασία του στην αγγλική γλώσσα *hospital* από το λατινικό *hospes* που σημαίνει «ο φιλοξενών» (πρβλ και *hospitalization, hospitalized*).

Στην περίοδο του Μεσαίωνα στην Ευρώπη παρατηρείται μια αυξημένη κινητικότητα των ανθρώπων, ιδιαίτερα των προσκυνητών. Αυτοί οι πιστοί-προσκυνητές μπορούσαν κατά τις μετακινήσεις τους να βασίζονται σε ένα ανεπτυγμένο δίκτυο μοναστηριών, που παρείχαν δωρεάν στοιχειώδη ιατρική φροντίδα.

Τον 18<sup>ο</sup> και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα η αριστοκρατική τάξη της Ευρώπης και της Αμερικής πραγματοποιεί ολοένα και συχνότερα ταξίδια για λόγους υγείας. Το ενδιαφέρον για τις ιαματικές πηγές και τις θεραπευτικές τους ιδιότητες ανανεώνεται (*spra = sanus per aquam*) (Conell, 2006). Πολλές ευρωπαϊκές πόλεις αναδεικνύονται σε σημαντικές λουτροπόλεις με κοσμοπολίτικο χαρακτήρα, όπως το Bath στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Baden Baden στη Γερμανία, το Karlovy Vary στην Τσεχία, το Baden στην Αυστρία. Την ίδια περίοδο σημειώνεται σημαντική άνοδος στη νοσηλεία σε санаторία σε χώρες με ήπιο κλίμα, όπως οι μεσογειακές, για τη θεραπεία πνευμονολογικών νοσημάτων, όπως η φυματίωση ή η βρογχίτιδα, όπου βασικό ρόλο έχουν ο «καθαρός» αέρας αλλά και η καλή διατροφή (Μπουζιά & Χριστοπούλου-Αλετρά, 2006, Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014)<sup>9</sup>. Ενδιαφέρον

---

<sup>9</sup> «Για την επίτευξη των στόχων αυτών οι ιατροί πρότειναν διαμονή σε ευνοϊκά κλίματα, όπως τα παράλια της Ελλάδας, της Ιταλίας, της Αλεξάνδρειας, ειδική δίαιτα πλούσια σε γαλακτοκομικά προϊόντα, ζωμούς κρεάτων αλλά και εισπνοές ατμών καθαρού ιωδίου».

είναι ότι στη νέα αυτή τάση ή μόδα της εποχής συμμετέχει σταδιακά και η αναδυόμενη μεσαία τάξη.

Οι απαρχές του θερμλιστικού τουρισμού στη νεότερη Ελλάδα ανάγονται γύρω στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα (Παπαγεωργίου, 2010:65). Ιδιαίτερα κατά τα χρόνια 1897-1922 εκδηλώνεται έντονο αρχιτεκτονικό ενδιαφέρον για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη των λουτροπόλεων, οι οποίες αποτελούν βασικό αρχιτεκτονικό θέμα των ελεύθερων επαγγελματιών-αρχιτεκτόνων (Φεσσά-Εμμανουήλ, 2013:32). Τις δεκαετίες του '50, του '60 και του '70 οι ελληνικές λουτροπόλεις εξελίσσονται σε αξιόλογα τουριστικά και κοσμικά θέρετρα (π.χ. Αιδηψός, Λουτράκι, Λουτρόπολη Ελευθερών Καβάλας κ.ά.) και καταγράφεται μια αξιοσημείωτη τάση ανάπτυξής τους<sup>10</sup> (Παπαγεωργίου, 2011). Η ολοένα βαρύνουσα σημασία που αποκτά ο τουρισμός τον 20<sup>ό</sup> αιώνα, ως μοχλός της οικονομικής ανάπτυξης, ευνοεί και τον θερμλιστικό τουρισμό για θεραπευτικούς λόγους.

Στη σύγχρονη μορφή του, κυρίως από τη δεκαετία του '80 και εξής, ο ιατρικός τουρισμός εκδηλώνεται με δύο κυρίαρχες τάσεις. Η πρώτη, η οποία θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως η αρχική περίοδος (δεκαετίες '80 και '90), προσδιορίζεται από τη μετακίνηση εύπορων, κυρίως, ασθενών για λόγους ιατρικής θεραπείας από τις αναπτυσσόμενες χώρες (π.χ. της Μέσης Ανατολής) σε προηγμένες χώρες του δυτικού κόσμου (Ευρώπη και Αμερική) (Cohen, 2008, Manaf & Hazilah, 2010). Η δεύτερη, η οποία είναι η τρέχουσα μορφή του ιατρικού τουρισμού, αναφέρεται σε ασθενείς που προέρχονται από ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου και αναζητούν ιατρική φροντίδα και θεραπεία σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου συνδυάζεται το χαμηλό κόστος και η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας με κάποια μορφή τουρισμού. Το μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς του σύγχρονου ιατρικού τουρισμού καρπώνονται, κυρίως, οι χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας και της Λατινικής Αμερικής, ενώ κύρια χώρα προέλευσης αυτού του είδους ιατρικού τουρισμού είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Manaf & Hazilah, 2010, Franzblau & Chung, 2013:1).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαχωριστεί αυτή η σύγχρονη εκδοχή του ιατρικού τουρισμού από το παραδοσιακό μοντέλο των διεθνών μετακινήσεων ασθενών. Στο παραδοσιακό πρότυπο ασθενείς από λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες ταξίδευαν σε μεγάλα ιατρικά κέντρα σε

---

<sup>10</sup> Ως σημαντικότερες ελληνικές λουτροπόλεις αναφέρονται το Λουτράκι, η Αιδηψός, τα Καμένα Βούρλα, η Κυλλήνη, η Υπάτη, ο Καϊάφας, τα Μέθανα, το Πλατύστομο, η Νιγρίτα Σερρών και οι Ελευθερές Καβάλας.

πιο ανεπτυγμένες χώρες, για να λάβουν ιατρικές υπηρεσίες που δεν ήταν διαθέσιμες στη δική τους χώρα (Unti, 2009). Αυτή η αλλαγή μοτίβου είναι ένα θέμα που επισημαίνεται συχνά από τους ασχολούμενους με το φαινόμενο του ιατρικού τουρισμού. Αυτή τη φορά δηλαδή παρατηρείται αναστροφή του φαινομένου, καθώς η επικρατούσα τάση είναι ακριβώς η αντίστροφη.

Η ιστορική αναδρομή αναδεικνύει μία ακόμη σημαντική παράμετρο του εξεταζόμενου θέματος, που είναι η συμπόρευση του ιατρικού τουρισμού με τον τουρισμό ευεξίας. Ενδεχομένως μάλιστα θα ήταν ορθότερο να υποστηριχθεί ότι ο τουρισμός ευεξίας, στον οποίο περιλαμβάνεται συνήθως και ο ιαματικός τουρισμός, φαίνεται να προπορεύεται χρονικά του ιατρικού τουρισμού. Οι λόγοι αυτής της πρόκρισης είναι ευνόητοι. Τα λουτρά σε θερμές πηγές ήταν διαδεδομένη θεραπευτική μέθοδος στην αρχαιότητα και κατείχαν σημαντική θέση στην ιατρική πρακτική του αρχαίου κόσμου. Οι ευεργετικές ιδιότητες του θερμαλισμού είχαν επισημανθεί από πολλούς αρχαίους συγγραφείς με πρώτο τον Ηρόδοτο. Αναφορές γίνονται ακόμη και από τους Πλάτωνα, Αριστοτέλη και φυσικά τον Ιπποκράτη, ο οποίος θεωρείται «πατέρας» της λουτροθεραπείας (Αδάμ-Βελένη, 2001:5-6).

Αυτή η σύντομη ιστορική επισκόπηση μάς βοηθά να κατανοήσουμε καλύτερα το φαινόμενο του ιατρικού τουρισμού και του τουρισμού υγείας και ευεξίας και να εξηγήσουμε το βαθμιαία αυξανόμενο ενδιαφέρον και για τους δύο τομείς. Γίνεται επίσης αντιληπτό πως ο ιαματικός τουρισμός είναι μια τάση ή μια πρακτική, η οποία έρχεται και παρέρχεται με διαφορετική μορφή στην πάροδο των χρόνων. Ιδιαίτερα οι οικονομικά προνομιούχες τάξεις φαίνεται πως έχουν μια μακρά ιστορία στο να ταξιδεύουν στο εξωτερικό προς αναζήτηση είτε καινοτόμων θεραπειών είτε ιαματικών πηγών και λουτρών. Οπωσδήποτε, ωστόσο, δεν μπορεί να γίνει λόγος για τη διαχρονική εξέλιξη ενός ιστορικού φαινομένου.

### **1.5. Η σύγχρονη μορφή του ιατρικού τουρισμού**

Γενική παραδοχή αποτελεί το γεγονός ότι η αυξανόμενη διεθνής ζήτηση για υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού προέρχεται, κυρίως, από τις χώρες του δυτικού κόσμου (*western demand*) (Cohen, 2008:25). Πράγματι, η ιδέα της σύγχρονης μορφής του ιατρικού τουρισμού φαίνεται πως ξεκίνησε πρωταρχικά από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, με τον Καναδά,

την Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο να έπονται. Οι χώρες αυτές αναφέρονται συχνότερα ως οι μεγαλύτερες αγορές ιατρικού τουρισμού παγκοσμίως (Horowitz & Rosensweig, 2007).

Στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι πολύμηνες (συνήθως εξάμηνες) λίστες αναμονής στην πατρίδα τους ωθούν τους Βρετανούς να αναζητήσουν ιατρική θεραπεία στο εξωτερικό (Bookman & Bookman, 2007:52). Το 2010 τουλάχιστον 63.000 Βρετανοί επέλεξαν τη λύση του ιατρικού τουρισμού (Lunt, Smith et al., 2014).

Τη δυσαρέσκεια των πολιτών απέναντι στο μονοπωλιακό εθνικό σύστημα υγείας της χώρας τους αποτυπώνει η άνοδος του ιατρικού τουρισμού και στην περίπτωση του Καναδά, όπου η λίστα αναμονής έχει γίνει χαρακτηριστικό της καναδικής υγείας. Ο μέσος όρος αναμονής μεταξύ της παραπομπής από γενικό ιατρό σε γιατρό ειδικότητας κυμαινόταν στις 8,6 εβδομάδες το 2013 και στις 8,5 εβδομάδες το 2014. Αντίστοιχα ο χρόνος αναμονής από τη διαβούλευση με έναν ειδικό μέχρι το σημείο στο οποίο ο ασθενής να λάβει θεραπεία ήταν στις 9,6 εβδομάδες το 2013 και στις 9,8 εβδομάδες το 2014 (Barua & Esmail, 2013b, Barua & Fathers, 2014). Το Ινστιτούτο *Fraser* αναφέρει ότι το 2013 περίπου 42.000 Καναδοί επέλεξαν την περίθαλψη στο εξωτερικό και την επόμενη χρονιά ο αριθμός των ατόμων που ταξίδεψαν στο εξωτερικό ξεπέρασε τις 50.000 (Barua & Esmail, 2013a).

Το δημόσιο σύστημα υγείας της Αυστραλίας (γνωστό ως *Medicare*) δεν καλύπτει ασφαλιστικά όλες τις διαδικασίες, όπως είναι η οδοντιατρική, η οφθαλμολογία, τα βοηθήματα ακοής ή η κοσμητική χειρουργική. Ένας επιπλέον λόγος είναι ότι η ιατρική τεχνολογία αιχμής είτε δεν είναι διαθέσιμη είτε δεν έχει εγκριθεί από τη «Διεύθυνση Θεραπευτικών Αγαθών» (*Therapeutic Goods Administration* (TGA)). Η Διεύθυνση Θεραπευτικών Αγαθών είναι ο ρυθμιστικός φορέας που εγκρίνει τις ιατρικές διαδικασίες, θεραπείες και συσκευές. Η αυστραλιανή κυβέρνηση αναγνωρίζει ότι, δυστυχώς, μερικές φορές οι ιατρικές εγκαταστάσεις της χώρας δεν έχουν τον εξοπλισμό που απαιτείται για σπανιότερες ασθένειες ή τις πλέον προηγμένες μορφές θεραπείας. Για να το αντισταθμίσουν, έχουν καθιερώσει το «Πρόγραμμα Ιατρικής Περίθαλψης στο Εξωτερικό» (*Medical Treatment*

*Overseas Programme* (MTO) (Healy et al., 2011, Australian Government – Department of Health, 2014).

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, μιας παραδοσιακής υπερδύναμης στον χώρο της υγείας. Για σειρά ετών οι ΗΠΑ ήταν πρωτοπόρος και ηγετική δύναμη στον χώρο της υγείας και αποτελούσε την πρώτη επιλογή για ιατρική θεραπεία σε διεθνές επίπεδο όχι μόνο για τις αναπτυσσόμενες αλλά και για τις ανεπτυγμένες χώρες, λόγω του υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών και της προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας (σε θέματα καρδιοχειρουργικής ή θεραπείας καρκίνου για παράδειγμα) (Unti, 2009). Τα παραδείγματα από διεθνείς αλλά και εγχώριες προσωπικότητες που αναζήτησαν θεραπεία σε νοσοκομεία των ΗΠΑ (όπως τα *Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Columbia Clinic, Memorial Hospital, Baptist Health, Harvard Medical International, Johns Hopkins University*) είναι πραγματικά απειράριθμα (Turner, 2007). Τις τελευταίες δεκαετίες, ωστόσο, χωρίς να έχουν απολέσει τη δυναμική τους, δεν έχουν πλέον το μονοπώλιο της κορυφαίας χώρας στον τομέα των ιατρικών υπηρεσιών για εισαγόμενους χρήστες υγείας. Αντιθέτως, τα υπάρχοντα στοιχεία συγκλίνουν στη διαπίστωση πως αυτή τη στιγμή η Αμερική αναδεικνύεται σε ηγετική δύναμη στην εξαγωγή χρηστών υγείας<sup>11</sup>. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του κλάδου υγείας της ελεγκτικής εταιρείας *Deloitte Center for Health Solutions* (2008), το 2005 περίπου 500.000 Αμερικανοί ταξίδεψαν στο εξωτερικό για λόγους υγείας, δύο χρόνια αργότερα, το 2007, ο αριθμός τους ανήλθε στους 750.000 και το 2010 στους 875.000<sup>12</sup>. Εκτιμάται ότι πιθανώς πάνω από 23 εκατομμύρια Αμερικανοί θα μπορούσαν να ταξιδέψουν στο εξωτερικό έως το 2017, ξοδεύοντας πάνω από 79.5 δισεκατομμύρια δολάρια σε διεθνή νοσοκομεία (Stephano & Edelheit, 2009:12). Ο Arnold Milstein της εταιρείας συμβούλων *Mercer* τους αποκαλεί «ιατρικούς πρόσφυγες» της Αμερικής (*Globalization and Health Care: Operating Profit*, 2008).

Για ποιους λόγους, όμως, ανθίζει ο ιατρικός τουρισμός στις ΗΠΑ; Αποφασιστική ήταν η ώθηση που έδωσε για την ανάπτυξή του η επονομαζόμενη κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης

---

<sup>11</sup> Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά, αυτή η έκρηξη στα παγκόσμια ιατρικά ταξίδια οδηγείται από την Αμερική, «an American-led boom in global medical travel», βλ. *Globalisation and health care: Operating profit* (2008), *The Economist*.

<sup>12</sup> Medical Tourism Association.com: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/research-and-surveys.html>



και η αμερικανική οικονομική κρίση του 2008<sup>13</sup>. Παρά το γεγονός ότι οι ΗΠΑ δαπανούν περισσότερα χρήματα για την υγεία από κάθε άλλη χώρα (17.1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος της σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2013), εκατομμύρια Αμερικανοί δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Squires & Anderson, 2015). Σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία για το 2013 του U.S. Census Bureau 42 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν ανασφάλιστοι (Smith & Medalia, 2014). Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό του πληθυσμού, στο οποίο μάλιστα δεν συνυπολογίζονται όσοι δεν έχουν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη (*underinsured*). Επιπλέον, περίπου 120 εκατομμύρια δεν έχουν ασφάλιση για οδοντιατρική περίθαλψη (MTA, 2010)<sup>14</sup>. Παρά το γεγονός ότι έχουν καταβληθεί προσπάθειες από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, τις πολιτειακές κυβερνήσεις και τις ασφαλιστικές εταιρείες για την αντιμετώπιση της κρίσης στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, το αποτέλεσμα ήταν να επιβραδυνθεί μόνο προσωρινά η κλιμάκωση των δαπανών (OECD.org - OECD Health Statistics, 2015)<sup>15</sup>.

Η δομή του αμερικανικού ασφαλιστικού συστήματος ακολουθεί κατά βάση το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης (Sullivan & Decker, 2005:3). Η εκρηκτική «εκτόξευση» του κόστους υγείας ώθησε πολλές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (*Aetna, Blue Cross Blue Shield* της Νότιας Καρολίνα) να αναζητήσουν λιγότερο δαπανηρά περιβάλλοντα και να συμβληθούν με ιδιωτικές ιατρικές μονάδες σε αναπτυσσόμενες χώρες του εξωτερικού (κυρίως της Λατινικής Αμερικής και της Νοτιοανατολικής Ασίας) (Horowitz & Rosensweig, 2007, Unti, 2009:22). Μια επέμβαση στο εξωτερικό κοστίζει συνήθως 30 έως 70% λιγότερο σε σύγκριση με τις ΗΠΑ (Herrick, 2007:11, Sarwar et al., 2012). Το αποτέλεσμα είναι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να αναπτύσσουν συνεχώς πιλοτικά προγράμματα, τα οποία προσφέρουν τη δυνατότητα της ιατρικής περίθαλψης στο εξωτερικό και πολλοί εργοδότες να δίνουν κίνητρα για τη σύναψη τέτοιων συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Έρευνα της «Διεθνούς Ομοσπονδίας για τον Σχεδιασμό της Υγείας» (*International Federation of Health Plans*) το 2008 δείχνει ότι περίπου το 11% των εργοδοτών στις ΗΠΑ προσφέρει ασφάλιση για ιατρικό τουρισμό (Stephano & Edelheit, 2009:13). Το κόστος μιας υγειονομικής περίθαλψης στις

---

<sup>13</sup> Το 2008 το μέσο ετήσιο κόστος ασφάλισης υγείας για μια αμερικανική οικογένεια κυμαινόταν στα 12.680\$. J. Edelheit, (2008b), *American Healthcare & the Economic Crisis: What does it mean for Medical Tourism?*, p:21.

<sup>14</sup> Medical Tourism Association.com: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/us-healthcare-reform-s-affect-on-the-us-medical-tourism-marketplace-white-paper.html>

<sup>15</sup> OECD.org/health: <https://www.oecd.org/unitedstates/Country-Note-UNITED%20STATES-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

αναπτυσσόμενες χώρες είναι σημαντικά λιγότερο αφενός λόγω της αξίας/ισοτιμίας του αμερικανικού δολαρίου και αφετέρου λόγω του σημαντικά χαμηλότερου κόστους στις υπηρεσίες υγείας των χωρών αυτών. Επιπλέον, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει εκσυγχρονιστεί τόσο τα τελευταία χρόνια, ώστε δεν διαφέρει από το εγχώριο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό τα προσφερόμενα ασφαλιστικά πακέτα υγείας, τα οποία συχνά συμπεριλαμβάνουν και το κόστος των αεροπορικών εισιτηρίων και της διαμονής σε πολυτελή ξενοδοχεία, θυμίζοντας μίνι-διακοπές, ενισχύουν συνεχώς το ενδιαφέρον των αμερικανών καταναλωτών για τον ιατρικό τουρισμό (Keckley & Underwood, 2008).

Ορθά, λοιπόν, επισημαίνεται ότι ο ιατρικός τουρισμός είναι εν μέρει το αποτέλεσμα της αναποτελεσματικότητας και της αποτυχίας του αμερικανικού συστήματος υγείας. Όπως γίνεται επίσης φανερό, ο τρόπος, με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, αλλάζει και προσαρμόζεται κάθε φορά στον νόμο της προσφοράς και της ζήτησης (Sullivan & Decker, 2005:7). Για τον λόγο αυτό υποστηρίζεται ότι ο ιατρικός τουρισμός συνδέεται άμεσα με τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, αν και από πολλούς χαρακτηρίζεται περισσότερο ως σύμπτωμα παρά ως λύση των υφιστάμενων προβλημάτων του (Mainil, 2012:13).

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί μια πρόσφατη εξέλιξη στον τομέα της υγείας, σχετιζόμενη άμεσα με το θέμα του ιατρικού τουρισμού. Πρόκειται για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας από τον Πρόεδρο Β. Obama με τον «Νόμο περί Οικονομικά Προσιτής Υγειονομικής Φροντίδας» (*Affordable Care Act*), ευρύτερα γνωστό ως *Obamacare*. Σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, η οποία ψηφίστηκε το 2010, κάθε αμερικανός πολίτης υποχρεούται να είναι ασφαλισμένος, διαφορετικά θα πληρώνει πρόστιμο. Ο στόχος του είναι διττός: μείωση του κόστους και διεύρυνση της πρόσβασης στην περίθαλψη. Η ανταπόκριση στο πρόγραμμα ήταν τόσο μαζική, ώστε ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών έχει μειωθεί ήδη κατά δέκα εκατομμύρια άτομα, υπερβαίνοντας κάθε αρχική πρόβλεψη και προσδοκία (McShane, 2015).

Το πρόγραμμα της υποχρεωτικής καθολικής ασφάλισης αποτελεί μια ριζική αλλαγή για το αμερικανικό σύστημα υγείας. Η εξέλιξη αυτή, όπως είναι φυσικό, αναμένεται να επηρεάσει και την εξέλιξη του ιατρικού τουρισμού στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις, το εάν και κατά πόσο ο αριθμός των Αμερικανών ιατρικών τουριστών θα αυξηθεί στο μέλλον

είναι πιθανό να επηρεαστεί από την εσωτερική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης (Gluck, 2008:491). Παρά τις δυσοίωνες προβλέψεις των επικριτών της συντηρητικής κυρίως παράταξης, ο αριθμός των ενδιαφερόμενων ανασφάλιστων πολιτών αλλά και των ασφαλιστικών εταιρειών που επενδύουν στο *Obamacare* αυξάνεται συνεχώς. Ο αντίκτυπος που θα έχει, ωστόσο, στο σύστημα υγείας της χώρας δεν μπορεί να ξεπεράσει ακόμη το στάδιο της εικασίας. Γενική διαπίστωση είναι πάντως πως το σύστημα υγείας της χώρας συνεχίζει να τροποποιείται και να προσαρμόζεται στις πολιτικές πιέσεις, στις δυνάμεις της αγοράς και στις απαιτήσεις των καταναλωτών (Sullivan & Decker, 2005:7).

### **1.5.1. Το οικοσύστημα του ιατρικού τουρισμού**

Ο τομέας της υγείας αποτελεί από τη φύση του ένα ιδιαίτερα σύνθετο και πολύπλοκο οικοσύστημα. Οι συνιστώσες του ιδιαίτερου οικοσυστήματος του ιατρικού τουρισμού, όπως προσδιορίζονται στη μελέτη για την *Ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα* από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής είναι:

- i. οι **πάροχοι** υγείας (*Healthcare Providers*)
- ii. οι **ασφαλιστικοί φορείς** υγείας (*Insurance Companies, Health Insurance Agent/Consultant*)
- iii. οι **διαμεσολαβητές** ιατρικού τουρισμού (*Medical Tourism Facilitators*)
- iv. τα **πρακτορεία/γραφεία** ιατρικού τουρισμού (*Travel Agents/Operators*)
- v. οι διεθνείς **φορείς πιστοποίησης/διαπίστευσης** υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού.

Χωρίς την ολοκληρωμένη συνεργασία ιατρικών παρόχων, ασφαλιστικών φορέων, διαμεσολαβητών, τουριστικών παρόχων και φορέων πιστοποίησης δεν είναι δυνατόν να λειτουργήσει ορθά το οικοσύστημα του ιατρικού τουρισμού.

#### **1.5.1.1. Ο ρόλος των παρόχων υγείας**

Στους παρόχους υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβάνονται νοσοκομεία και κλινικές, κέντρα αποκατάστασης και αιμοκάθαρσης, ακαδημαϊκά/πανεπιστημιακά ιατρικά ιδρύματα, καθώς και το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

### 1.5.1.2. Ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων

Στους ασφαλιστικούς φορείς υγείας συγκαταλέγονται όχι μόνο οι ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης αλλά και φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Οι περισσότερες από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που έχουν εμπλακεί στον τομέα του ιατρικού τουρισμού είναι αμερικανικές (Medical Tourism & Insurance, 2008, Reisman, 2010:32-33). Η σύναψη συνεργασίας με έναν πάροχο υγείας καθορίζεται από ορισμένους βασικούς παράγοντες. Οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι εργοδότες επιλέγουν αποκλειστικά και μόνο κορυφαία (διαπιστευμένα) νοσοκομεία σε όλον τον κόσμο. Επίσης, συνεργάζονται με οργανισμούς που έχουν πιστοποιηθεί από το *Medical Tourism Association*. Πολύ σημαντική είναι και η παράμετρος της διαφάνειας, ιδίως η πολιτική τιμολόγησης του οργανισμού υγείας και η κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ακόμη, η λειτουργία Τμήματος Διεθνών Ασθενών εντός ενός νοσοκομείου θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την τελική επιλογή του.

### 1.5.1.3. Ο ρόλος των διαμεσολαβητών

Ο ρόλος των διαμεσολαβητών έχει ζωτική σημασία για το οικοσύστημα του ιατρικού τουρισμού. Ουσιαστικά πρόκειται για εταιρείες *marketing*, οι οποίες διαμορφώνουν το «πακέτο» των ολοκληρωμένων μικτών, ιατρικών και ταξιδιωτικών, υπηρεσιών (Crooks et al., 2010:1). Γι' αυτό, χαρακτηρίζονται συχνά και ως *one-stop* καταστήματα. Ο διαμεσολαβητής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του δυνητικού πελάτη πριν το ταξίδι, τις απαιτούμενες διαδικασίες και τον διακανονισμό των απαραίτητων εγγράφων, τον προ-εγχειρητικό έλεγχο αλλά και τη μετεγχειρητική φροντίδα. Οι ταξιδιωτικές/τουριστικές υπηρεσίες συμπεριλαμβάνουν μεταφορές αέρος και εδάφους, εστίασης και διαμονής, ξενάγησης (με προσωπικό μεταφραστή) αλλά και δραστηριότητες αναψυχής. Ο ρόλος ενός διαμεσολαβητή ιατρικού τουρισμού είναι κομβικός, γιατί ουσιαστικά γεφυρώνει το χάσμα ανάμεσα στους καταναλωτές και τους παρόχους υγείας, απλοποιεί τις διαδικασίες και διευκολύνει τους ενδιαφερόμενους (Mohamad et al., 2012). Για τον λόγο αυτό επισημαίνεται συχνά ότι οι ασχολούμενοι με τον ιατρικό τουρισμό διαμεσολαβητές πρέπει να κατέχουν τον τομέα της υγείας εξίσου καλά με τον τομέα του τουρισμού.

#### **1.5.1.4. Ο ρόλος των πρακτορείων τουρισμού**

Για τη διεκπεραίωση του τουριστικού σκέλους του ιατρικού τουρισμού οι διαμεσολαβητές μπορούν να συνεργάζονται με τα τοπικά και/ή διεθνή ταξιδιωτικά πρακτορεία/γραφεία, τα οποία λειτουργούν ως παραδοσιακοί μεσάζοντες σε θέματα τουρισμού.

#### **1.5.1.5. Ο ρόλος της διαπίστευσης και της πιστοποίησης**

Η διαπίστευση (*accreditation*) είναι μια διαδικασία για τον έλεγχο και την τυποποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο όρος χρησιμοποιείται, για να περιγράψει τη συμμετοχή ενός οργανισμού σε μια διαδικασία αξιολόγησης των συστημάτων και των οργανωτικών δομών του από τρίτα μέλη με τη χρήση γραπτών προτύπων. Η διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί δημοφιλές εργαλείο για τη διεθνή κατηγοριοποίηση και αναγνώριση των υπηρεσιών υγείας και κερδίζει συνεχώς έδαφος κυρίως λόγω της παγκοσμιοποίησης της αγοράς υγείας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διαπίστευσης είναι ότι: είναι προαιρετική και εθελοντική διαδικασία, αποτελεί μορφή εξωτερικής αξιολόγησης, διενεργείται από εκπαιδευμένους αξιολογητές με την καταβολή χρηματικού ποσού και έχει περιοδικό χαρακτήρα, αφού η διαδικασία επαναλαμβάνεται σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα (συνήθως κάθε δύο ή τρία χρόνια) (Παπανικολάου, 2007:373-376).

Αν και η διαπίστευση χρησιμοποιείται συχνά εναλλακτικά με την πιστοποίηση (*certification*), υφίσταται σημασιολογική διαφορά. Η διαπίστευση εφαρμόζεται μόνο σε οργανισμούς, ενώ η πιστοποίηση μπορεί να αφορά και σε μεμονωμένους επαγγελματίες ή σε τμήματα ενός οργανισμού (Παπανικολάου, 2007:375). Τα πρότυπα οργάνωσης και τεκμηρίωσης με τη μεγαλύτερη εφαρμογή διεθνώς είναι τα πιστοποιητικά ISO-9000. Την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού πιστοποίησης στην Ελλάδα φέρει ο Ελληνικός Οργανισμός Πιστοποίησης (ΕΛΟΤ) (Τούντας, 2003:542).

Οι βασικοί στόχοι της διαπίστευσης των οργανισμών υγείας είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας, η βελτιωμένη υπευθυνότητα, ο συντονισμός και η ενημερωμένη λήψη αποφάσεων (Παπανικολάου, 2007:373).

Το θέμα της διαπίστευσης/πιστοποίησης των παρόχων υγείας έχει βαρύνουσα σημασία για τον τομέα του ιατρικού τουρισμού. Παρά τον προαιρετικό της χαρακτήρα, είναι αναγκαία διαδικασία για την ένταξη ενός παρόχου στον παγκόσμιο χάρτη του ιατρικού τουρισμού. Αναλυτικότερα, η διαπίστευση/πιστοποίηση φέρει τα εξής πλεονεκτήματα: εκπαιδεύει τον οργανισμό και αυξάνει τις γνώσεις επί των διαδικασιών διαχείρισης των διεθνών ασθενών, βοηθά στη δημιουργία «βέλτιστων πρακτικών», στην αύξηση της ασφάλειας των ασθενών και στη μείωση του κινδύνου και της ευθύνης του οργανισμού, δημιουργεί ένα σαφές και αναγνωρίσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στη διεθνή αγορά.

Ουσιαστικά, η διαδικασία διαπίστευσης/πιστοποίησης εκφράζει τη βούληση του κλάδου για αυτορρύθμιση (Johnston et al., 2010:10).

Οι πιο γνωστοί διεθνείς φορείς διαπίστευσης/πιστοποίησης Οργανισμών Υγείας είναι:

- i. **International Society for Quality in Health Care (ISQua)** / Διεθνής Εταιρεία για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας: Μη κερδοσκοπικός ανεξάρτητος οργανισμός, ο οποίος δραστηριοποιείται, μέσω των μελών και των προγραμμάτων του, σε περισσότερες από εβδομήντα χώρες. Είναι η ανεξάρτητη διεθνής «ομπρέλα», υπό την οποία λειτουργεί η πλειοψηφία των οργανισμών διαπίστευσης (Watson, 2008:12, Greenfield & Braithwaite 2008:172).
- ii. **Joint Commission International (JCI)** / Διεθνής Ενιαία Επιτροπή: Ανεξάρτητος, αμερικανικός μη κερδοσκοπικός οργανισμός, ο σημαντικότερος στις Ηνωμένες Πολιτείες. Βασικός στόχος του είναι η οικοδόμηση της εμπιστοσύνης των δυτικών ασθενών. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν περίπου πεντακόσια διαπιστευμένα νοσοκομεία, εργαστήρια, καθώς και ειδικά προγράμματα σε 53 χώρες εκτός των ΗΠΑ.
- iii. **Telemedicine for the Mobile Society-Quality of Medical Care worldwide (TEMOS)**: Γερμανικός Οργανισμός πιστοποίησης, ο οποίος δραστηριοποιείται από το 2006. Προσφέρει αποκλειστικές υπηρεσίες πιστοποίησης υπηρεσιών υγείας, με επίκεντρο τον

ιατρικό τουρισμό και τη διαχείριση του διεθνούς ασθενή. Στην Ελλάδα και στην Κύπρο εκπροσωπείται από την εταιρεία TEMOS AEGEAN.

- iv. **European Society for Quality in Healthcare (ESQH)**
- v. **International Organization for Standardization (ISO)**
- vi. **National Committee for Quality Assurance (NCQA)**
- vii. **Trent International Accreditation Scheme**, Ηνωμένο Βασίλειο
- viii. **The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)**, Αυστραλία
- ix. **Medical Tourism Association**: προσφέρει πέντε προγράμματα πιστοποίησης (απευθυνόμενα σε Διεθνή Τμήματα Ασθενών, διαμεσολαβητές ιατρικού τουρισμού, ταξιδιωτικούς/τουριστικούς πράκτορες, ξενοδοχεία και *spas*), αποκλειστικά για τα μέλη του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΤΑΣ

### 2.1. Το προφίλ του ιατρικού τουρίστα

Αποτελεί κοινή διαπίστωση πως παρατηρείται μια αύξηση της κινητικότητας των ασθενών σε διεθνές επίπεδο. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Lunt et al., 2011:15) εκτιμά ότι υπάρχουν έως και πενήντα εκατομμύρια ιατρικοί τουρίστες σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο, ενώ σύμφωνα με αναφορά του *Deloitte Center for Health Solutions* (2008) υπολογίζεται ότι ετησίως περίπου 750.000 πολίτες των ΗΠΑ ταξιδεύουν παγκοσμίως προς αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών.

Όπως δεν υπάρχει ένας διεθνής συμφωνημένος ορισμός για τον ιατρικό τουρισμό, το ίδιο ισχύει και για το πρόσωπο που ταξιδεύει στο εξωτερικό προς αναζήτηση ιατρικής θεραπείας (Helble, 2011:68). Η συνηθέστερη αναφορά σε ασθενείς αυτού του είδους γίνεται με τους όρους «ιατρικοί τουρίστες» (*medical tourists*) ή «τουρίστες υγείας» (*health tourists*). Άλλοι προτιμούν να αποκαλούν έναν τέτοιο ασθενή απλώς «ιατρικό ταξιδιώτη» (*medical traveller*), παγκόσμιο καταναλωτή υγείας (*global healthcare consumer*) ή ακόμη και «ιατρικό πρόσφυγα» (*medical refuge*).

Και πάλι διευκρινίζεται πως δεν θεωρείται ιατρικός τουρίστας ο τουρίστας που θα χρειαστεί εκτάκτως κάποια μορφή περίθαλψη κατά τη διαμονή του σε μια χώρα (*incidental* ή *accidental medical tourist*) ούτε όμως και ο τουρίστας που θέλει να συνοδεύσει τις διακοπές του με υπηρεσίες ομορφιάς, υγείας και ευεξίας, όπως *spra*, θερμά λουτρά κ.ά.

Ιατρικοί τουρίστες είναι οι ασθενείς που είτε πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο, όπως νεφροπαθείς που χρήζουν συστηματικής αιμοκάθαρσης είτε ασθενείς που αναζητούν μετανοσοκομειακή φροντίδα σε κέντρα αποκατάστασης είτε ασθενείς που θέλουν να πραγματοποιήσουν κάποια ιατρική-θεραπευτική πράξη, όπως εξωσωματική γονιμοποίηση, οφθαλμολογικές ή οδοντιατρικές επεμβάσεις κ.ά., σε χώρες που έχουν τη δυνατότητα να τους προσφέρουν καλές τιμές, ασφάλεια, ποιότητα και ταυτόχρονα ευχάριστες διακοπές (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2012). Συνοπτικά δηλαδή ο ιατρικός



τουρισμός απευθύνεται σε χρήστες υγείας που είναι α) χρόνια πάσχοντες και β) που χρήζουν προληπτικής ή εξειδικευμένης ιατρικής.

Προβληματικός είναι και ο υπολογισμός του αριθμού των ατόμων που επισκέπτονται για λόγους ιατρικού τουρισμού μια χώρα (Helble, 2011:68, Cohen, 2008:25-26). Αυτό οφείλεται στο ότι οι μέθοδοι που εφαρμόζονται από τις δραστηριοποιούμενες στον τομέα του ιατρικού τουρισμού χώρες ποικίλλουν σημαντικά. Έτσι, για παράδειγμα, ορισμένες χώρες μετρούν την είσοδο των μεμονωμένων ασθενών στη χώρα, ενώ άλλες συνυπολογίζουν χωρίς διάκριση τις επισκέψεις ξένων ασθενών στα νοσοκομεία τους. Άλλες χώρες πάλι καταγράφουν την εθνικότητα των ασθενών αλλά όχι τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, ο οποίος μπορεί να διαφέρει (Helble, 2011:68). Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να διευκρινιστεί ότι υπάρχουν μελετητές που υποστηρίζουν ότι οι απόδημοι ή ομογενείς (*expatriates*) που επισκέπτονται την πατρίδα τους για ιατρικούς λόγους δεν πρέπει κανονικά να προσμετρώνται στους ιατρικούς τουρίστες (Ehrbeck, Guevara & Mango, 2008, Crooks et al., 2010). Η εφαρμογή της διάκρισης αυτής στην πράξη δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα στην έρευνα.

Επιπλέον, οι χώρες συχνά συλλέγουν στατιστικά στοιχεία αποκλειστικά και μόνο για τον αριθμό επισκέψεων των ξένων ασθενών αλλά όχι για το είδος της θεραπείας, την πηγή της χρηματοδότησης ή την έκβαση της θεραπείας. Για τους λόγους αυτούς, ο συνολικός αριθμός των ασθενών που ταξιδεύουν στο εξωτερικό, για να αναζητήσουν ιατρική θεραπεία δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια (Lunt et al., 2011)<sup>16</sup>. Ωστόσο, σύμφωνα με τα περιορισμένα επίσημα αλλά και τα περισσότερα ανεπίσημα στοιχεία που διαθέτουμε από διάφορες χώρες διαφαίνεται μια σταθερά αυξανόμενη τάση και κάποτε, ακόμη και ένα εντυπωσιακό μέγεθος του ιατρικού τουρισμού (Helbe, 2011).

Ποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά φέρει όμως ο υποψήφιος ενδιαφερόμενος για τον ιατρικό τουρισμό, με άλλα λόγια πώς μπορεί να στοιχειοθετηθεί το προφίλ του;

---

<sup>16</sup> Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά “we can narrow down the number of medical tourists worldwide as lying somewhere between 60,000 and 50 million!”, βλ Lunt et al. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, p.15.

Σύμφωνα με μια προσέγγιση, οι ιατρικοί τουρίστες είναι μια ανομοιογενής ομάδα ως προς το φύλο, την ηλικία ή την καταγωγή τους. Το μοναδικό κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι το υψηλό εισόδημα (Bookman & Bookman, 2007:48, Mainil, 2012:13).

Ένας άλλος τρόπος που εφαρμόζεται από την έρευνα, προκειμένου να καθορίσει και να προσδιορίσει το είδος των ασθενών που λαμβάνουν ιατρική θεραπεία εκτός της χώρας προέλευσής τους, είναι να μελετηθούν τα κίνητρά τους για την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό. Με βάση το κριτήριο αυτό, μπορούμε να διακρίνουμε δύο διαφορετικές κατηγορίες ασθενών. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τους ασθενείς που ταξιδεύουν στο εξωτερικό με αποκλειστικό σκοπό τη λήψη υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι ασθενείς θα μπορούσαν επίσης να αποφασίσουν να συνδυάσουν την ιατρική θεραπεία τους με τον τουρισμό. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει όλα εκείνα τα πρόσωπα που, ενώ βρίσκονται ήδη στο εξωτερικό, νοσούν και χρήζουν ιατρικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της διαμονής τους. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει προσωρινούς ή διακινούμενους εργαζόμενους, συνταξιούχους στο εξωτερικό και τους τουρίστες. Αποκλείονται οι αλλοδαποί που ζουν σε μόνιμη βάση στο εξωτερικό (Helbe, 2011:69).

Σε πολλές μελέτες, ωστόσο, υποστηρίζεται ότι τα δεδομένα στοιχεία συγκλίνουν στο ότι οι καταναλωτές του ιατρικού τουρισμού προέρχονται κυρίως από την αποκαλούμενη γενιά των *Baby Boomers*, δηλ. τη γενιά που ακολούθησε το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (1946-1964) (Nicolaidis, 2001, Meister, 2007, Martin, 2010b). Πρόκειται για μία γενιά, η οποία στο μεγαλύτερο ποσοστό της έχει συνταξιοδοτηθεί με ευνοϊκούς όρους και φαίνεται ιδιαίτερος πρόθυμη να «επενδύσει» σε ταξίδια υγείας και ευεξίας (Ετήσια Μελέτη της Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ., 2007). Επιπλέον, στην πλειοψηφία τους πρόκειται για πελάτες που διαθέτουν συνήθως υψηλό ή μεσαίο εισοδηματικό επίπεδο. Εκτιμάται πως οι τουρίστες τρίτης ηλικίας δεν είναι μόνο η μεγαλύτερη αριθμητικά αλλά και η πιο ευκατάστατη οικονομικά κατηγορία τουριστών, η οποία αναμένεται να αναμορφώσει το υπάρχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Ενδιαφέρουσα είναι η τυπολογία του «ιατρικού τουρίστα» που προτείνεται από τον E. Cohen (2008:25-26). Ο Cohen στη μελέτη του για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ταϊλάνδη διακρίνει πέντε τύπους ιατρικού τουρίστα, με κριτήριο το κατά πόσο η λήψη

ιατρικής θεραπείας μπορεί να επηρεάσει τα κίνητρα ενός τουρίστα. Σύμφωνα με τη διάκριση αυτή υπάρχει:

- i. ο **απλός/κανονικός τουρίστας** (*mere tourist*), ο οποίος δεν λαμβάνει κανενός είδους ιατρική υπηρεσία κατά τη διάρκεια των διακοπών του στη χώρα υποδοχής.
- ii. ο **νοσηλεύόμενος τουρίστας** (*medicated tourist*), δηλαδή ο τουρίστας που λαμβάνει ιατρική περίθαλψη για προβλήματα υγείας που προκύπτουν συμπτωματικά κατά τη διάρκεια των διακοπών του.
- iii. ο **καθαυτό ιατρικός τουρίστας** (*medical tourist proper*) που συνδυάζει το ταξίδι με την ιατρική θεραπεία.
- iv. ο **τουρίστας-ασθενής** (*vacationing patient*) που ταξιδεύει, κυρίως, με σκοπό τη λήψη ιατρικής φροντίδας, αλλά κάνει και περιστασιακή χρήση των δραστηριοτήτων αναψυχής, ιδίως κατά την περίοδο της ανάρρωσης.
- v. ο **απλός/κανονικός ασθενής** (*mere patient*), ο οποίος ταξιδεύει αποκλειστικά και μόνο, για να λάβει ιατρική φροντίδα και δεν ενδιαφέρεται για δραστηριότητες αναψυχής.

Η εμπειρία του ιατρικού τουρισμού φαντάζει συχνά για τους χρήστες-καταναλωτές υπηρεσιών υγείας ως ιδιαίτερος δελεαστική, γιατί συνδυάζει αυτό που εύστοχα στα ελληνικά εκφράζεται με τη ρήση «το τερπνόν μετά του ωφελίμου», δηλ. τη λήψη ιατρικής φροντίδας με την ανάρρωση σε μια «εξωτική» συχνά τοποθεσία, η οποία συμβάλλει θετικά στην ψυχολογία και ευεξία του ασθενή (Lee & Spisto, 2007). Η πραγματικότητα, ωστόσο, διαφέρει, καθώς το ποσοστό των ασθενών που συνδυάζουν τη χειρουργική επέμβαση με τις ηλιόλουστες διακοπές είναι μικρό. Σύμφωνα με τον ιδρυτή και διευθύνοντα σύμβουλο του διαδικτυακού οδηγού για ιατρικούς ταξιδιώτες «Ασθενείς πέρα από τα σύνορα» (*Patients Beyond Borders*), Josef Woodman (2012), η πλειοψηφία των ιατρικών ταξιδιωτών εμπίπτει σε τρεις κατηγορίες:

- i. οι **ασθενείς αξίας** (*value patients*) ταξιδεύουν από ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, όπου το κόστος υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλό και η ασφαλιστική κάλυψη περιορισμένη. Είναι συνήθως ανασφάλιστοι ή δεν διαθέτουν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη. Η θεραπεία τους είναι δαπανηρή ή περιλαμβάνει θεραπείες που δεν καλύπτονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες (οδοντιατρική, βariatρική και πλαστική χειρουργική, αισθητική δερματολογία).

- ii. οι **ασθενείς πρόσβασης** (*access patients*) προέρχονται από χώρες με υπερφορτωμένα συστήματα υγείας, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς.
- iii. οι **ασθενείς ποιότητας** (*quality patients*) αναζητούν εξειδικευμένες, προηγμένες και καινοτόμες θεραπείες. Το θέμα του κόστους δεν παίζει καίριο ρόλο στην απόφασή τους, όπως συμβαίνει στις άλλες δύο κατηγορίες.

Συνοψίζοντας, ο ταξιδιώτης ή αλλιώς ο τουρίστας υγείας διαφοροποιείται από τον απλό τουρίστα ως προς τα εξής χαρακτηριστικά στοιχεία (Ετήσια Μελέτη της Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ., 2007):

- ανήκει ηλικιακά στην τρίτη ηλικία,
- προέρχεται από ανεπτυγμένες χώρες,
- διαθέτει κατά κανόνα υψηλό εισόδημα,
- συνοδεύεται συνήθως από ένα ακόμη άτομο,
- δεν είναι εποχικός,
- δεν είναι ευαίσθητος σε ζητήματα τιμής
- και τέλος στην επιλογή του υπάρχει εμπλοκή του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας του, των ασφαλιστικών εταιρειών, των διαμεσολαβητών ιατρικού τουρισμού και των ταξιδιωτικών πρακτορείων (Παπαδημόπουλος & Χριστοδούλου, 2007:11).

## **2.2. Διαδικασία λήψης απόφασης - Κίνητρα**

Γιατί, όμως, να επιλέξει κάποιος τον ιατρικό τουρισμό; Η απόφαση των καταναλωτών-χρηστών υγείας που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη εκτός του συστήματος υγείας της χώρας τους υπαγορεύεται από διάφορους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Ωστόσο, η έλλειψη στοιχείων για τα χαρακτηριστικά των ασθενών που επιλέγουν τον ιατρικό τουρισμό δυσχεραίνει τη βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που τους (εξ)ωθούν στην απόφαση αυτή (Lunt, Smith et al., 2014:20). Η διαδικασία λήψης απόφασης ενός ιατρικού τουρίστα είναι πολυσύνθετη και ερμηνεύεται συνήθως σύμφωνα με το μοντέλο «έλξης και απώθησης» (*push and pull factors*<sup>17</sup>).

---

<sup>17</sup> Ως παράγοντες απώθησης ορίζονται όσα κάνουν έναν άνθρωπο να θέλει να φύγει από την πατρίδα του, ενώ ως παράγοντες έλξης είναι όσα προσελκύουν έναν άνθρωπο σε έναν νέο τόπο.

Ας εξετάσουμε τους παράγοντες ώθησης και απώθησης, οι οποίοι υπαγορεύουν και διαμορφώνουν αυτή την απόφαση.

### 2.2.1. Παράγοντες ώθησης

Κάποιος επιλέγει τον ιατρικό τουρισμό κατά κύριο λόγο με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- η **οικονομική προσιτότητα**, δηλαδή το κόστος των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με
- την **ποιοτική επάρκεια**, δηλαδή την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών παίζουν τον πιο αποφασιστικό ρόλο στη λήψη της τελικής απόφασης του χρήστη υγείας. Η ποιότητα στην υγεία σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών αλλά και με τον έλεγχο του κόστους. Επειδή οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο χρήστης τους αναμένει περισσότερο από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία. Παράγοντες, όπως η δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η υψηλή τεχνολογία, ο άμεμπτος επαγγελματισμός και η αξιοπρέπεια του αποδέκτη αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα στην ποιότητα υγείας και έχουν άμεση προτεραιότητα (Τούντας, 2003:534, Χατζηπουλίδης, 2003:5). Στην περίπτωση του ιατρικού τουρισμού ο ασθενής συχνά αναζητά υγειονομικές υπηρεσίες αντίστοιχης με τη χώρα του ποιότητας αλλά σε σημαντικά χαμηλότερη τιμή. Η τάση αυτή διευρύνεται συνεχώς στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ροή ασθενών στην Ουγγαρία ή την Τσεχία (για οδοντιατρική κυρίως περίθαλψη) από τη Γερμανία.
- η **εξειδίκευση** στις υπηρεσίες υγείας. Το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η προηγμένη ιατρική τεχνολογία, οι ιατρικές καινοτομίες και ο ιατρικός πλουραλισμός όχι μόνον προσμετρώνται στα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα, αλλά συχνά είναι το βασικό κίνητρο για την αναζήτηση μιας συγκεκριμένης διαγνωστικής ή επεμβατικής θεραπείας στο εξωτερικό.

- η **διαπίστευση και η πιστοποίηση** των ιατρικών παρόχων και των υπηρεσιών υγείας από αναγνωρισμένους διεθνείς οργανισμούς (Crooks et al., 2010:6).
- η **απόσταση και η ευκολία πρόσβασης** στην επιλεγμένη χώρα προορισμού. Το θέμα της απόστασης, που σχετίζεται άμεσα με τη χρονική διάρκεια ενός ταξιδιού, είναι κριτήριο που εξακολουθεί να διαμορφώνει την τελική απόφαση (Bookman & Bookman, 2007:57-58). Έτσι, για παράδειγμα, οι Αμερικανοί επιλέγουν την Κόστα Ρίκα και το Μεξικό, οι Κινέζοι την Ταϊβάν και οι χώρες της Μέσης Ανατολής την Ιορδανία για την κοντινή τους απόσταση (Connell, 2006). Η ευκολία πρόσβασης σχετίζεται με τις διαδικασίες απόκτησης και χρονικής διάρκειας της βίζας αλλά και με τις **διακρατικές συμφωνίες** που έχουν συναφθεί μεταξύ των κρατών και που διευκολύνουν τις διαδικασίες μετακίνησης, παραμονής και νοσηλείας στη χώρα (Chinai, & Goswami, 2007, KPMG International, 2011:7).
- οι **ασφαλιστικές εταιρείες** παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της χώρας προορισμού. Ανασταλτικός παράγοντας είναι ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν καλύπτουν συνήθως επεμβάσεις οδοντιατρικής περίθαλψης, πλαστικής χειρουργικής, εναλλακτικής ιατρικής καθώς και τις οφθαλμολογικές υπηρεσίες (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012).
- η **φήμη** του ιατρικού προορισμού, η οποία συνήθως διαμορφώνεται με εκπληκτική ταχύτητα στη νέα επικοινωνιακή πλατφόρμα του διαδικτύου, μέσω της διάδοσης πληροφοριών «από στόμα σε στόμα» (*digital word-of-mouth*) (Crooks et al.,2010:6).
- η **προσφορά ενός ολοκληρωμένου πακέτου** τουριστικών και ιατρικών υπηρεσιών από τα ταξιδιωτικά γραφεία ή εξειδικευμένους ιατρικούς διαμεσολαβητές (*medical facilitators*). Το πακέτο μπορεί να περιλαμβάνει διαμονή, υπηρεσίες μετακίνησης, ξενάγησης, ψυχαγωγίας τόσο για τον ασθενή όσο και για τους συνοδούς του.
- η **γλώσσα ομιλίας** της χώρας υποδοχής αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της επικοινωνίας και της πληροφόρησης του ασθενούς, καθώς συμβάλλει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας και στο να διαμορφώσει μια πλήρη εικόνα της κατάστασής

του (Crooks et al., 2010:6). Σημειώνεται ότι διεθνώς αναγνωρισμένη γλώσσα της ιατρικής είναι η αγγλική (Keckley & Underwood, 2008).

- η **πολιτική σταθερότητα** της χώρας προορισμού συνδέεται άμεσα με το αίσθημα ασφάλειας του ασθενή, γι' αυτό και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα. Οι πολιτικές αναταραχές, οι τρομοκρατικές ενέργειες, η εγκληματικότητα, η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων λειτουργούν κατά κανόνα αποτρεπτικά (Bookman & Bookman, 2007:56, Ehrbeck, Guevara & Mango et al., 2008:8, Crooks et al., 2010:6).
- η **πολιτισμική συνάφεια** με τη χώρα προορισμού είναι επίσης σημαντική παράμετρος, γιατί καθορίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή. Σε ορισμένες περιπτώσεις η θρησκεία έχει άμεση συνάφεια με την πολιτιστική συγγένεια (Bookman & Bookman, 2007:56-57, Crooks et al., 2010:6).
- η **προστασία της ιδιωτικότητας**. Σε μια εποχή που η προστασία της ιδιωτικότητας αποκτά ολοένα και πιο βαρύνουσα σημασία αποτελεί σταθερή επιδίωξη ενός σημαντικού ποσοστού ασθενών η διασφάλιση του δικαιώματος της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων.

### 2.2.2. Παράγοντες απόθησης

Η **μέτρια ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας** είναι ο βασικότερος λόγος, στον οποίο οφείλεται η αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών εκτός του εθνικού συστήματος υγείας μιας χώρας και η συνακόλουθη ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού. Η μέτρια ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποδίδεται σε ένα πλήθος παραγόντων.

Ως βασικοί παράγοντες απόθησης συνήθως αναφέρονται:

- το **υψηλό κόστος** της εγχώριας υγειονομικής περίθαλψης (ιατρικές, νοσοκομειακές, φαρμακευτικές δαπάνες), συνηθέστερα της ιδιωτικής, το οποίο είναι σημαντικά υψηλότερο στις ανεπτυγμένες χώρες (Ευρώπη, Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς) από ό,τι

στις αναπτυσσόμενες. Οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν εντυπωσιακή άνοδο στις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου μετά τη μεταπολεμική περίοδο (Σούλης, 1998:138).

- η **δυσκολία πρόσβασης** στο σύστημα υγείας, η οποία αποτυπώνεται στις εκτενείς και πολύμηνες (κυρίως χειρουργικές) λίστες αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία. Η αύξηση της οικονομικής πίεσης στα συστήματα υγείας συχνά οδηγεί σε υπερφορτωμένα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Η χρονοβόρα –και ψυχοφθόρα- διαδικασία της λίστας αναμονής (εξ)ωθεί τους ασθενείς στην εξεύρεση λύσης για την παράκαμψή της και στην αναζήτηση άμεσων ιατρικών υπηρεσιών.
- η αυξημένη **ζήτηση των υπηρεσιών υγείας**, η οποία οφείλεται σε ένα πλήθος παραγόντων, όπως ο σύγχρονος τρόπος ζωής, τα νέα καταναλωτικά πρότυπα, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η δημογραφική γήρανση.
- η ελλιπής ή κακή **νοσοκομειακή (υλικοτεχνική) υποδομή**, η οποία αποτυπώνεται στην έλλειψη σύγχρονου εξοπλισμού, εργαστηρίων, χειρουργικών αιθουσών, κλινών κλπ.
- η χαμηλή **ποιότητα της διαχείρισης** του νοσοκομείου (π.χ. παλιά και ξεπερασμένα οργανογράμματα και συστήματα αξιολόγησης, κακή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, ελλιπής ενημέρωση-πληροφόρηση και ασφάλεια ασθενών).
- η πολυπλοκότητα και οι δυσλειτουργίες του εθνικού συστήματος υγείας μιας χώρας καθώς και οι **γραφειοκρατικές αγκυλώσεις** συχνά δυσχεραίνουν την αντιμετώπιση ενός ευρέος φάσματος προβλημάτων υγείας. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ακόμη το γεγονός ότι τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας δεν καλύπτουν έξοδα για επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής, κοσμητικής ιατρικής, αισθητικής ή προσθητικής οδοντιατρικής, εξωσωματικής γονιμοποίησης ή άλλες παρόμοιες επεμβάσεις.
- σε ορισμένες χώρες κίνητρο μπορούν να αποτελέσουν και οι **θρησκευτικές ή πολιτιστικές ιδιαιτερότητες**, οι οποίες δεν επιτρέπουν καινοτόμες και επαναστατικές θεραπείες, όπως είναι για παράδειγμα η εξωσωματική γονιμοποίηση, οι ενέσεις βλαστικών κυττάρων ή η χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου. Η θεραπεία με



βλαστοκύτταρα δεν είναι διαθέσιμη για διάφορους λόγους στις περισσότερες δυτικές χώρες, αλλά μπορεί να είναι πιο εύκολα διαθέσιμη σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα το ισχύον θεσμικό πλαίσιο για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι πληρέστερο και πιο προοδευτικό από το αντίστοιχο άλλων χωρών, γι' αυτό και συχνά η εξωσωματική γονιμοποίηση προτείνεται ως ο κατεξοχήν τομέας που ενδείκνυται για ιατρικό (αναπαραγωγικό) τουρισμό.

Από τα παραπάνω καθίσταται φανερό πως η λήψη απόφασης αποτελεί μια ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία, καθώς εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αυτό που θα πρέπει, κατά τη γνώμη μου, να τονιστεί είναι ότι ο ιατρικός τουρισμός δεν αποτελεί απλώς εναλλακτική λύση ή «πολυτέλεια», αλλά πολλές φορές προκύπτει εκ των πραγμάτων ως αναγκαιότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

### 3.1. Αιτιολογικοί παράγοντες ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού

Ο ιατρικός τουρισμός με τη σύγχρονη μορφή του είναι *φύσει* ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργήθηκε, διαμορφώθηκε και αναπτύσσεται αποδίδεται σε έναν συνδυασμό πολλαπλών παραγόντων, οικονομικών, κοινωνικών αλλά και γεωπολιτικών.

Στους οικονομικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η παγκοσμιοποίηση της αγοράς υγείας και η συνακόλουθη ελευθέρωση του εμπορίου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, η παγκόσμια τάση αύξησης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, η βελτίωση των ιατρικών προτύπων στις αναπτυσσόμενες χώρες, η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης και η αυξανόμενη διείσδυση της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Μία από τις όψεις της παγκοσμιοποίησης είναι και η **παγκοσμιοποίηση της υγείας** (*globalization of healthcare*). Η υγεία, νοούμενη είτε ως «αγαθό» είτε ως «προϊόν», δεν περιορίζεται πλέον στα στενά εθνικά σύνορα μιας χώρας. Η παγκοσμιοποίηση διαπερνά και τον χώρο της υγείας, προβάλλοντας το σύνθημα «Υγεία χωρίς Σύνορα» (*Health without Borders*). Σε μια παγκοσμιοποιημένη οικονομία η υγειονομική περίθαλψη έχει εξελιχθεί σε μια βιομηχανία παροχής υπηρεσιών και οι υπηρεσίες υγείας έχουν καταστεί εμπορεύσιμα αγαθά που διαφημίζονται πλέον σε μια παγκόσμια αγορά και απευθύνονται σε ένα συνεχώς διευρυνόμενο αγοραστικό κοινό (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014:14). Η εμπορευματοποίηση της υγείας και η αυξανόμενη φιλελευθεροποίηση του εμπορίου στα προϊόντα και τις υπηρεσίες υγείας διαμορφώνει διεθνώς μια νέα διεθνή αγορά υγείας, η οποία εκφράζεται με τις υψηλές διασυνοριακές ροές ασθενών, επαγγελματιών υγείας και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, την επέκταση της τηλεϊατρικής, τις διεθνείς επενδύσεις ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, τη σύναψη συμμαχιών και συνεργασιών μεταξύ ιατρικών σχολών, πανεπιστημίων και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων για την προσέλκυση σπουδαστών ιατρικής από αναπτυσσόμενες χώρες (Χαραλάμπους & Τσίτση, 2010:109). Μία από τις άμεσες επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στα συστήματα υγείας γίνεται μέσω του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου με τη σύναψη της γενικής συμφωνίας για το εμπόριο των υπηρεσιών (General Agreement on Trade in Services – GATS) και μέσω των διεθνών αγορών που αφορά στις

τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων (Lunt et al., 2011). Με τον ιατρικό τουρισμό μια νέα διεθνή αγορά υγείας αναδύεται για τους ασθενείς (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014:15).

Την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού ευνοεί και το διαρκώς **μεταβαλλόμενο σύστημα υγείας**. Πράγματι, το σύγχρονο σύστημα υγείας υφίσταται συνεχώς σημαντικές αλλαγές σε διεθνές επίπεδο με αποτέλεσμα την παροχή μιας πιο αποτελεσματικής αλλά και πιο δαπανηρής φροντίδας υγείας (Sullivan & Decker, 2005:3). Δεδομένου ότι τα συστήματα υγείας είναι ήδη οικονομικά βεβαρημένα στα περισσότερα κράτη του δυτικού κόσμου, κρατικοί φορείς και ιδιώτες αναζητούν λύσεις για τη μελλοντική κάλυψη του κόστους φροντίδας υγείας. Το κόστος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, που υπαγορεύει τις αποφάσεις εκείνων που βρίσκονται στα κέντρα λήψης αποφάσεων για θέματα που αφορούν στην υγεία (Sullivan & Decker, 2005:7). Σύμφωνα με τη διαφαινόμενη τάση, το κόστος δείχνει να μετακυλιέται από το κράτος στους χρήστες ή αλλιώς καταναλωτές υπηρεσιών υγείας. Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός προβάλλουν πλέον ως αναγκαίες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στον χώρο της υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σε ό,τι αφορά στον ιατρικό τουρισμό, αναγνωρίζεται ότι το υψηλό κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κυρίως λόγω της εισαγωγής των νέων τεχνολογιών και των καινοτόμων φαρμάκων στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με τη χρονοβόρα διαδικασία της λίστας αναμονής (εξ)ωθούν συχνά τους χρήστες υπηρεσιών υγείας στην αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών εκτός των εθνικών συνόρων της χώρας τους<sup>18</sup>.

Η εισαγωγή και η σταδιακή εφαρμογή της **Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) (Total Quality Management, TQM)** στον χώρο της υγείας, σύμφωνα με την οποία δίνεται έμφαση στη δέσμευση για την επίτευξη του άριστου σε όλη την έκταση ενός οργανισμού υγείας (Sullivan & Decker, 2005)<sup>19</sup>, συνεπικουρεί στον εκσυγχρονισμό του. Η διοίκηση ολικής ποιότητας επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων και συνεπάγεται συνεχή εκπαίδευση και εκμάθηση νέων τεχνικών, διαρκή εξέλιξη των εργαζομένων και συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των διαδικασιών. Δεν αποσκοπεί μόνο στην

---

<sup>18</sup> «Ενδεικτικά πρέπει να αναφερθεί ότι στη Μεγάλη Βρετανία το χρονικό διάστημα αυτό μπορεί να ξεπεράσει και τους 18 μήνες». Θεμιστοκλής Παπαδημόπουλος & Γιάννης Χριστοδούλου, «Τουρισμός Υγείας: Η Ελλάδα και ο Κόσμος», Ετήσια Μελέτη της Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ, Δεκ. 2007, σ. 13.

<sup>19</sup> Τα βασικά χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η εστίαση στον πελάτη, η συμμετοχή ολόκληρου του οργανισμού, η χρήση ποιοτικών εργαλείων και στατιστικών μεθόδων μετρήσεων και ο εντοπισμός των βασικών διαδικασιών που χρήζουν βελτίωσης.

ικανοποίηση του ασθενούς αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται οι συγγενείς, οι επισκέπτες αλλά και οι εργαζόμενοι («εσωτερικοί πελάτες») (Τούντας, 2003: 533, 535). Η ΔΟΠ βρίσκει εφαρμογή σε όλο και περισσότερες χώρες. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και για το επιχειρηματικό μοντέλο στην άσκηση της διοίκησης-διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια αυτά ο ιατρικός τουρισμός αναδεικνύεται τις τελευταίες δεκαετίες ως νέο πρότυπο στην παραγωγή και στην κατανάλωση των υπηρεσιών και των αγαθών υγείας, επηρεάζοντας σημαντικά το παραδοσιακό μοντέλο της υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. δυνατότητα επιλογής του ασθενούς, συνέχιση της περίθαλψης και της ελεγκτικής πρακτικής) (Turner, 2010).

Ένας άλλος βασικός παράγοντας για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού είναι η οξεία **κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης** και η συνακόλουθη αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων για την οικονομική βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Οι υπέρογκες δαπάνες για την υγεία στις ανεπτυγμένες χώρες και τα διογκωμένα δημοσιονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν έχουν οδηγήσει στον επαναπροσδιορισμό της σχέσης κόστους-ωφέλειας στον τομέα των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών. Στις ΗΠΑ και στις προηγμένες χώρες του δυτικού κόσμου ενισχύεται ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης και αναπτύσσονται συνεχώς καινούργια ευέλικτα προγράμματα φροντίδας υγείας από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, τα οποία παρέχουν ολοκληρωμένα πακέτα εξω-νοσοκομειακής και νοσοκομειακής κάλυψης για τους πελάτες τους (Pafford, 2009, Keckley & Underwood, 2009). Η αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας έχει το πλεονέκτημα της ευελιξίας, καθώς προσαρμόζεται ταχύτερα στις νέες ανάγκες της αγοράς και στις αξιώσεις των καταναλωτών. Στα πλαίσια αυτά η ιατρική θεραπεία στο εξωτερικό φαίνεται να ανταποκρίνεται πολύ καλύτερα στη σχέση κόστους-ωφέλειας στον τομέα των ιατρικών πράξεων, γι' αυτό και προωθείται από τις πολυεθνικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού συνεπικουρεί ακόμη η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, τα νέα καταναλωτικά πρότυπα, η εξέλιξη του επιδημιολογικού προτύπου και η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών, η πρόοδος της βιοϊατρικής επιστήμης και βιοτεχνολογίας, η διεθνής κινητικότητα και το διαδίκτυο.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η **δημογραφική γήρανση**, που αφορά περισσότερο στις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου (Ευρώπη και Αμερική) από ό,τι στις αναπτυσσόμενες, συνεπάγονται μια ολοένα αυξανόμενη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες (Albert, 2008). Υπολογίζεται ότι το έτος 2025 πάνω από το 20% των Ευρωπαίων θα είναι άνω των εξήντα πέντε ετών. «Το 2015 οι δημογράφοι, οι εκπαιδευτικοί και οι πολιτικοί θα σταματήσουν να μιλάνε για την πληθυσμιακή πυραμίδα και θα αρχίσουν να αναφέρονται στον πληθυσμιακό θόλο» (Parker, 2015:91). Ιδιαίτερη αύξηση θα σημειωθεί στον αριθμό των ατόμων άνω των ογδόντα ετών. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας σε σχέση με τις δημογραφικές εξελίξεις εντοπίζεται κυρίως στην καταναλωτική συμπεριφορά του πληθυσμού άνω των εξήντα πέντε ετών, όπου κυριαρχούν τα στοιχεία του ελεύθερου χρόνου, της ασφαλιστικής κάλυψης και των χρόνιων ασθενειών (Σούλης, 1998:177).

Η **εξέλιξη του επιδημιολογικού προτύπου** (χρόνιες ασθένειες, ασθένειες του πολιτισμού) (Σούλης, 1998:181-183) και η **αλλαγή του υγειονομικού προφίλ** των καταναλωτών-χρηστών των υπηρεσιών υγείας έχει προκαλέσει παγκόσμια μια αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και ευεξίας. Το υγειονομικό προφίλ των ασθενών επαναπροσδιορίζεται (π.χ. η σημασία της πρόληψης, τα σύγχρονα πρότυπα αισθητικής), με αποτέλεσμα η ζήτηση σε πράξεις προληπτικής ιατρικής, αισθητικής και πλαστικής χειρουργικής να είναι ιδιαίτερα αυξημένη και η τάση να προβλέπεται σταθερά ανοδική και στο μέλλον. Στα πλαίσια αυτά αναβαθμίζεται συνεχώς και ο ρόλος του *marketing* στις υπηρεσίες υγείας (Σαράφης, 2011).

Η αυξημένη κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον ανεπτυγμένο δυτικό κόσμο οφείλεται και στο σύγχρονο **οικολογικό περιβάλλον**, συγκεκριμένα στις νέες περιβαλλοντικές συνθήκες και στην κλιματική αλλαγή, στις οποίες αποδίδεται ένα σημαντικό ποσοστό των αιτιολογικών νοσολογικών παραγόντων (διατάραξη οικοσυστήματος, αυξημένα επίπεδα βιομηχανικής, αστικής και ηλεκτρομαγνητικής ρύπανσης, επιβλαβείς ακτινοβολίες λόγω της τρύπας του όζοντος, μόλυνση του υδροφόρου ορίζοντα, τοξικά και πυρηνικά απόβλητα) (Σούλης, 1998). Η όξυνση των περιβαλλοντικών προβλημάτων επιδείνωσε την κατάσταση στον τομέα της υγείας (Χαραλάμπους & Τσίτση, 2010:106).

Η πρόοδος της **βιοϊατρικής επιστήμης και βιοτεχνολογίας** συγκαταλέγεται στους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού. Η βιοϊατρική έρευνα

συνεχώς εξελίσσεται και προσφέρει ολοένα και πιο προηγμένες μεθόδους και εργαλεία. Επιπλέον, η νανοτεχνολογία, η γενετική, η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων του σώματος, η ρομποτική χειρουργική, τα νέα φάρμακα και τα εμβόλια βρίσκονται περισσότερο από ποτέ στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όχι μόνο της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας αλλά και της κοινωνίας, καθώς αυξάνουν εντυπωσιακά τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Η είσοδος της βιοϊατρικής στην καθημερινή ιατρική πράξη, ωθεί ολοένα και περισσότερους πολίτες διεθνώς να επιδιώκουν πρόσβαση σε προηγμένες και καινοτόμες θεραπευτικές μεθόδους –πολλές φορές μάλιστα ανεξαρτήτως κόστους.

Η άνοδος του ιατρικού τουρισμού σχετίζεται ακόμη με **τις νέες τεχνολογίες και τη διάδοση της χρήσης του διαδικτύου**. Αδιαμφισβήτητα το διαδίκτυο λειτουργεί πλέον ως μια καινοτόμος πηγή πληροφόρησης σε θέματα ιατρικών υπηρεσιών, δεδομένου ότι οι χρήστες μπορούν εύκολα και άμεσα να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με οποιοδήποτε θέμα εμπίπτει στα ενδιαφέροντά τους (Keckley & Underwood, 2008:4). Το «πατερναλιστικό» βιοϊατρικό σύστημα του παρελθόντος και η ασύμμετρη πληροφόρηση του ασθενή βαίνει προς εξαφάνιση, καθώς οι πληροφορημένοι χρήστες γίνονται ολοένα και πιο ενεργοί σε ό,τι αφορά στα θέματα υγείας τους (Sullivan & Decker, 2005:199). Η πληροφορία διαδραματίζει καίριο ρόλο στον τομέα της Υγείας και η είσοδος του ψηφιακού περιβάλλοντος επιταχύνει τις εξελίξεις στον τομέα αυτό σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ευρεία χρήση του διαδικτύου και των υπηρεσιών του διευκολύνει σημαντικά τους χρήστες-καταναλωτές. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του *Medical Tourism Association* (Patient Survey 2009) σχεδόν το 50% των ενδιαφερόμενων ιατρικών τουριστών αναζήτησε τις πληροφορίες του για τον ιατρικό τουρισμό στο διαδίκτυο. Το εύρος των ιστοσελίδων που προσφέρουν ενημέρωση σε θέματα ιατρικού τουρισμού είναι πολύ μεγάλο. Το διαδίκτυο είναι η σύγχρονη «αρένα», όπου όλοι οι βασικοί «παίκτες» (από τους ασθενείς, τους διαμεσολαβητές και τους παρόχους) μπορούν να αλληλεπιδρούν (Lunt, Smith et al., 2014:41).

Ο **εκσυγχρονισμός των μέσων μεταφοράς** και η εκμηδένιση των αποστάσεων οδήγησαν στη μαζικότητα των μετακινήσεων, κυρίως μέσω των αεροπορικών ταξιδιών. Το γεγονός αυτό διευκολύνει τη μεταφορά όλο και περισσότερων ατόμων και την πρόσβασή τους σε αγαθά και υπηρεσίες. Η **κινητικότητα** (*mobility*) με τις διάφορες μορφές της (διακρατική, ενδοκοινοτική, εκπαιδευτική, επαγγελματική), η οποία υπαγορεύεται και από την

παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, πραγματοποιείται πλέον με ένα κόστος οικονομικά προσιτό σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Για την ερμηνευτική αιτιολογία του ιατρικού τουρισμού έχουν κατατεθεί διάφορες σκέψεις, απόψεις και εκδοχές. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι περισσότερες από αυτές συγκλίνουν στη διαπίστωση πως ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί πρωτίστως ένα οικονομικό φαινόμενο και είναι απόρροια της παγκοσμιοποίησης, η οποία αίρει τις γεωγραφικές περιχαρακώσεις και τα οικονομικά προσκόμματα για τους πολίτες-καταναλωτές που ζουν και δραστηριοποιούνται σε μια ενιαία παγκόσμια αγορά.

### **3.2. Υφιστάμενη παγκόσμια κατάσταση και διεθνείς τάσεις**

Τα στοιχεία που διαθέτουμε για τον ιατρικό τουρισμό συνθέτουν μία μάλλον γενική και ασαφή εικόνα του, καθώς δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες επιστημονικές μελέτες που να αποτυπώνουν με σαφήνεια την πραγματικότητα σε διεθνές επίπεδο, κυρίως επειδή τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία είναι πολλές φορές ελλιπή, σποραδικά ή ανέκδοτα. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στο ότι: α) δεν υπάρχει κοινή μεθοδολογία στη συλλογή στατιστικών στοιχείων και δεδομένων β) οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας συνήθως δεν δημοσιοποιούν στοιχεία, τα οποία γενικώς θεωρούνται εμπιστευτικά (Helble, 2011:68). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού δηλώνει ότι δεν διαθέτει ακόμα επίσημα στοιχεία, επειδή η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο (Παπαδημόπουλος & Χριστοδούλου, 2007:13).

Συνήθως, λοιπόν, τα οικονομικά μεγέθη για τον ιατρικό τουρισμό αποτελούν περισσότερο εκτιμήσεις και προβλέψεις και όχι ακριβή στατιστικά στοιχεία. Βάσιμα, λοιπόν, επισημαίνεται, ότι παρατηρείται διεθνώς μια τάση εξωραϊσμού και υπερδιόγκωσης του φαινομένου, η οποία συνοδεύεται συχνά από δημοσιογραφικές υπερβολές, εφόσον δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία που να καταγράφουν τις μετακινήσεις με σκοπό την υγεία (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014). Έτσι, πολλές φορές «ο ιατρικός τουρισμός εμφανίζεται να είναι υπερβολικά διογκωμένος, λόγω απουσίας ενός κοινά αποδεκτού εννοιολογικού προσδιορισμού, λόγω διαφορετικής επιστημονικής προσέγγισης και λόγω της εμπλοκής του οικονομικού-στατιστικού παράγοντα». Επιπλέον, διατυπώνεται η άποψη πως

πολλοί πάροχοι και προορισμοί ιατρικού τουρισμού συστηματικά «φουσκώνουν» τους αριθμούς των ασθενών που δέχονται για ευνόητους λόγους -στατιστικούς-οικονομικούς- (Κωνσταντινίδης, χ.χ.), γι' αυτό και γίνεται λόγος για «εικονική μεγέθυνση» (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2014) του φαινομένου με στόχο τη δημιουργία εντυπώσεων.

Παράλληλα, ωστόσο, αποτελεί γενική παραδοχή το γεγονός ότι διανύουμε μια περίοδο έντονης προβολής, αυξάνοντας δημοτικότητα και ακμή του ιατρικού τουρισμού. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο παγκόσμιος κύκλος εργασιών της βιομηχανίας του ιατρικού τουρισμού υπολογίζεται γύρω στα US\$60 δισεκατομμύρια με ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης σε ποσοστό 20% - 35% (Keckley & Underwood, 2008, Horowitz, 2008).

### **3.3. Χώρες προέλευσης & χώρες προορισμού**

Ως χώρα προέλευσης ή αναχώρησης (*departure countries*) στον χώρο του ιατρικού τουρισμού ορίζεται ο μόνιμος τόπος διαμονής ενός ιατρικού τουρίστα, δηλαδή η πατρίδα του, ενώ ως χώρα προορισμού ή υποδοχής η χώρα, στην οποία ο ιατρικός τουρίστας ταξιδεύει, για να υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία.

Σε ό,τι αφορά στις χώρες προέλευσης, τη μεγαλύτερη πηγή ιατρικών τουριστών παγκοσμίως αποτελούν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς και η Αυστραλία για λόγους που ήδη αναφέρθηκαν. Μια ταχύτατα αναπτυσσόμενη ομάδα ιατρικών τουριστών προέρχεται από τις χώρες της Μέσης Ανατολής (Σαουδική Αραβία, Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα) αλλά και από την Κίνα και την Ιαπωνία (Connell, 2006).

Η παγκόσμια αγορά του ιατρικού τουρισμού, όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι στιγμής, παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον. Οι ιατρικοί τουρίστες αναζητούν οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη σε μια έγκαιρη χρονική στιγμή σε μια ποικιλία χωρών προορισμού παροχής. Αυτή η διακρατική ή ενδοκοινοτική για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κινητικότητα των πολιτών από τις χώρες προέλευσης στις χώρες προορισμού (*destination countries*) είναι αξιοπρόσεκτη, γιατί αποτυπώνει όχι μόνο τις τρέχουσες τάσεις της αγοράς του ιατρικού τουρισμού, αλλά αποτελεί και δείκτη μελλοντικών τάσεων της αγοράς.



Το μεγαλύτερο μερίδιο της παγκόσμιας αγοράς του ιατρικού τουρισμού διατηρεί η Νοτιοανατολική Ασία, με δηλωμένη την πρόθεσή της να το αυξήσει και να το επεκτείνει. Χώρες, όπως η Ινδία, η Ταϊλάνδη, η Σιγκαπούρη, η Μαλαισία, οι Φιλιππίνες και η Νότια Κορέα πρωτοστατούν στον χώρο του ιατρικού τουρισμού. Οι χώρες αυτές υποδέχονται περίπου 1.3 εκατομμύριο ιατρικούς τουρίστες κάθε χρόνο (Yang, 2013, Chew & Norzilawati, 2007)<sup>20</sup>. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας άρχισαν να δραστηριοποιούνται πιο ενεργά στον τομέα του ιατρικού τουρισμού μετά την ασιατική οικονομική κρίση του 1997 (Hadi, 2009). Στην τάση αυτή συνεπικουρεί και το αυξανόμενο ενδιαφέρον των δυτικών τα τελευταία έτη για την εναλλακτική ιατρική (όπως η ινδική Αγιουρβέδα, η παραδοσιακή κινεζική ιατρική, η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, η ισλαμική ιατρική κ.ά.), την ολιστική προσέγγιση και την ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενή (Chanda, 2002). Η σύγκλιση της Δυτικής με την Ανατολική Ιατρική είναι η τελευταία προσέγγιση στα σύγχρονα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης και όταν μια χώρα μπορεί να συνδυάσει τη σύγχρονη ιατρική υψηλής τεχνολογίας με τις παραδοσιακές θεραπευτικές μεθόδους αφενός στοχεύει σε μεγαλύτερο τμήμα της αγοράς και αφετέρου απολαμβάνει όλα τα πλεονεκτήματα που προσφέρει μια εξειδικευμένη αγορά (*niche market*).

Αναλυτικότερα:

Η **Ταϊλάνδη** θεωρείται πρωτοπόρος στον τομέα του ιατρικού τουρισμού. Αποτελεί σημείο προορισμού για επεμβάσεις πλαστικής και αισθητικής χειρουργικής ήδη από τη δεκαετία του '70, όταν πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά επεμβάσεις αλλαγής φύλου (Bookman & Bookman, 2007:59, Connell, 2006:1095). Στην Ταϊλάνδη λειτουργούν περίπου τριακόσια ιδιωτικά νοσοκομεία. Σαράντα τρεις οργανισμοί υγείας διαθέτουν διεθνή διαπίστευση από την *Joint Commission International*. Το επιφανές Διεθνές Νοσοκομείο *Bumrungrad* στην πρωτεύουσα Μπανγκόκ είναι το μεγαλύτερο ιδιωτικό νοσοκομείο στη Νοτιοανατολική Ασία, το οποίο διαθέτει παγκόσμιας κλάσης εγκαταστάσεις ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για ένα σύγχρονο υβρίδιο νοσοκομείου και (πεντάστερου) ξενοδοχείου (*hotel-hospital*) (Cohen, 2008:29). Συγκαταλέγεται ανάμεσα στα πρώτα νοσοκομεία που διέθεσαν πληροφορίες για το κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών τους σε «πραγματικό χρόνο»

---

<sup>20</sup> Οι χώρες αυτές αναμένεται να υποδεχτούν 10 εκατομμύρια ιατρικούς τουρίστες μέχρι το 2015 σύμφωνα με την έκθεση *Asia Medical Tourism Analysis and Forecast to 2015* της Renub Research. Διαθέσιμο από: <http://www.renub.com/asia-medical-tourism-analysis-and-forecast-to-2015-178-p.php>

(Woodman, 2012). Η Ταϊλάνδη αναγνωρίζεται διεθνώς ως η «Μέκκα» του σύγχρονου ιατρικού τουρισμού. Το διεθνές *brand-name* της χώρας στην πετυχημένη διαφημιστική καμπάνια της για τον ιατρικό τουρισμό, ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '90, είναι *Amazing Thailand*, δηλ. «Εκπληκτική Ταϊλάνδη» (Cohen, 2008:28).

Από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 έχει δρομολογηθεί μια μεταφορά οικονομικής δραστηριότητας στον τομέα του ιατρικού τουρισμού στην **Ινδία**, η οποία μπορεί να συγκριθεί με το κύμα μετεγκατάστασης των τηλεφωνικών κέντρων εξυπηρέτησης πελατείας (*The Economist*, 2011). Το 2002 η κυκλοφορία της μελέτης της εταιρείας *CII-McKinsey* για το υγειονομικό σύστημα της Ινδίας και το λανσάρισμα της διαφημιστικής καμπάνιας με τον τίτλο «Απίστευτη Ινδία» (*Incredible India*) σηματοδότησαν τη συντονισμένη προσπάθεια της χώρας για την προώθηση του ιατρικού τουρισμού στο εξωτερικό (Gluck, 2008:464, Reddy & Qadeer, 2010:73). Ως ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της Ινδίας προβάλλονται το χαμηλό κόστος (από δέκα έως δεκαπέντε φορές φθηνότερο σε σύγκριση με άλλες χώρες), η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών και η εξαιρετική διεθνής φήμη των γιατρών της, πολλοί εκ των οποίων έχουν σπουδάσει σε δυτικά πανεπιστήμια (Gupta & Das, 2012). Στα θετικά της προσμετράται ακόμη η χρήση της αγγλικής γλώσσας, η οποία (ως πρώην βρετανική αποικία) είναι ευρέως διαδεδομένη (Connell, 2008:236). Είκοσι δύο οργανισμοί υγείας είναι διαπιστευμένοι από την *Joint Commission International*. Τα νοσοκομεία με την επωνυμία *Apollo Indraprastha* είναι ο μεγαλύτερος όμιλος υγείας στην Ινδία, ο πρώτος που προσέφερε ιατρικές υπηρεσίες δυτικού τύπου και απέκτησε τη διαπίστευση της *Joint Commission International*, λειτουργώντας ως πόλος έλξης για τους διεθνείς ασθενείς (Woodman, 2012). Σύμφωνα με το Υπουργείο Εμπορίου και Βιομηχανίας της χώρας ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού της Ινδίας υπολογίζεται στο 30% (Guojing & Zhijun, 2013:68)!

Εξαιρετικά δημοφιλής χώρα προορισμού για τους ιατρικούς τουρίστες είναι η «μοναδική» **Σιγκαπούρη** (*Uniquely Singapore*). Επίσης πρώην βρετανική αποικία, διαθέτει μοντέρνα και υψηλής ποιότητας νοσοκομεία (τρία νοσοκομεία διαπιστευμένα από την *Joint Commission International* (JCI). Τα αγγλικά είναι επίσης μια ευρέως ομιλούμενη γλώσσα, γεγονός που διευκολύνει την επικοινωνία και τις συναλλαγές με τους τουρίστες. Οι τιμές είναι υψηλότερες συγκριτικά με την Ταϊλάνδη ή την Ινδία αλλά πολύ χαμηλότερες από ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες (Herrick, 2007). Το 2000 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κατέταξε το σύστημα υγείας της χώρας στην έκτη θέση στον κόσμο και στην πρώτη στην Ασία.

Η **Μαλαισία**, σύμφωνα με το «Μαλαισιανό Συμβούλιο για Ταξίδια Υγείας» (*Malaysia Healthcare Travel Council*), ειδικεύεται στη θεραπεία του καρκίνου και τη διαχείριση πόνου, στην καρδιολογία/καρδιοχειρουργική, στις θεραπείες γονιμότητας, στην ορθοπαιδική και ιατρική αποκατάσταση, στην αισθητική χειρουργική και στην εναλλακτική ιατρική. Οι δεκατρείς διαπιστευμένοι ιατρικοί οργανισμοί από την *Joint Commission International* αποτελούν πόλο έλξης για τους ιατρικούς τουρίστες. Επιπλέον, η χώρα έχει κερδίσει την αποδοχή του αραβικού κόσμου και των ισλαμικών χωρών, καθώς από την αρχή δράσης της επικεντρώθηκε στην αγορά της Μέσης Ανατολής, τονίζοντας τα «ισλαμικά διαπιστευτήριά» της σε θέματα λ.χ. διατροφής και ισλαμικής ιατρικής πρακτικής (Connell, 2006:1096, Bookman & Bookman, 2007:58).

Η **Νότια Κορέα** συγκαταλέγεται στους νέους ανερχόμενους προορισμούς για ιατρικό τουρισμό. Προσελκύει ασθενείς για επεμβάσεις οδοντιατρικής, πλαστικής και κοσμητικής χειρουργικής από χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Κίνα και η Ιαπωνία (Guojinga & Zhijun, 2013:68). Τον Δεκέμβριο του 2009 η κυβέρνηση της χώρας λανσάρισε την «Ιατρική Κορέα» (*Medical Korea*) ως σήμα κατατεθέν του ιατρικού της τουρισμού. Το Ινστιτούτο για την Ανάπτυξη της Βιομηχανίας Υγείας (*Korea Health Industry Development Institute* (KHIDI)) έχει αναλάβει ηγετικό ρόλο για την παγίωση της θέσης της χώρας στη διεθνή ιατρική κοινότητα (Carter, 2010, Yang, 2010, Lunt et al., 2011).

Οι **Φιλιππίνες** έχουν ροή επισκεπτών, κυρίως, για οδοντιατρική χειρουργική από την Αυστραλία (Vequist IV & Valdez, 2008).

Στον τομέα του ιατρικού τουρισμού δραστηριοποιείται έντονα τα τελευταία χρόνια και η **Ταϊβάν**. Η κύρια αγορά της προέρχεται κυρίως από την Κίνα αλλά και από τη Μαλαισία, το Βιετνάμ, τις Φιλιππίνες και την Αφρική. Ως βασικό ανταγωνιστικό της πλεονέκτημα προβάλλεται ότι συνδυάζει την παραδοσιακή ασιατική ιατρική με δυτικές προσεγγίσεις, δηλαδή μπορεί κάποιος εκτός από τις συνήθεις ιατρικές διαδικασίες να κάνει και ύπνωση, διαλογισμό, ανάλυση *stress*, θεραπεία μέσω της τέχνης ή της μουσικής, για να ενδυναμώσει όχι μόνο τη φυσική αλλά και την ψυχική και συναισθηματική του κατάσταση (Zhuravleva, 2014).

Έντονο ενδιαφέρον για τον τομέα του ιατρικού τουρισμού αρχίζει να εκδηλώνει και η **Κίνα**, η οποία επιδιώκει την ενεργό συμμετοχή της, αξιοποιώντας το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής (*Traditional Chinese Medicine (TCM)*) (Guojing & Zhijun, 2013).

Στον χώρο της Μέσης Ανατολής δραστηριοποιούνται οι ακόλουθες χώρες:

Η **Ιορδανία** από το 2004 παρουσιάζει μια ετήσια σταθερή αύξηση 10% στον εισερχόμενο ιατρικό τουρισμό της (Guojing & Zhijun, 2013:69). Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας λειτουργούν συνολικά εξήντα ένα ιδιωτικά νοσοκομεία, αριθμός διπλάσιος σε σχέση με τα δημόσια.

Το **Ισραήλ** έχει ηγετική θέση στον ιατρικό τουρισμό της Μέσης Ανατολής (Connell, 2008:235). Ειδικεύεται σε επεμβάσεις ορθοπαιδικής, ογκολογίας, καρδιολογίας, βριατρικής και κοσμητικής. Το 48% των εισερχόμενων ιατρικών τουριστών στη χώρα προέρχεται από τη Ρωσία και την Ανατολική Ευρώπη. Η κοστολόγηση των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών είναι περίπου 65% φθηνότερη σε σύγκριση με τις ΗΠΑ (Steiner, 2009).

Σημαντικό μερίδιο της αγοράς πρωτίστως του αραβικού ιατρικού τουρισμού διεκδικεί και το **Ντουμπάι**, γι' αυτό και αναβαθμίζει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του (Connell, 2006, 2008). Το *Dubai Healthcare City (DHCC)*, μια ολόκληρη πόλη αφιερωμένη στην υγεία, η οποία λειτουργεί και ως ελεύθερη ζώνη, αποτελεί την υλοποίηση ενός ιδιαίτερα φιλόδοξου σχεδίου για την προώθηση του ιατρικού τουρισμού στη χώρα. Το *Dubai Healthcare City* επιδιώκει να καταστεί ο πιο αναγνωρισμένος διεθνής προορισμός για εξειδικευμένη και υψηλής ποιότητας υγειονομική φροντίδα. Στα πλαίσια αυτά έχει συνάψει αξιόλογες διεθνείς συνεργασίες, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται το Πανεπιστήμιο του *Harvard*, η γνωστή αμερικανική Κλινική *Mayo*, το Ιατρικό Κέντρο *Dr. Sulaiman al-Habib* στη Σαουδική Αραβία, η βιο-φαρμακευτική εταιρεία *AstraZeneca* και η φαρμακευτική εταιρεία *Novo Nordisk*, η αμερικανική πολυεθνική εταιρεία *Johnson & Johnson* (Bookman & Bookman, 2007:84).

Στην αμερικανική ήπειρο:

Οι **Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής** έχουν μία ισχυρή παράδοση στον ιατρικό τουρισμό, ως χώρα-πάροχος εξειδικευμένων και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, με έμφαση στην ιατρική καινοτομία. Η θέση τους, ωστόσο, κλονίστηκε σημαντικά μετά τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11<sup>ης</sup> Σεπτεμβρίου 2001 (πρόσκομμα αποτελεί, για παράδειγμα, η απόκτηση βίζας για είσοδο στη χώρα) (Cohen, 2008:26, Ehrbeck et al., 2008:8).

Στην Κεντρική και Νότια Αμερική τα ηνία κρατούν το Μεξικό, η Κόστα Ρίκα, η Γουατεμάλα, το Ελ Σαλβαδόρ, η Κολομβία, το Εκουαδόρ, η Χιλή, η Βραζιλία και η Αργεντινή. Το **Μεξικό** αναδεικνύεται σε σύγχρονο «νοσηλεύτήριο» των ΗΠΑ με τους Αμερικανούς ασθενείς να επιλέγουν, κυρίως, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και οδοντιατρικής περίθαλψης αλλά και βαριατρικής χειρουργικής (Herrick, 2007, Connell, 2008, Torres-Villalobos, 2010). Η **Κόστα Ρίκα** έχει κερδίσει το ενδιαφέρον και την αξιοπιστία των καταναλωτών υγείας από τη Βόρεια Αμερική, την Ισπανία και τη Γερμανία σε υπηρεσίες κοσμητικής, οδοντιατρικής, ορθοπεδικής και βαριατρικής χειρουργικής (Stephano, 2008b, Warf, 2010). Η **Γουατεμάλα** προσφέρει πολύ ανταγωνιστικές τιμές για ιατρικές επεμβάσεις και προσδοκεί σε μια πιο οργανωμένη ανάπτυξη του τομέα με την υποστήριξη της κυβέρνησης μέσα στα επόμενα χρόνια (Stephano, 2008b, Johnson, 2009). Το **Ελ Σαλβαδόρ** είναι ηγετική δύναμη στον οδοντιατρικό τουρισμό της Λατινικής Αμερικής (Lorenzana, 2010). Το **Εκουαδόρ** προτιμούν πολλοί συνταξιούχοι από τις ΗΠΑ για τις ανταγωνιστικές του τιμές όχι μόνο στις ιατρικές επεμβάσεις (στο 1/10 του κόστους σε σχέση με την πατρίδα τους) αλλά και για τη φθηνή αγορά φαρμακευτικών προϊόντων (Find Health in Ecuador and much more, 2014). Η **Βραζιλία** και η **Αργεντινή**, παραδοσιακές δυνάμεις στον χώρο της πλαστικής και αισθητικής χειρουργικής (Herrick, 2007, Edmonds, 2011, Viladrich & Baron-Faust, 2014), φιλοδοξούν να επεκταθούν στους τομείς της καρδιοχειρουργικής, της ογκολογίας, της γυναικολογίας, της οφθαλμολογίας και της ουρολογίας (Fonseca, 2011). Και οι χώρες αυτές απευθύνονται, κυρίως, στην αμερικανική αγορά.

Μια ενδιαφέρουσα, ιδιαίζουσα και μοναδική περίπτωση ιατρικού τουρισμού αποτελεί η **Κούβα**. Συγκαταλέγεται στους βασικούς προορισμούς ιατρικού τουρισμού ήδη από τη δεκαετία του '90. Ως χώρα με υψηλό προσδόκιμο ζωής, προσφέρει οικονομικές και ποιοτικές

υπηρεσίες υγείας (παρά το χρόνιο αμερικανικό, εμπορικό και οικονομικό, εμπάργκο, ήδη από τη δεκαετία του '60), ενώ η κυβερνητική πολιτική παραδόξως στηρίζει και προωθεί τον ιατρικό τουρισμό (Bookman & Bookman, 2007:73). Η Κούβα αποτελεί μοναδική περίπτωση χώρας, όπου ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί κρατικό μονοπώλιο, καθώς αφορά αποκλειστικά στο δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας (Goodrich, 1993, Bookman & Bookman, 2007:75).

Στην αφρικανική ήπειρο ενεργό ενδιαφέρον για τον ιατρικό τουρισμό επιδεικνύει σχεδόν αποκλειστικά η **Νότια Αφρική**, η οποία δραστηριοποιείται, κυρίως, σε επεμβάσεις πλαστικής, οδοντιατρικής, οφθαλμολογικής και ορθοπεδικής χειρουργικής (Nicolaidis, 2011). Η ιδιωτική εταιρεία *Surgeon & Safari: Privacy in Paradise*, για παράδειγμα, προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών (διαμονή, επέμβαση, ανάρρωση και αφρικανικό σαφάρι!), δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο πλεονέκτημα της προστασίας της ιδιωτικότητας των ασθενών της και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών τους δεδομένων (Mazzaschi, 2011, Franzblau & Chung, 2013:3).

Στην ευρωπαϊκή ήπειρο παραδοσιακές κυρίαρχες δυνάμεις στον τομέα του ιατρικού τουρισμού θεωρούνται το **Ηνωμένο Βασίλειο**, η **Γαλλία**, η **Ιταλία**, η **Σουηδία**, η **Γερμανία** και η **Ελβετία**. Οι χώρες αυτές, ωστόσο, δεν μπορούν να ανταγωνιστούν εύκολα τις νέες ανερχόμενες δυνάμεις στον χώρο του ιατρικού τουρισμού και να αποκαταστήσουν την «παλιά τάξη πραγμάτων», αφού η τάση είναι αντίστροφη αυτή τη φορά (Connell, 2006: 1095). Βασικό μειονέκτημα, που λειτουργεί αποτρεπτικά για τους υποψήφιους χρήστες υπηρεσιών υγείας, είναι το υψηλό κόστος παροχής των υπηρεσιών αυτών. Επιπλέον, επειδή έχουν καθιερωθεί στη συνείδηση των καταναλωτών υγείας ως προορισμός για την εύρεση ποιοτικών και καινοτόμων ιατρικών υπηρεσιών, δεν επενδύουν τη δεδομένη χρονική στιγμή στην προώθηση και προβολή του ιατρικού τουρισμού τους. Οι αναδυόμενες δυνάμεις στον χώρο του ευρωπαϊκού ιατρικού τουρισμού είναι το Βέλγιο, η Τσεχία, η Ουγγαρία, η Πολωνία, η Λετονία, η Λιθουανία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ελλάδα, η Κύπρος και η Τουρκία.

Το **Βέλγιο**, στην «καρδιά της Ευρώπης», διακρίνεται για τις υπηρεσίες του στην οδοντιατρική και είναι ιδιαίτερα δημοφιλής προορισμός για τη βρετανική αγορά.

Η **Τσεχία** και η **Ουγγαρία** προσελκύουν για τις οικονομικές τιμές τους, την ποιότητα των υπηρεσιών και την εύκολη πρόσβαση ασθενείς, κυρίως, από τις γερμανόφωνες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης αλλά και από τις σκανδιναβικές χώρες. Το ίδιο ισχύει για την **Πολωνία**, τη **Λετονία** και τη **Λιθουανία**. Ιδιαίτερα δημοφιλής σε όλες τις προαναφερόμενες χώρες είναι η οδοντιατρική χειρουργική (Connell, 2008:235, Lunt et al., 2011).

Στην Ιβηρική Χερσόνησο η **Ισπανία** διαθέτει περισσότερα από 750 νοσοκομεία, ένα εκατομμύριο κλίνες και 450.000 ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας βρίσκεται στην έβδομη θέση (ΙΚΠΙ, 2012). Στην Ισπανία λειτουργούν ακόμη πολλά σύγχρονα κέντρα αιμοκάθαρσης. Στο θέμα του ιατρικού τουρισμού στοχεύει, κυρίως, στη γερμανική αγορά (Healthcare Consulting, 2009), με την πόλη της Βαρκελώνης να κρατάει τα ηνία της ανάπτυξης. Για την κυβέρνηση της **Πορτογαλίας** ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα. Για τον λόγο αυτό συνέστησε μία πολυτομεακή ειδική ομάδα, που συνεργάζεται με τα υπουργεία υγείας και οικονομίας, καθώς και με τον ιδιωτικό τομέα, για να διαμορφώσει τα κύρια κανάλια και τους κανόνες για τη βιομηχανία του ιατρικού τουρισμού, εστιάζοντας σε διαφοροποιημένες θεραπείες, στις οποίες η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η αποκατάσταση, η οφθαλμολογία και η ορθοπεδική είναι ορισμένοι μόνο από τους τομείς προτεραιότητας. Οκτώ νοσοκομεία της χώρας είναι ήδη διαπιστευμένα από την *Joint Commission International* (Vicente, 2014).

Για την **Ελλάδα**, αν και θα γίνει αναλυτική αναφορά στη συνέχεια, περιοριζόμαστε να πούμε ότι αυτή τη στιγμή συγκαταλέγεται στις νεοεισερχόμενες δυνάμεις στην αγορά του ιατρικού τουρισμού, με προβλέψεις για ανοδική ανάπτυξη μέσα στα επόμενα χρόνια, κυρίως, λόγω του έχει κερδίσει το ενδιαφέρον όχι μόνο των εμπλεκόμενων φορέων στους τομείς του τουρισμού και της υγείας αλλά και των Υπουργείων Υγείας και Τουρισμού. Στην παρουσίασή του για την Ελλάδα το δημοφιλές περιοδικό για τον ιατρικό τουρισμό, *Medical Tourism Magazine* (2009), φέρει τον πολλά υποσχόμενο τίτλο *A Future Olympus of Health and Medical Tourism* που θα μπορούσε να αποδοθεί στα ελληνικά ως «Ο Όλυμπος του μέλλοντος στον Τουρισμό Υγείας και στον Ιατρικό Τουρισμό»<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Το άρθρο, που είναι αφιερωμένο στον τουρισμό υγείας και στον ιατρικό τουρισμό στην Ευρώπη, ξεκινά με μία ακόμη ελληνική αναφορά στο Ασκληπιείο της Επιδαύρου.

Σε πρώιμο στάδιο βρίσκεται ακόμη η δραστηριοποίηση της **Κύπρου** στον τομέα του ιατρικού τουρισμού. Προσανατολίζεται πρωτίστως στη βρετανική αγορά και δευτερευόντως στη ρωσική (Healthcare Consulting, 2009).

Αν και νεοεισερχόμενη χώρα στον τομέα του ιατρικού τουρισμού η **Τουρκία**, πραγματοποίησε μια ιδιαίτερα δυναμική είσοδο με μεγάλες ιδιωτικές επενδύσεις και έντονη κρατική υποστήριξη (με τη μορφή φοροαπαλλαγών και επιδοτήσεων), κερδίζοντας ένα σημαντικό μερίδιο της αμερικανικής και γερμανικής αγοράς (Stephano, 2013a).



**Εικόνα 3.1:** Διαφήμιση για τον ιατρικό τουρισμό

Πηγή: *Medical Tourism Magazine*, September/October 2009, 12:125.

Ανακεφαλαιώνοντας τα κύρια σημεία, μπορούν να γίνουν οι εξής τελικές επισημάνσεις:

Σε ό,τι αφορά στη γεωγραφική κατανομή του ιατρικού τουρισμού στον κόσμο, οι περιοχές που συμμετέχουν ενεργά στον τομέα αυτό περιλαμβάνουν χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας (Ινδία, Μαλαισία, Ταϊλάνδη, Σιγκαπούρη), της Μέσης Ανατολής (Ιορδανία, Ισραήλ, Ντουμπάι), της Ανατολικής Ευρώπης (Τσεχία, Ουγγαρία, Πολωνία), της Μεσογείου



(Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα, Κύπρος), της Αφρικής (Νότια Αφρική, Τυνησία), της Νότιας και Κεντρικής Αμερικής (Βραζιλία, Αργεντινή, Μεξικό, Κόστα Ρίκα, Κολομβία, Κούβα) (Carrera & Lunt, 2010, Mohamad et al., 2012).

**Πίνακας 3.1:** Ιατρικός τουρισμός - Χώρες προορισμού ανά ήπειρο (με αλφαβητική σειρά)

ΑΣΙΑ	ΑΦΡΙΚΗ	ΕΥΡΩΠΗ	ΑΜΕΡΙΚΗ
Ινδία Ιορδανία Ισραήλ Κίνα Μαλαισία Νότια Κορέα Ντουμπάι Σιγκαπούρη Ταϊβάν Τουρκία Φιλιππίνες	Νότια Αφρική Τυνησία	Βέλγιο Γερμανία Ελλάδα Ιταλία Ισπανία Κύπρος Λετονία Λιθουανία Μάλτα Ουγγαρία Πολωνία Πορτογαλία Ρουμανία Τσεχία	Αργεντινή Βραζιλία Γουατεμάλα Εκουαδόρ Ελ Σαλβαδόρ Ηνωμένες Πολιτείες Καναδάς Κολομβία Κόστα Ρίκα Μεξικό Χιλή
			<b>ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ</b>
			Αυστραλία Κούβα Μπαρμπάντος Μπαχάμες

Συνολικά στον τομέα του ιατρικού τουρισμού δραστηριοποιούνται μέχρι στιγμής, λιγότερο ή περισσότερο ενεργά, περισσότερες από εκατό χώρες στον κόσμο. Επιπλέον, περισσότερες από πενήντα χώρες έχουν αναγνωρίσει τον ιατρικό τουρισμό ως εθνική βιομηχανία, εκδηλώνουν έμπρακτα το ενδιαφέρον τους και στηρίζουν με οργανωμένες πρωτοβουλίες και συντονισμένες προσπάθειες τον κλάδο αυτό. Για χώρες, όπως η Ταϊλάνδη, η Ινδία, η Σιγκαπούρη και η Μαλαισία ο ιατρικός τουρισμός έχει αναδειχθεί σε ζήτημα εθνικής προτεραιότητας και απολαμβάνει της κρατικής υποστήριξης (Keckley & Underwood, 2008:6, Lunt et al., 2011).

Στην Ευρώπη κύριος πόλος έλξης για τους προερχόμενους από τις βιομηχανικές χώρες παρόχους (για το μεγαλύτερο μέρος της Δυτικής Ευρώπης) είναι η υψηλή τεχνολογία και η υψηλή ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη το κύριο σημείο πώλησης των παρόχων από τις αναδυόμενες οικονομίες (μεταξύ των νέων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής

Ένωσης) είναι η τεχνολογία και η ποιότητα της περίθαλψης σε χαμηλότερο κόστος (Carrera & Bridges, 2006b).

Είναι πραγματικά εντυπωσιακή η προσπάθεια των αναπτυσσόμενων χωρών της Ασίας αλλά και της Λατινικής Αμερικής να άρουν προκαταλήψεις και στερεότυπα δεκαετιών για τις χώρες του λεγόμενου «τρίτου κόσμου» (Turner, 2007). Σε ό,τι αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επισημαίνεται πολύ συχνά ότι η διαφορά ανάμεσα στις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται στις προηγμένες δυτικές χώρες και στις πρώην ανατολικές ή στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πλέον ελάχιστη έως ασήμαντη. Η αλλαγή αυτή οφείλεται σε διάφορους λόγους. Τα νοσοκομεία, ιδιωτικά στην πλειοψηφία τους, επεδίωξαν και πέτυχαν τον εκσυγχρονισμό των υποδομών υγείας τους και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και υιοθέτησαν υψηλά πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να πληρούν τις διεθνείς προδιαγραφές. Πολύ συχνά οι γιατροί και το προσωπικό τους έχουν εκπαιδευτεί ή μετεκπαιδευτεί σε δυτικά πανεπιστήμια. Επιπλέον, έχουν εργαστεί σε δυτικά νοσοκομεία και γι' αυτό διαθέτουν προσωπική εμπειρία ενός διεθνούς εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό συνεπάγεται ότι τόσο οι γλωσσικές όσο και οι πολιτιστικές τους δεξιότητες είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένες· πρόκειται για ένα αγγλόφωνο ή ακόμη και πολύγλωσσο προσωπικό, εξοικειωμένο με τη δυτική κουλτούρα. Οι ελκυστικές συνθήκες εργασίας που είναι σε θέση να προσφέρουν πλέον τα ιδιωτικά νοσοκομεία των χωρών καταγωγής τους είναι το βασικό κίνητρο για την επιστροφή τους σε αυτές –εκτός από διάφορους προσωπικούς λόγους. Η «διαρροή εγκεφάλων» λειτουργεί αντίστροφα αυτή τη φορά και συμβάλλει στη στελέχωση των νοσοκομείων αυτών με ανθρώπους που συνήθως διαθέτουν άριστα προσόντα. Κατά συνέπεια, η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κρίνεται ισάξια με τα νοσοκομεία στις ανεπτυγμένες χώρες (Lee & Spisto, 2007).

Σημαντικές είναι ακόμη οι διαπιστώσεις ότι: α) μία χώρα μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα υποδοχής και χώρα προέλευσης β) σύμφωνα με την υφιστάμενη παγκόσμια κατάσταση δεν υπάρχει χώρα που να έχει το μονοπώλιο στην παγκόσμια αγορά του ιατρικού τουρισμού γ) ο διεθνής ανταγωνισμός συνεχώς εντείνεται δ) νέες δυνάμεις αναδύονται συνεχώς, διεκδικώντας μερίδιο της παγκόσμιας αγοράς υγείας ε) ο κλάδος που νέμεται τη μερίδα του λέοντος στην παρούσα φάση είναι αυτός της πλαστικής και αισθητικής χειρουργικής και στ) ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί υπόθεση του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Ο διεθνής οργανισμός «Ένωση Ιατρικού Τουρισμού» (*Medical Tourism Association* (MTA)<sup>22</sup>) έχει εκδώσει εξειδικευμένους «Οδηγούς Προορισμού» για τον Ιατρικό Τουρισμό (*Medical Tourism Destination Guides*), οι οποίοι εστιάζουν αποκλειστικά σε έναν ιατρικό προορισμό, χώρα ή πόλη και παρέχουν λεπτομερείς πληροφορίες για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και την υγειονομική υποδομή του. Κάθε οδηγός περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με νοσοκομεία, κλινικές, ιαματικά λουτρά/spas, κέντρα ευεξίας, ξενοδοχεία και ταξιδιωτικούς πράκτορες.

Σύμφωνα με την επικρατούσα τάση στον χώρο του ιατρικού τουρισμού, όλες οι προαναφερόμενες χώρες προμοτάρουν τις φυσικές ομορφιές της πατρίδας τους και τα τουριστικά τους αξιοθέατα εξίσου με τις υψηλού επιπέδου και σε προνομιακές τιμές προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Ο τουρισμός είναι αναπόσπαστο μέρος του ιατρικού τουρισμού (Connell, 2006:1098). Σαφάρι και εκδρομές σε θεματικά πάρκα στη Νότια Αφρική, νυχτερινή ζωή στην Αβάνα, τουριστικά αξιοθέατα στη Βαρκελώνη, επίσκεψη στο μνημείο *Taj Mahal* στην Ινδία είναι ορισμένες μόνο από τις διαφημιζόμενες δελεαστικές προσφορές. Το ηφαίστειο *Poás* στην «εξωτική» Κόστα Ρίκα, με τον δεύτερο μεγαλύτερο κρατήρα στον κόσμο, παρέχει ακόμη και τη δυνατότητα πρόσβασης με αναπηρικό αμαξίδιο σχεδόν ως την άκρη του κρατήρα (Cook, 2008:51)!

---

<sup>22</sup> Η *Medical Tourism Association* (MTA) ή «Ένωση για τον Ιατρικό Τουρισμό» στην ελληνική της απόδοση, είναι ένας διεθνής μη κερδοσκοπικός οργανισμός για τον Ιατρικό Τουρισμό και την Παγκόσμια Βιομηχανία Υγειονομικής Περίθαλψης (*International Patient Industry*) που συνεργάζεται με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, κυβερνητικούς φορείς, διαμεσολαβητές ιατρικών ταξιδιών, ασφαλιστικές εταιρείες, εργοδότες και άλλες συνδεδεμένες εταιρείες και μέλη, με κοινό στόχο να προωθήσουν το υψηλότερο επίπεδο ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών σε ένα παγκόσμιο περιβάλλον, σύμφωνα με τις αρχές της διαφάνειας στην ποιότητα και την τιμολόγηση, την επικοινωνία και την εκπαίδευση. <http://www.medicaltourismassociation.com>



**Εικόνα 3.2:** Οδηγοί Χωρών Ιατρικού Προορισμού της Ένωσης Ιατρικού Τουρισμού  
Πηγή: Destination Guides - Medical Tourism Association™

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

### 4.1. Οφέλη και Επιπτώσεις

Ο ιατρικός τουρισμός, ως πολυσύνθετο και παγκόσμιο φαινόμενο, εύλογα εγείρει μια ποικιλία από ζητήματα πολιτικής, οικονομικής, κοινωνικής, νομικής και ηθικής φύσης. Ως μια εναλλακτική προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι ούτε ένα θετικό ούτε ένα αρνητικό φαινόμενο από μόνο του αλλά μια διαδικασία σε συνεχή εξέλιξη στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο (Hadi, 2009). Συχνά υπογραμμίζεται ότι ο αντίκτυπος του ιατρικού τουρισμού, τόσο για τις χώρες προέλευσης όσο και για τις χώρες υποδοχής, παραμένει ακόμη μάλλον άγνωστος και ασαφής, λόγω της χρονικά πρόσφατης παρουσίας του και της έλλειψης τεκμηριωμένων δεδομένων (Freyer & Kim, 2014).

Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο αριθμός των ιατρικών ταξιδιωτών παρουσιάζει μια εντυπωσιακή άνοδο τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια σε παγκόσμια κλίμακα, άτομα από διαφορετικούς χώρους και ειδικότητες (οικονομολόγοι, κοινωνιολόγοι, επαγγελματίες υγείας, πολιτικοί κ.ά.) προχωρούν σε μια πρώτη κριτική προσέγγιση και αξιολόγηση του φαινομένου.

Στη συνέχεια, αντιπαραβάλλονται και συνεξετάζονται οι θετικές και αρνητικές συνέπειες του ιατρικού τουρισμού.

#### 4.1.1. Ο ιατρικός τουρισμός ως ευκαιρία αναπτυξιακής πολιτικής

Σύμφωνα με τη θετική θεώρηση του φαινομένου ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί στρατηγική οικονομικής ανάπτυξης και μια σπουδαία ευκαιρία για τοπική αναπτυξιακή πολιτική, ιδίως για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Bookman & Bookman, 2007). Μπορεί να τονώσει τη συνολική οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας ως πηγή ξένου συναλλάγματος και να αποτελέσει πόλο έλξης επενδύσεων σε μια ποικιλία από τομείς, όπως είναι ενδεικτικά ο τουρισμός, οι μεταφορές, η φαρμακοβιομηχανία, οι ξενοδοχειακές επιχειρήσεις, οι προμηθευτές τροφίμων σε νοσοκομεία και εστιατόρια. Επιπλέον, μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία περισσότερων θέσεων εργασίας τόσο στον τομέα της υγείας όσο και του τουρισμού.

Αποτελεί, όμως, πράγματι ο ιατρικός τουρισμός αναπτυξιακή ευκαιρία ή πρόκειται απλώς για μια ευκαιριακή φενάκη; Οι σκεπτικιστές υποστηρίζουν ότι ο ιατρικός τουρισμός δεν αποτελεί βιώσιμη ανάπτυξη αλλά μια ευκαιρία άκρατου πλουτισμού για τους ιδιώτες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και του τουρισμού. Επιπροσθέτως, το συμφέρον της οικονομικής ανάπτυξης, όσο σημαντικό και αν είναι, δεν επιτρέπεται να ξεπερνάει την ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και για δίκαιη κατανομή της χρήσης τους.

#### **4.1.2. Ιατρικός τουρισμός και Εθνικό Σύστημα Υγείας**

Ιδιαίτερες σημαντικές είναι και οι ενστάσεις για τις συνέπειες του ιατρικού τουρισμού στο εθνικό σύστημα υγείας.

Οι επικριτές του θεωρούν τις επιπτώσεις του στις εσωτερικές διαδικασίες των δημοσίων συστημάτων υγείας εξαιρετικά αρνητικές. Εκφράζουν τον φόβο ότι η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού θα σημάνει μακροπρόθεσμα την ολική υποβάθμιση του δημόσιου συστήματος υγείας, η οποία μάλιστα θα έχει αμφίδρομο χαρακτήρα, καθώς θα αφορά τόσο στις χώρες-προέλευσης όσο και στις χώρες-υποδοχής (Helble, 2011).

Το σκεπτικό αυτής της αρνητικής πρόβλεψης βασίζεται στο ότι αυτό που προβάλλεται τώρα ως μια φαινομενικά ακίνδυνη εναλλακτική λύση, μελλοντικά θα σημάνει την περικοπή των κρατικών δαπανών και παροχών στη δημόσια υγεία, με το επιχείρημα πως αποτελεί μια ή την πιο συμφέρουσα οικονομικά επιλογή (σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο), η οποία θα συμβάλει στην επίλυση της οικονομικής βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος (σε μακροπρόθεσμο επίπεδο). Είναι γεγονός πως οι κρατικές επενδύσεις στον ήδη πληττόμενο, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, δημόσιο τομέα υγείας τείνουν να φθίνουν συνεχώς. Αυτή η υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό θα θέσει αναπόφευκτα θέμα βιωσιμότητας για το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αναπόδραστα ο ιατρικός τουρισμός θα απειλήσει τη δομή του εθνικού συστήματος υγείας και θα οδηγήσει σταδιακά στη συρρίκνωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής πολιτικής. Επιπλέον, θα συμπαρασύρει και τη διαρροή εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα υγείας, γεγονός που θα υποβαθμίσει περαιτέρω την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με λίγα λόγια, οι χώρες προέλευσης θα περικόψουν δραστικά τις δαπάνες τους για τη δημόσια υγεία και οι χώρες υποδοχής θα στηρίζουν, κυρίως, την ιδιωτική υγεία. Η εξέλιξη αυτή θα ενισχύει τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες και διακρίσεις, όχι μόνο ως προς το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αλλά και ως προς την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, και θα έχει ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση ενός δυαδικού συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ενός συστήματος δύο ταχυτήτων ή δύο βαθμίδων, με το χάσμα μεταξύ *εχόντων* και *μη εχόντων*, *προνομιούχων* και *μη προνομιούχων* ασθενών να διευρύνεται συνεχώς και τον κίνδυνο για το μέλλον του κράτους πρόνοιας να είναι περισσότερο ορατός από ποτέ.

Την πιο εύγλωττη απόδειξη των ισχυρισμών αυτών αποτελεί ίσως η περίπτωση της Ινδίας. Η Ινδία φημίζεται διεθνώς για τις υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες της και για τις προηγμένες θεραπείες της, γι' αυτό και αποτελεί έναν εξαιρετικά δημοφιλή ιατρικό προορισμό για τον δυτικό κόσμο. Τη στιγμή, όμως, που η ιδιωτική ιατρική τουριστική βιομηχανία ανθεί με τη στήριξη του κράτους (υπό τη μορφή φοροελαφρύνσεων ή φοροαπαλλαγών), ένα μεγάλο ποσοστό του τοπικού πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση ούτε καν στη στοιχειώδη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αφού μόλις το 1% του ΑΕΠ της χώρας διατίθεται για τη δημόσια υγεία, ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παγκοσμίως (Reddy & Qadeer, 2010). Την ίδια στιγμή, η τρέχουσα αγορά του ιατρικού τουρισμού στην Ινδία ανέρχεται στα 700 εκατομμύρια δολάρια. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο συγκεκριμένος κλάδος θα παρουσιάσει ετήσια άνοδο της τάξης του 30% από το 2009 έως το 2015 (Keckley & Underwood, 2008:7) και ο κύκλος εργασιών του, όπως προβλέπει το Εμπορικό και Βιομηχανικό Επιμελητήριο PHD (*Progress-Harmony-Development*), αναμένεται να φτάσει τα έξι δισεκατομμύρια δολάρια έως το 2018<sup>23</sup>. Οι συνέπειες αυτής της ανισόρροπης ανάπτυξης δεν φαίνεται να εκπλήσσουν κανέναν: λιγότερα από τα μισά παιδιά της χώρας δεν είναι σωστά εμβολιασμένα, με αποτέλεσμα η παιδική θνησιμότητα να έχει εκτοξευθεί σε ανησυχητικά υψηλά επίπεδα. Τουλάχιστον ένα εκατομμύριο Ινδοί πεθαίνουν κάθε χρόνο από φυματίωση, η οποία θα μπορούσε να έχει θεραπευθεί ή από διάρροιες, που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Καθώς τα έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν σχεδόν ζήτημα ζωής ή θανάτου, βυθίζουν κάθε χρόνο στην εξαθλίωση περίπου σαράντα εκατομμύρια άτομα (Laxminarayan & Canguly, 2011, Balarajan et al., 2011).

---

<sup>23</sup> *Medical Tourism poised to touch US\$ 6 billion by 2018: PHD Chamber*, 24 Ιουλ. 2014, New Delhi.

Αντίστοιχο παράδειγμα συνιστά και η περίπτωση της Ταϊλάνδης (Pachanee, 2009:15-16, Khan, 2010:5). Τόσο ειδικοί όσο και οικονομολόγοι σε θέματα υγείας επικρίνουν το στρατηγικό σχέδιο της κυβέρνησης, που ξεκίνησε το 2003, με στόχο τη μετατροπή της χώρας σε «ιατρικό κόμβο» παγκόσμιας κλάσης, επειδή στερεί από τους απλούς πολίτες τους ήδη περιορισμένους πόρους των υπηρεσιών υγείας (Treerutkuarkul, 2010).

Τα στοιχεία αυτά συνθέτουν τουλάχιστον μια παράδοξη εικόνα, η οποία προκαλεί προβληματισμό και εγείρει περαιτέρω ηθικά διλήμματα. Οπωσδήποτε βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια ιδιάζουσα κατάσταση, η οποία οφείλεται στην εξής εσφαλμένη και ανορθόδοξη λογική: οι εθνικές κυβερνήσεις επιδοτούν ή συμβάλλουν στη χρηματοδότηση του ιατρικού τουρισμού, με το σκεπτικό ότι αυτές οι επενδύσεις θα αποφέρουν έσοδα, μέρος των οποίων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξάλειψη της φτώχειας. Εύλογα, λοιπόν, τίθεται το ερώτημα: Αντί να επενδύουν σε μια ακριβή και πολυτελή ιατρική και υγειονομική περίθαλψη, δεν θα ήταν προτιμότερο να χρησιμοποιηθούν τα χρήματα των φορολογουμένων για τη βελτίωση του δημόσιου συστήματος υγείας ή για την πλήρωση άλλων βασικών παροχών για τους φτωχούς; Σε τελική ανάλυση δεν είναι οι πλούσιοι ιατρικοί τουρίστες που συμβάλλουν στην άμβλυνση της φτώχειας, αλλά αντιθέτως ένα άνισο και κακό φορολογικό σύστημα στις αναπτυσσόμενες χώρες επιδοτεί τους πλούσιους αλλοδαπούς ασθενείς (Vijay, 2007:39).

Ο αντίλογος προβάλλει το βασικό επιχείρημα ότι ο ιατρικός τουρισμός θα συμβάλει μακροοικονομικά στην οικονομική ανάπτυξη των αναπτυσσόμενων χωρών και στη βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό ισχύει, κυρίως, βέβαια για τις χώρες υποδοχής. Από την άλλη, είναι παράλογο να ενοχοποιείται ο ιδιωτικός τομέας για την αποτυχία της κρατικής γραφειοκρατίας στον τομέα της υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα φτωχά κοινωνικά στρώματα παραμελούνταν ούτως ή άλλως πολύ πριν την άφιξη των ιατρικών τουριστών. Αντιθέτως, ο ιατρικός τουρισμός είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως καταλύτης για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις και τον εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγείας μιας χώρας (Globalisation and health: Importing competition, 2008).



#### 4.1.3. Ιατρικός τουρισμός και εμπορευματοποίηση του αγαθού της υγείας

Υποστηρίζεται ότι ο ιατρικός τουρισμός προωθεί την εμπορευματοποίηση της υγείας, αφού ενισχύει την πρόσληψη του χρήστη υπηρεσιών υγείας ως πελάτη/καταναλωτή, ο οποίος μπορεί να αγοράζει και να καταναλώνει υπηρεσίες υγείας, και μάλιστα σε μια νέα διευρυμένη παγκόσμια αγορά. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί την κατεξοχήν έκφραση της ιδιωτικής κερδοσκοπικής πλευράς του τομέα της υγείας.

Η βασική αντίρρηση όσων εκδηλώνουν τον σκεπτικισμό τους απέναντι στον ιατρικό τουρισμό έγκειται στο ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να ακολουθεί το συμβατικό υπόδειγμα της ελεύθερης αγοράς, καθώς η υγεία ανήκει στα δημόσια αγαθά και αποτελεί βασικό κοινωνικό και ατομικό δικαίωμα. Γι' αυτό και η προστασία της κρίνεται επιβεβλημένη. Επιπλέον, εκτός από την προφανή σκοπιμότητα της υγείας ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, οι οικονομολόγοι έχουν εντοπίσει μια διμερή σχέση μεταξύ της υγείας και της οικονομικής ανάπτυξης. Από τη μία πλευρά η οικονομική ανάπτυξη συμβάλλει στη βελτίωση και στη διατήρηση των προτύπων υγείας μιας χώρας, ενώ από την άλλη η υγεία είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του ανθρώπινου κεφαλαίου. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να διασφαλίζεται η ελεύθερη και ίση πρόσβαση όλων ανεξαιρέτως των πολιτών στην υγεία, καθώς και σε όλα τα δημόσια αγαθά, όπως η παιδεία, η ενέργεια και οι κοινωφελείς υπηρεσίες. Η οικοδόμηση νοσοκομείων υψηλής τεχνολογίας που θα εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνο τις ιατρικές ανάγκες εύπορων ξένων και/ή ντόπιων ασθενών δεν είναι συμβατή με την αρχή της ισότιμης πρόσβασης και της ίσης μεταχείρισης. Αντίθετα, θα συμβάλει στη διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ πλούσιων και φτωχών που προκύπτουν από την παγκοσμιοποίηση και την οικονομική απελευθέρωση του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η αντίληψη, βέβαια, ότι η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ιδιωτικό αγαθό δεν είναι καινούργια. Την πρεσβεύουν, κυρίως, τα φιλελεύθερα και νεοφιλελεύθερα πολιτικά συστήματα διακυβέρνησης, με κυριότερο χαρακτηριστικό παράδειγμα το αμερικανικό μοντέλο. Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή, η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό φέρει τα χαρακτηριστικά ενός οικονομικού αγαθού, ενός εμπορεύσιμου και καταναλωτικού προϊόντος και υπάγεται, όπως όλα τα αγαθά, στους νόμους της αγοράς. Το μοντέλο προσφοράς και ζήτησης μπορεί να βρει

εφαρμογή και στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με το νεοφιλελεύθερο σύνθημα *Run government like business* (Παπαδημητρόπουλος, 2009:6).

Οι σκεπτικιστές προβάλλουν ακόμη το επιχείρημα πως η διεθνής τουριστική βιομηχανία, λόγω της μεγάλης εμπορικής δύναμης που έχει και των συμφερόντων που διακυβεύονται, επιδιώκει να στρέψει τους καταναλωτές σε επιλεγμένες υπηρεσίες και συγκεκριμένες αγορές και να επιβάλει, μέσω των μηχανισμών της, τις χώρες προορισμού. Αυτό έχει ήδη ως αποτέλεσμα να διοχετεύονται οι ιατρικοί τουρίστες σε χώρες-προορισμούς που ελέγχονται από μεγάλης κλίμακας εθνικές και πολυεθνικές εταιρείες, οι οποίες κυριαρχούν στην τουριστική βιομηχανία. Αυτή η συγκέντρωση του ιατρικού τουρισμού σε μεσάζοντες και κανάλια διανομής που καθορίζουν τη ροή της παγκόσμιας τουριστικής ζήτησης, δελεάζοντας τους ασθενείς, χωρίς όμως να έχουν πλήρη επίγνωση του περιβάλλοντος (τεχνικά πρότυπα, πρότυπα ασφάλειας, εγκαταστάσεις) μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα επισφαλής (Buhalis, 1999). Εκτός αυτού, το υπό ανάπτυξη μοντέλο φροντίδας, τύπου ιατρικού τουρισμού, θα οδηγήσει βαθμιαία σε μια τυποποίηση και ομογενοποίηση των υπηρεσιών υγείας του μέλλοντος (Johnston et al., 2010:11).

#### **4.1.4. Brain Drain & Brain Gain**

Το φαινόμενο του *brain drain* («διαρροή εγκεφάλων») δεν είναι καινούργιο στον χώρο της υγείας. Παρατηρείται ήδη από τη δεκαετία του '70, όταν επαγγελματίες υγείας από τις αναπτυσσόμενες χώρες (π.χ. Ινδία, Φιλιππίνες, Κίνα) μετανάστευαν στις ανεπτυγμένες, κυρίως στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, για καλύτερες εργασιακές συνθήκες και ποιότητα ζωής (Jagyasi, 2010a).

Σε μια σύγχρονη εκδοχή του το φαινόμενο αυτό επαναλαμβάνεται, πλήττοντας αυτή τη φορά, κυρίως, τις ανεπτυγμένες χώρες με οικονομική κρίση, όπως είναι την περίοδο που διανύουμε οι χώρες της νότιας Ευρώπης. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, το ποσοστό του διαφυγόντος επιστημονικού προσωπικού στο εξωτερικό, λόγω της παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης, είναι ιδιαίτερα υψηλό στον χώρο των επαγγελματιών υγείας.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η ραγδαία ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού την τελευταία δεκαετία φαίνεται να έχει συμβάλει θετικά στην αντιστροφή του φαινομένου αυτού στις αναπτυσσόμενες χώρες, ώστε να γίνεται πλέον λόγος για *brain gain* («εισροή εγκεφάλων» ή «κέρδος εγκεφάλων»). Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι ο ιατρικός τουρισμός όχι μόνο λειτουργεί ανασταλτικά στη φυγή εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού από τις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά συντελεί και στον επαναπατρισμό του, αφού έχει δημιουργήσει τις κατάλληλες επαγγελματικές συνθήκες για την άσκηση του ιατρικού και παραϊατρικού επαγγέλματος στη χώρα καταγωγής τους, προσφέροντας ελκυστικές επαγγελματικές ευκαιρίες (Arellano, 2007, Turner, 2007:12, Cohen, 2008:32). Το κατά πόσο ο ιατρικός τουρισμός θα μπορούσε να συγκρατήσει και το νέο κύμα μετανάστευσης εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού των ανεπτυγμένων χωρών και να συμβάλει στην ανατροπή του κλίματος αυτού μένει να αποδειχθεί.

Το αντεπιχείρημα που διατυπώνεται είναι ότι ο ιατρικός τουρισμός ενισχύει την επαγγελματική κινητικότητα των ανθρώπινων πόρων από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα υγείας και την εσωτερική μετανάστευση από την περιφέρεια προς τα αστικά κέντρα μιας χώρας («εσωτερική διαρροή εγκεφάλων»/*internal brain drain*) (Cohen, 2008:31, Johnston et al., 2010:11). Αυτή η διαφυγή ή μετακίνηση ανθρώπινων πόρων αναμένεται να επηρεάσει τα επίπεδα στελέχωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και να οδηγήσει βαθμιαία στην ποιοτική υποβάθμισή τους (Reddy & Qadeer, 2010:74).

#### **4.1.5. Το συνεχές της φροντίδας (*Continuity of Care/Follow-up Care*)**

Η φροντίδα του ασθενή είναι μια αλληλεπιδραστική διαδικασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενή. Μια ιατρική θεραπεία λαμβάνει συνήθως χώρα σε διάφορα στάδια και ενδέχεται να απαιτούνται παρεμβάσεις για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Lunt et al., 2011:26).

Αυτή η απαιτούμενη συνέχεια της φροντίδας συχνά δεν καθίσταται δυνατή στην περίπτωση επεμβάσεων σε χώρα του εξωτερικού. Αντιθέτως, με την επιστροφή στην πατρίδα του ο ασθενής βιώνει συχνά το αίσθημα της εγκατάλειψης. Αυτή η έλλειψη μιας επαρκούς μετεγχειρητικής φροντίδας μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για το άτομο αλλά και για το τοπικό σύστημα υγείας μιας χώρας (Crooks et al., 2013). Για παράδειγμα, έχουν

αναφερθεί περιπτώσεις, κατά τις οποίες γιατροί ήταν απρόθυμοι να διορθώσουν ένα ιατρικό πρόβλημα που προέκυψε από αθέμιτες πρακτικές στο εξωτερικό, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν καταφύγει σε δαπανηρές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Helble, 2011:70, Lunt et al., 2011:26).

Η ποιότητα της μετέπειτα ιατρικής παρακολούθησης αναφέρεται ως η πιο συχνή αιτία ανησυχίας για τους ασθενείς που έχουν λάβει ή προτίθενται να λάβουν ιατρική θεραπεία σε μια ξένη χώρα, ιδίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ανάγκη για ειδική θεραπεία παρακολούθησης.

Στα επιχειρήματα αυτά αντιτείνεται ότι ο ταχύς ρυθμός ανάπτυξης της εξ αποστάσεως φροντίδας υγείας μέσα στα επόμενα χρόνια αναμένεται να προσφέρει περισσότερες δυνατότητες ευελιξίας τόσο στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας όσο και στην παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων (Sullivan & Decker, 2005:7).

#### **4.1.6. Η ασφάλεια του ασθενούς**

Στην ίδια λογική με το συνεχές της φροντίδας κινείται και η σχετική με την ασφάλεια του ασθενή επιχειρηματολογία.

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ιατρικής φροντίδας και θεμελιώδη αρχή της υγειονομικής περίθαλψης. Δεν περιορίζεται μόνο στην έννοια της αποφυγής και της πρόληψης, αλλά επεκτείνεται και στη βελτίωση των δυσμενών αποτελεσμάτων που προκαλούνται από τις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, επαρκής μετεγχειρητική φροντίδα)<sup>24</sup>. Η έμφαση που δίνεται στη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη υπογραμμίζεται και από την εκτενή έκθεση για την ασφάλεια των ασθενών («Διεθνής Ταξινόμηση για την Ασφάλεια των Ασθενών»/International Patient Safety Classification – ICPS) που δημοσίευσε το 2009 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Σύμφωνα με το εννοιολογικό πλαίσιο της «Διεθνούς Ταξινόμησης για την Ασφάλεια των Ασθενών» που

---

<sup>24</sup> Διαθέσιμο από: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/)

πρότεινε η «Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών» (*World Alliance For Patient Safety*), η ασφάλεια των ασθενών ορίζεται ως η μείωση του κινδύνου περιττών βλαβών που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη σε ένα αποδεκτό ελάχιστο (The World Alliance For Patient Safety Drafting Group et al., 2009)<sup>25</sup>.

Σε ό,τι αφορά ειδικότερα στο θέμα της ασφάλειας ενός ιατρικού τουρίστα, επισημαίνεται ότι ενδέχεται να ανακύψουν προβλήματα που σχετίζονται με τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς, το συνεχές της φροντίδας του, παρενέργειες από τα φάρμακα ή ακόμη και σοβαρές κλινικές/ιατρικές επιπλοκές. Σοβαρά υπόψη θα πρέπει να ληφθεί και η πιθανότητα μιας (εν τω βάθει) φλεβικής θρόμβωσης ή πνευμονικής εμβολής, εξαιτίας της πολύωρης συχνά πτήσης για τη μετάβασή του στη χώρα ιατρικού προορισμού (Unti, 2009, Johnston et al., 2010, Crooks et al., 2013).

Επιπλέον, ο ιατρικός τουρίστας ανήκει στη γενική κατηγορία των «διακρατικών ασθενών» (*intercountry patient*), μαζί με τους αεροδιακομιζόμενους ασθενείς -είτε αναφερόμαστε σε πολίτες είτε σε στρατιωτικό προσωπικό- καθώς και την ευρύτερη ομάδα των χαρακτηριζόμενων ως «άτυπων» ιατρικών τουριστών<sup>26</sup>, οι οποίοι έχουν ως κοινό στοιχείο αναφοράς τον υψηλό κίνδυνο διακρατικής μεταφοράς πολυανθεκτικών βακτηρίων και ανάπτυξης λοιμώξεων (Rogers et al., 2011).

Σε πολλές εκθέσεις τεκμηριώνεται ότι τα άτομα που λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, γιατί μπορεί να έρθουν σε επαφή με ασυνήθιστες και ανθεκτικές λοιμώξεις (Chen & Wilson, 2013). Το ταξίδι από μόνο του εκθέτει τους ταξιδιώτες σε διάφορες ψυχικές και σωματικές προκλήσεις σε ένα νέο περιβάλλον, ως μέρος της εμπειρίας τους, με αποτέλεσμα να διατρέχουν όχι μόνο τον σοβαρό κίνδυνο μόλυνσης από ιούς και βακτήρια αλλά και της μετάδοσης αυτών. Αυτό ισχύει, ιδίως, όταν ο ιατρικός τουρίστας είναι ήδη άρρωστος και εξασθενημένος και κατά συνέπεια πιο ευπαθής σε ασθένειες, μεταδοτικές ή μη (Freedman & Woodhall, 1999, Lee & Spisto 2007).

---

<sup>25</sup> Το αποδεκτό ελάχιστο αναφέρεται στις συλλογικές αντιλήψεις, με δεδομένη την τρέχουσα γνώση, τους διαθέσιμους πόρους και το πλαίσιο, στο οποίο προσφέρθηκε η φροντίδα και σταθμίζεται έναντι του κινδύνου της μη-θεραπείας ή άλλων θεραπειών.

<sup>26</sup> Οι «άτυποι» ιατρικοί τουρίστες αναφέρονται στη λεγόμενη «διασπορά». Ο όρος *diaspora travel* χρησιμοποιείται σε σχέση με μόνιμους πληθυσμούς ομογενών από διάφορα έθνη, οι οποίοι διατηρούν ισχυρούς οικογενειακούς και πολιτιστικούς δεσμούς με το έθνος καταγωγής τους. Στα πλαίσια αυτά πραγματοποιούν ταξίδια επιστροφής, ενδεχομένως και για σκοπούς ιατρικής θεραπείας για οξείες και χρόνιες παθήσεις.

Είναι γεγονός πως πολλές χώρες με ισχυρά προγράμματα ιατρικού τουρισμού βρίσκονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές όπου η ελονοσία, ο δάγκειος πυρετός, η γρίπη των πτηνών, ο εντερικός πυρετός, καθώς και άλλες ενδημικές ασθένειες έχουν έντονη παρουσία. Πολύ συχνά ακόμη οι εγκαταστάσεις επεξεργασίας των αστικών λυμάτων στις χώρες αυτές, όπως λ.χ. η Ινδία, εξακολουθούν να είναι πρωτόγονες. Επίσης, οι χώρες αυτές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά φυματίωσης, ηπατίτιδας (τύπου Β και C), ιού HIV και αντοχής στα αντιβιοτικά (Chen & Wilson, 2013).

Στα σημαντικά μειονεκτήματα του ιατρικού τουρισμού καταγράφεται, επίσης, το σοβαρό θέμα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Καθώς μάλιστα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται διεθνώς μια κατακόρυφη αύξηση στη διακρατική μετάδοση και διασπορά πολυανθεκτικών βακτηρίων, ο τουρισμός και ο ιατρικός τουρισμός καταγράφονται συχνά στις βασικές αιτίες εξάπλωσης του εν λόγω φαινομένου. Η πιθανότητα μιας ενδονοσοκομειακής λοίμωξης στις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζεται ως ιδιαίτερα αυξημένη.

Συνοπτικά, οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης και μεταφοράς πολύ-ανθεκτικών βακτηριακών οργανισμών στους ιατρικούς τουρίστες είναι (Rogers et al., 2011):

- Κάθε χώρα αναπτύσσει τα δικά της πρότυπα διαπίστευσης με βάση το Εθνικό Σύστημα Υγείας της (Παπανικολάου, 2007:374). Η διαπίστευση των νοσοκομείων διαφέρει μεταξύ των κρατών, με αποτέλεσμα να παρέχει διαφορετικά επίπεδα εποπτείας για τον θεσμικό έλεγχο των λοιμώξεων και της γενικότερης αντιμικροβιακής πολιτικής τους.
- Υπάρχει ο κίνδυνος να υποβληθούν οι ιατρικοί τουρίστες σε μη αδειοδοτημένες διαδικασίες ή σε αναπόδεικτες και πειραματικές τεχνικές.
- Εμπόδια, όπως η γλώσσα και οι διαφορετικές κλινικές πρακτικές, μπορεί να περιορίσουν το εύρος των πληροφοριών που ανταλλάσσονται με έναν ασθενή.
- Η υψηλή οξύτητα της νόσου σε ασθενείς που μεταφέρονται σημαίνει ότι μπορούν να μεταφερθούν άμεσα από τις μονάδες εντατικής θεραπείας, οι οποίες παραδοσιακά έχουν υψηλά ποσοστά πολύ-ανθεκτικών οργανισμών.
- Οι ιατρικοί τουρίστες που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση οργάνων ή σε θεραπεία καρκίνου αποκτούν τον πρόσθετο παράγοντα κινδύνου ανοσοκαταστολής.

- Τα προσφερόμενα ιατρικά πακέτα παρέχονται συχνά σε συνδυασμό με τα τουριστικά, θέτοντας έτσι τους ασθενείς στον κίνδυνο έκθεσης σε ένα ευρύτερο φάσμα της κοινότητας παθογόνων παραγόντων.

Η παγκοσμιοποίηση των μεταδοτικών λοιμώξεων προβάλλει ως μια αναδυόμενη απειλή για την παγκόσμια υγεία και συνεπάγεται ένα τεράστιο οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο. Το 2008 ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (*American Medical Association, AMA*) εξέδωσε για πρώτη φορά μια σειρά από εννέα κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τον ιατρικό τουρισμό, προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφάλεια εκείνων των ασθενών που εξετάζουν το ενδεχόμενο να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για την ιατρική τους περίθαλψη.

Υποστηρίζεται, ωστόσο, και η αντίθετη άποψη, σύμφωνα με την οποία το όφελος του κόστους για τον ιατρικό τουρίστα συχνά αντισταθμίζει τους ενδεχόμενους κινδύνους του ταξιδιού (Lee & Spisto, 2007). Επιπλέον, καθώς η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ιστορικό υγειονομικής περίθαλψης σε διαφορετικές χώρες αποτελεί μια σύγχρονη αναδυόμενη επιδημιολογική τάση (Rogers et al., 2011), θα ήταν ορθότερο, σε σχέση με τον πρακτικά ανέφικτο περιορισμό της διεθνούς κινητικότητας των τουριστών, ιατρικών και μη, η σύγχρονη τεχνολογία και έρευνα να συμβάλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της απειλής των πολυανθεκτικών μικροβίων και βακτηρίων και των σύγχρονων «σούπερ ιών» (*superbugs*).

#### **4.1.7. Ιατρικός τουρισμός και μεταμόσχευση οργάνων**

Ένα ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο και ακανθώδες θέμα που βρίσκεται στις παρυφές του ιατρικού τουρισμού είναι αυτό της μεταμόσχευσης οργάνων (Budiani-Saberi & Delmonico, 2008). Ερευνητές και επαγγελματίες υγείας σε όλο τον κόσμο καταδικάζουν την παράνομη και ανήθικη πρακτική ευκατάστατων ασθενών-τουριστών, οι οποίοι ταξιδεύουν σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου με σκοπό την παράνομη μεταμόσχευση οργάνων. Αν και η μεταμόσχευση οργάνων είναι μια επέμβαση που μπορεί να επιδιωχθεί και στα πλαίσια του ιατρικού τουρισμού, προτείνεται για ηθικούς λόγους να αποφεύγεται η κατ' ευφημισμό

αναφορά σε «τουρισμό μεταμόσχευσης οργάνων» (transplant tourism) επειδή λανθάνει ο κίνδυνος της άτυπης νομιμοποίησής του.

Το 2008 η «Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης για τη Διακίνηση Οργάνων και τον Τουρισμό Μεταμοσχεύσεων» (*The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism*) καταδίκασε τον τουρισμό μεταμόσχευσης οργάνων.

#### **4.1.8. Ιατρικός τουρισμός και περιβαλλοντικές επιπτώσεις**

Ο ιατρικός τουρισμός χρησιμοποιεί τους φυσικούς πόρους μιας χώρας. Για τον λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό η ανάπτυξή του να είναι σύμφωνη με τις αρχές της αειφόρου ανάπτυξης. Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό, αειφόρος ανάπτυξη είναι η «ανάπτυξη που καλύπτει τις ανάγκες του παρόντος χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τη δυνατότητα των μελλοντικών γενεών να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες» (Castro Lotero, 2013). Τα «Παγκόσμια Κριτήρια Αειφόρου Τουρισμού» (*Global Sustainable Tourism Criteria (GSTC)*), μια σειρά από εθελοντικές αρχές, παρέχουν ένα πλαίσιο για τη βιωσιμότητα των τουριστικών επιχειρήσεων σε όλη την υδρόγειο. Αν και αρχικά η εφαρμογή τους προοριζόταν για τους τομείς ενασχόλησης με τη διαμονή (ξενοδοχειακές μονάδες) και την περιήγηση (*Tour Operators*), τα κριτήρια αυτά διευρύνονται πια στο σύνολο της τουριστικής βιομηχανίας.

Τα κριτήρια αυτά οργανώνονται γύρω από τέσσερις βασικούς άξονες (Global Sustainable Tourism Council, 2013)<sup>27</sup>:

- Αποτελεσματικός Σχεδιασμός / Βιωσιμότητα
- Μεγιστοποίηση για τα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για την τοπική κοινωνία
- Ενίσχυση της πολιτιστικής κληρονομιάς
- Μείωση των αρνητικών επιπτώσεων στο περιβάλλον.

Στις χώρες, κυρίως, της Λατινικής Αμερικής, όπως η Κόστα Ρίκα, η Γουατεμάλα και η Κολομβία, όπου ο οικοτουρισμός και ο πολιτιστικός τουρισμός αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες της οικονομίας, έχουν θεσπιστεί κίνητρα για την προστασία του

---

<sup>27</sup> Global Sustainable Tourism Council (GSTC) Criteria for Destinations (GSTC C-D), (2013): <https://www.gstccouncil.org/en/gstc-certification/gstc-criteria/criteria-for-destinations.html>.



περιβάλλοντος. Επιπλέον, στην Κολομβία λειτουργεί ήδη το πρώτο «πράσινο» νοσοκομείο (San Vicente De Paul Hospital, 2010).

Η περιβαλλοντική διαχείριση και η ευαισθητοποίηση σε θέματα περιβάλλοντος αποτελεί ανταγωνιστικό εργαλείο στην παγκόσμια αγορά και φαίνεται πως αποκτά συνεχώς αυξανόμενη βαρύτητα στις προτιμήσεις των καταναλωτών.

#### **4.1.9. Ανακεφαλαίωση**

Ο τομέας της υγείας είναι ένα θέμα εξαιρετικά ευαίσθητο πολιτικά, το οποίο τελεί παραδοσιακά υπό τον κρατικό έλεγχο σε όλες τις χώρες του κόσμου (Bookman & Bookman, 2007:74). Η εμφάνιση μιας παγκόσμιας αγοράς στον τομέα των υπηρεσιών υγείας αναμένεται να επιφέρει βαθιές συνέπειες, με οικονομικό και κοινωνικό κυρίως αντίκτυπο σε ζητήματα, όπως η παροχή υπηρεσιών υγείας, η κοινωνική ασφάλιση, τα δικαιώματα των ασθενών, οι σχέσεις επαγγελματιών υγείας-ασθενή, η δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και η εξάπλωση του ιατρικού καταναλωτισμού (Turner, 2010).

Επιπλέον, παρά τη διεθνώς αυξανόμενη προβολή και δημοτικότητα του ιατρικού τουρισμού, διαπιστώνεται ένα σημαντικό κενό γνώσης για διάφορες παραμέτρους του θέματος, όπως οι συνέπειές του σε μεσομακροπρόθεσμο επίπεδο τόσο για τις χώρες προέλευσης όσο και για τις χώρες προορισμού.

Οι κυριότερες απόψεις των υποστηρικτών του ιατρικού τουρισμού για τα δυνητικά του οφέλη μπορούν να συνοψιστούν στα εξής σημεία: η παγκόσμια αγορά στον τομέα των υπηρεσιών υγείας προωθεί την επιλογή των χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας και διευκολύνει την πρόσβασή τους σε βελτιωμένες υπηρεσίες, και μάλιστα σε προνομιακές τιμές, καθώς τους επιτρέπει να «αγοράσουν» υψηλής ποιότητας φροντίδα σε σύγχρονες ιατρικές εγκαταστάσεις σε όλο τον κόσμο. Ο ιατρικός τουρισμός αποβλέπει στην προσδοκώμενη αναβάθμιση του εθνικού συστήματος υγείας και ενισχύει όχι μόνο τον υγιή ανταγωνισμό αλλά και τις διεθνείς συνεργασίες μεταξύ των παρόχων υγείας. Επιπροσθέτως, συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, αναβαθμίζει τις υποδομές της, δημιουργεί νέες θέσεις εργασίας, εμπλουτίζει πολιτιστικά μια κοινωνία, επιταχύνει τις τεχνολογικές εξελίξεις και

υποστηρίζει την ιατρική καινοτομία και συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής εντός της κοινότητας (Turner, 2010, Castro Lotero, 2013).

Οι πολέμιοι του ιατρικού τουρισμού αντιτείνουν πως υποκρύπτει πολλαπλούς κινδύνους και απειλές στην εφαρμογή του και εκφράζουν την ανησυχία τους σχετικά με θέματα, όπως η διαφαινόμενη εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών υγείας, η προώθηση των κοινωνικών ανισοτήτων και οι επιπτώσεις του στο δημόσιο σύστημα και στο εργατικό δυναμικό της υγείας μιας χώρας (Turner, 2010). Έντονος είναι και ο προβληματισμός για την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών (Leahy, 2008, Melendez & Alizadeh, 2011), για τον πρόσθετο λόγο ότι δεν υπάρχουν προς το παρόν αρκετά στοιχεία για την ικανοποίηση των ασθενών και τα ποσοστά επιτυχίας των επεμβάσεων. Το ίδιο ισχύει και για τα ένδικα μέσα διασφάλισης των ασθενών σε περίπτωση βλάβης, ενώ λαμβάνουν φροντίδα σε διεθνή νοσοκομεία, τα οποία κρίνονται ως ανεπαρκή.

Σε πρόσφατη έρευνα (2014) που πραγματοποίησε το βρετανικό Πανεπιστήμιο του *York* για τις επιπτώσεις του ιατρικού τουρισμού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, επισημαίνεται ότι τρεις μύθοι συνοδεύουν το συγκεκριμένο φαινόμενο: η φαινομενική του άνοδος, οι τεράστιες ευκαιρίες για την παγκόσμια αγορά και ο ρόλος των εθνικών κυβερνήσεων για την τόνωση του τομέα μέσω των επενδύσεων υψηλής τεχνολογίας (Lunt, Horsfall et al., 2014).

Η σχετική με τις συνέπειες του ιατρικού τουρισμού επιχειρηματολογία αλλά και η κριτική που ασκείται ενισχύει τη γονιμότητα του προβληματισμού και οι διαφορετικές προσεγγίσεις του φαινομένου επιτρέπουν την εξαγωγή κάποιων χρήσιμων αρχικών συμπερασμάτων. Φαίνεται πάντως πως δύο είναι οι κυρίαρχες τάσεις που διαμορφώνονται μέχρι στιγμής. Η πρώτη αναγνωρίζει τον ιατρικό τουρισμό ως μια ταχέως αναπτυσσόμενη βιομηχανία με τεράστιες δυνατότητες στην παγκοσμιοποιημένη οικονομία, ενώ για τη δεύτερη, που πρεσβεύει τη διαμετρικά αντίθετη άποψη, ο ιατρικός τουρισμός είναι ένα υπερεκτιμημένο φαινόμενο, το οποίο μπορεί να λάβει ακόμη και επικίνδυνες διαστάσεις, ιδίως, αν δεν ρυθμιστεί το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 5.1. Δημόσιο σύστημα υγείας και ιατρικός τουρισμός

Με δεδομένο ότι το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα προσδιορίζεται ως νοσοκομειοκεντρικό (Οικονόμου, 2012:62), εύλογα ανακύπτει το ερώτημα εάν και σε ποιο βαθμό είναι σε θέση τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία να διαδραματίσουν κάποιον ρόλο στον αναδύμενο τομέα του ιατρικού τουρισμού και να διεκδικήσουν μερίδιο της αγοράς.

Στην Ελλάδα η υφιστάμενη κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με τα χρόνια προβλήματα που το ταλανίζουν, δυσχεραίνει τη δραστηριοποίηση του δημόσιου τομέα στον κλάδο του ιατρικού τουρισμού. Τα προβλήματα αυτά θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

- Η **απουσία σύγχρονων κτιριακών υποδομών**: η κτιριακή και ξενοδοχειακή υποδομή των δημόσιων νοσοκομείων κρίνεται ανεπαρκής (Τούντας και συν., 2008:42, ΙΚΠΙ, 2012) για λόγους, όπως η παλαιότητα των κτιρίων, το μεγάλο μέγεθος, οι συνθήκες διαμονής και εστίασης, η καθαριότητα των χώρων, η σεισμική τους επάρκεια.
- Οι σημαντικές **ελλείψεις σε ιατρικό τεχνολογικό εξοπλισμό**: η αναβάθμιση και ο εκσυγχρονισμός του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αποτελεί πάγιο αίτημα.
- Η **έλλειψη τεχνογνωσίας** και εξειδικευμένων στελεχών: ο δημόσιος τομέας υγείας υστερεί σε θέματα μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των στελεχών του (Οικονόμου, 2012:64). Από άποψη παραγωγικότητας και χρήσης της τεχνολογίας ο δημόσιος τομέας στη Δύση γενικά υστερεί και φαίνεται να βρίσκεται μια γενιά πίσω από τον ιδιωτικό τομέα (Franklin, 2015:18).
- Η **υποστελέχωση** των νοσοκομείων σε ιατρικό και κυρίως σε νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό: το «πάγωμα» των προσλήψεων στον τομέα της υγείας έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν πολλά από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα οποία υπολειτουργούν (Τούντας και συν., 2008:38-39, Economou, 2010:20).

- Η χαμηλή **ποιότητα διαχείρισης** του νοσοκομείου, η οποία συνίσταται στην κακοδιαχείριση όχι μόνο των (αναλώσιμων) υλικών αλλά των ανθρώπινων πόρων (Τούντας και συν., 2008)<sup>28</sup>.
- Το ισχύον **ασφαλιστικό σύστημα**: τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια παρατηρείται μια συνεχής αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών (Οικονόμου, 2012:27-47), οι οποίες επιβαρύνουν το σύνολο των δαπανών του ασφαλιστικού συστήματος.
- Η αναποτελεσματική **διαχείριση ασθενών** και οι μακροχρόνιες **λίστες αναμονής** (Οικονόμου, 2012:80): η λίστα αναμονής αποτελεί μια χρονοβόρα και ψυχοφθόρα διαδικασία, πρωτίστως για τον ίδιο τον ασθενή και δευτερευόντως για το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, η οποία καταγράφεται στα χρονίζοντα προβλήματα του εγχώριου συστήματος υγείας.
- Η **δυσλειτουργία και η δυσκαμψία της κρατικής γραφειοκρατίας** συνεπικουρεί στην αρνητική εικόνα της δημόσιας υγείας (Γούλα και συν., 2014:584).
- Ένας ακόμη παράγοντας με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι η **μη γενικευμένη εφαρμογή στις μονάδες υγείας συστημάτων διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας**. Τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η εφαρμογή τέτοιων συστημάτων στα ελληνικά νοσοκομεία είναι περιορισμένη και καθίσταται αναγκαία η ευρύτερη εισαγωγή διαδικασιών πιστοποίησης, ελέγχου και ποιότητας (Οικονόμου, 2012:80, Theodorokioglou & Tsiotras, 2000).

Η αξιολόγηση και η ευρύτερη δημόσια εικόνα του κρατικού συστήματος υγείας της χώρας μας, δυστυχώς, αποτελεί απόρροια των χρόνιων διαπιστωμένων ελλείψεων και αδυναμιών του, οι οποίες θα διαιωνίζονται όσο δεν γίνονται γενναία και καινοτόμα βήματα για την ουσιαστική βελτίωσή του τόσο σε επίπεδο υλικοτεχνικών υποδομών όσο και στον διοικητικό-διαχειριστικό εκσυγχρονισμό του. Η συνολικά κατάσταση της ελληνικής δημόσιας υγείας επιδεινώθηκε μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης του 2010. Δεδομένης, λοιπόν, της παρούσας δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας οι όποιες επιχειρούμενες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες θα πρέπει να έχουν ως βασικό γνώμονα την αντιμετώπιση των προβλημάτων του εγχώριου συστήματος υγείας. Το δημόσιο σύστημα υγείας δεν έχει τα μέσα και τη δυνατότητα να στραφεί σε έναν τόσο απαιτητικό τομέα, όπως είναι ο ιατρικός

<sup>28</sup> «...η πλήρης έλλειψη σύγχρονου *management* ακυρώνει κάθε προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων». Τούντας και συν., (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, σελ.43.

τουρισμός. Κατά συνέπεια, η όποια πρόταση για ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στον δημόσιο τομέα υγείας φαντάζει μάλλον ανεδαφική και ουτοπική, καθώς *εκ των πραγμάτων* καθίσταται αντικειμενικά ανέφικτη.

## 5.2. Ιδιωτικός τομέας υγείας και ιατρικός τουρισμός

Η Ελλάδα έχει ένα από τα μεγαλύτερα μερίδια ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, δεδομένου ότι το 2007 αποτελούσε το 39,7% των συνολικών δαπανών υγείας. Το ποσοστό αυτό κατατάσσει την Ελλάδα ως τον πέμπτο υψηλότερο καταναλωτή ιδιωτικών υπηρεσιών για την υγεία, μετά το Μεξικό (54,8%), τις Ηνωμένες Πολιτείες (54,6%), τη Δημοκρατία της Κορέας (45,1%) και την Ελβετία (40,7%) (Οικονόμου, 2012:30). Όπως φαίνεται, ο ιδιωτικός τομέας κατέχει έναν σημαντικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Ουσιώδης είναι η επισήμανση ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας δεν επωφελείται μόνο εξαιτίας της δυσλειτουργίας του δημόσιου, αλλά διαθέτει *αφ' εαυτού* πολλαπλά και ισχυρά συγκριτικά πλεονεκτήματα.

Σε ό,τι αφορά ειδικότερα στον ιατρικό τουρισμό, ο ιδιωτικός τομέας υγείας προκρίνεται σε σύγκριση με τον δημόσιο, καθώς φαίνεται να πληροί σε ικανοποιητικό βαθμό πολλές από τις προϋποθέσεις και τις προδιαγραφές για μια προσοδοφόρα ανάπτυξη του κλάδου αυτού.

Πιο συγκεκριμένα, ως προς το ιατρικό σκέλος ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρέχει ποιοτικές και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας, διαθέτει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό (Τούντας και συν., 2008:82, Οικονόμου, 2012:57-58)<sup>29</sup> και από πολύ καλή έως άριστη ξενοδοχειακή υποδομή, ενώ ο χρόνος αναμονής είναι από μικρός έως ελάχιστος (ΙΚΠΙ, 2012). Το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα υγείας έχει άριστη επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση (Τούντας και συν., 2008:46). Ως προς το διοικητικό, έχει μεγαλύτερη λειτουργική ευελιξία, χωρίς περιττές γραφειοκρατικές διαδικασίες. Ως προς το επιχειρησιακό, επειδή τα ιδιωτικά νοσοκομεία/κλινικές είναι ιδιωτικές επενδύσεις και έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Οικονόμου, 2012:61) προσαρμόζονται ταχύτερα στις σύγχρονες απαιτήσεις και στις επιταγές της αγοράς. Η εισαγωγή της θεωρίας του *marketing* και του

---

<sup>29</sup> «Είναι ενδεικτικό ότι το ποσοστό των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα στην υψηλή τεχνολογία ανέρχεται σε 90% επί του συνόλου των επενδύσεων έναντι 30% του ΕΣΥ». Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Οικονόμου, Ν., Παληκαρώνα, Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, σελ.82.

*management* τα τελευταία χρόνια στον χώρο της υγείας φαίνεται πως είχε θετικότερη ανταπόκριση και αποτελεσματικότερη εφαρμογή στον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά, έχει υιοθετηθεί σε μεγάλο βαθμό η στρατηγική του σύγχρονου ηλεκτρονικού *έπιχειρείν* (*e-business*), το οποίο πρακτικά σημαίνει ότι αξιοποιούνται σε μεγάλο βαθμό οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνίας για την αποτελεσματικότερη διαχείριση και προβολή των υπηρεσιών τους.

Γενικά, τα αντανακλαστικά προσαρμογής του ιδιωτικού τομέα υγείας στις σύγχρονες οικονομικές εξελίξεις είναι ταχύτερα, σύμφωνα με την αρχή ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας ανταποκρίνεται στη ζήτηση, ενώ ο δημόσιος καλύπτει ανάγκες (Bookman & Bookman, 2007). Παρά, λοιπόν, τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, η στροφή ενός συνεχώς αυξανόμενου ποσοστού ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας, μετά την εγχώρια οικονομική κρίση (Οικονόμου, 2012:62), δρομολόγησε τη διαδικασία αναζήτησης νέων αγορών. Υπό το πρίσμα αυτό, ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί για τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας ένα καινοτόμο προϊόν, το οποίο μπορεί να καλύψει ζημίες και/ή να αποφέρει κέρδη.

Οι πρώτες ιδιωτικές επενδύσεις στην Ελλάδα στον τομέα του ιατρικού τουρισμού και η διεύρυνση των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών των παρόχων υπηρεσιών υγείας στη νέα αγοραστική δύναμη των διεθνών ασθενών έχουν αρχίσει σε επίπεδο μεγάλων ιδιωτικών θεραπευτηρίων και ομίλων, όπως είναι ο όμιλος Υγεία, ο όμιλος Ιατρικού Αθηνών, ο όμιλος ΙΑΣΩ αλλά και από μικρότερες δομές υγείας.

Στην προσπάθεια ισχυροποίησης της θέσης τους στο διεθνές ανταγωνιστικό περιβάλλον της βιομηχανίας του ιατρικού τουρισμού οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας προχωρούν σε πιστοποίηση/διαπίστευση των υπηρεσιών τους σε διεθνείς ασθενείς.

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ έχει εισχωρήσει στη διεθνή αγορά του ιατρικού τουρισμού από το 2011, μετά την πιστοποίηση του Ιδιωτικού και Διαγνωστικού Θεραπευτηρίου ΥΓΕΙΑ και της κλινικής ΜΗΤΕΡΑ από τον Οργανισμό *TEMOS*<sup>30</sup>. Επιπλέον, το Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία από το 2010 αποτελεί το μοναδικό νοσοκομείο στην Ελλάδα που

---

<sup>30</sup> Το Ιδιωτικό Θεραπευτήριο ΥΓΕΙΑ και η κλινική Μητέρα είχαν πιστοποίηση από την TEMOS έως και το 2014.

έχει διαπίστευση από τον Διεθνή Οργανισμό Διαπίστευσης Ιατρικών Υπηρεσιών (*Joint Commission International*), γεγονός που το κατατάσσει σε μια επίλεκτη κατηγορία Οργανισμών Παροχής Φροντίδας διεθνώς. Μεταξύ των πιστοποιημένων παρόχων από τον «Οργανισμό Πιστοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Τουρισμού» *TEMOS* συγκαταλέγονται το Metropolitan Hospital, το Ιατρικό Διαβαλκανικό και το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών. Οι τρεις αυτές υγειονομικές μονάδες έχουν πιστοποιηθεί σε επίπεδο *Excellence in Medical Tourism* για τις υπηρεσίες Ιατρικού Τουρισμού που παρέχουν σε επίπεδο τριτοβάθμιας φροντίδας. Το ΙΑΣΩ<sup>31</sup>, η Γενική Κλινική ΙΑΣΩ General, το ΙΑΣΩ Θεσσαλίας, το Mediterraneo Hospital, η Creta InterClinic και η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΡΕΑ διαθέτουν πιστοποίηση κατά *TEMOS* σε επίπεδο *Quality in International Patient Care*.

Αντίστοιχες ενέργειες διαπίστευσης έχουν γίνει και στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τρεις ιδιωτικές δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίες έχουν ενταχθεί στο δίκτυο πιστοποιημένων παρόχων του Διεθνούς Οργανισμού Πιστοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Τουρισμού *TEMOS*, σύμφωνα με το πρότυπο *Quality in International Patient Care*: το Rethymno Medical Assistance (Οκτώβριος 2012), το Διαγνωστικό Κέντρο Μαγνητική Τομογραφία Χίου (Μάρτιος 2013) και η Zante Medical Care (Απρίλιος 2014).

Το Οδοντιατρικό Κέντρο Eurodentica Specialized Dental Care από την 7η Ιουλίου 2014 αποτελεί το πρώτο οδοντιατρικό κέντρο στην Ελλάδα που έχει πιστοποιηθεί από τον οργανισμό *Temos International* σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές κατά το πρότυπο *Quality in International Dental Care*.

Τα Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Αναγέννηση» (Απρίλιος 2013), «Ευεξία» (Νοέμβριος 2014), «Animus» (Μάρτιος 2012) και «Φιλοκτήτης» του Ομίλου ΙΑΣΩ (Μάιος 2013) έχουν προχωρήσει σε πιστοποίηση από την *Temos International* κατά το πρότυπο *TEMOS Quality in International Rehabilitation Care*.

Γενικά, πάντως το ποσοστό των ιδιωτικών παρόχων που διαθέτουν κάποιου είδους διαπίστευση/πιστοποίηση συγκριτικά με άλλες χώρες είναι χαμηλό.

---

<sup>31</sup> Στις Κλινικές του Ομίλου ΙΑΣΩ που έχουν πιστοποιηθεί από τον διεθνή Οργανισμό Πιστοποιήσεων Ιατρικού Τουρισμού *TEMOS International* είναι και το ΙΑΣΩ Μαιευτικό - Παίδων.

### 5.3. Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Υγείας: Συγκριτική θεώρηση

Ο πλουραλισμός στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται στη συνύπαρξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και αποτελεί πραγματικότητα στις περισσότερες χώρες του κόσμου (Σούλης, 1998:122). Η διαπίστωση πως τόσο το είδος της ιατρικής περίθαλψης όσο και οι «ξενοδοχειακές» ανέσεις που παρέχονται από τις επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα είναι γενικά πολύ ανώτερες από τις αντίστοιχες του δημόσιου ισχύει επίσης στις περισσότερες χώρες του κόσμου, οπότε πρόκειται για ένα διεθνές φαινόμενο και ευτυχώς όχι για αυτοφύες φαινόμενο ή «ελληνική πρωτοτυπία».

Ο τρόπος, με τον οποίο έχει διαμορφωθεί ο ιατρικός τουρισμός στη σύγχρονη εκδοχή του παγκοσμίως, δείχνει ότι αποτελεί κατεξοχήν υπόθεση του ιδιωτικού τομέα με τον δημόσιο να λειτουργεί κυρίως παραπληρωματικά και υποστηρικτικά.

Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι ευκαταία και επιθυμητή, γιατί έχει ζωτική σημασία για κάθε είδος τουρισμού, και ιδίως για τον ιατρικό, εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της αλληλεξάρτησης των εμπλεκόμενων κλάδων, αφού η ομαλή λειτουργία του ενός καθίσταται προβληματική ή και αδύνατη χωρίς τον άλλον (Bookman & Bookman, 2007:80). Στις χώρες που έχουν επιτύχει θετικά αποτελέσματα στον τομέα του ιατρικού τουρισμού ο δημόσιος τομέας στηρίζει και προωθεί τον ιατρικό τουρισμό, κυρίως, με το να παρέχει το κατάλληλο θεσμικό και νομικό πλαίσιο για τη σωστή λειτουργία του, με το να βελτιώνει τις υποδομές της χώρας (υγειονομικές, υλικοτεχνικές, τεχνολογικές κλπ) και με το να διευκολύνει την επιχειρηματική δραστηριότητα και τις επενδύσεις. Ορισμένα χαρακτηριστικά παραδείγματα αποδοτικής συνεργασίας δημόσιου-ιδιωτικού τομέα ανά τον κόσμο είναι η εισαγωγή ενός νέου είδους βίζας, της «ιατρικής» (*Medical Visa, M-visa*) από την κυβέρνηση της Ινδίας (ΙΚΠΙ, 2012) ή η δημιουργία εξειδικευμένων φορέων, όπως το Ινστιτούτο για την Ανάπτυξη της Βιομηχανίας Υγείας στην Κορέα. Στη Χιλή ο δημόσιος τομέας εκπροσωπείται στον ιατρικό τουρισμό από δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία, το Πανεπιστήμιο της Χιλής (*University of Chile*) και το Καθολικό Πανεπιστήμιο (*Catholic University*) (Bookman & Bookman, 2007:81-82). Μπορούμε, λοιπόν, να διαπιστώσουμε ότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι δράσης.



Υπό το πρίσμα αυτό, μια σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα μπορεί να έχει πολλαπλά οφέλη, καθώς τείνει να εξισώσει τα κέρδη από την παγκόσμια αγορά υγείας, ωφελεί συνολικά τις υποδομές και ικανοποιεί τις ανάγκες του αλλοδαπού ιατρικού τουρίστα με ισορροπημένο τρόπο, καθιστώντας τη συνολική διαδικασία ομαλή, γρήγορη και οικονομική (Jagyasi, 2010:58).

Γενικά, αποφεύγεται να προτείνεται μεγαλύτερη ανάμειξη του δημόσιου τομέα υγείας στον κλάδο του ιατρικού τουρισμού. Θεωρείται προτιμότερο η κρατική συμβολή να περιορίζεται, κυρίως, σε θέματα εσωτερικής ρύθμισης, διαχείρισης και *marketing*, καθώς εκτιμάται συνήθως ότι τα δυνητικά οφέλη θα ήταν δυσανάλογα σε σχέση με το κόστος στήριξης, προώθησης και προβολής του προϊόντος. Ως ειδικό τουριστικό προϊόν ο ιατρικός τουρισμός υπάγεται δικαιωματικά στον ιδιωτικό τομέα.

Προς επίρρωση των ισχυρισμών αυτών, θα μπορούσε να παρατεθεί και η πρόσφατη σχετική μελέτη που επεξεργάστηκε ο Κυπριακός Οργανισμός Τουρισμού για την προτεινόμενη Στρατηγική Τουρισμού για την έτη 2011-2015. Η αξιολόγηση και η ιεράρχηση των ειδικών προϊόντων τουρισμού, στα οποία υπάγεται και ο ιατρικός τουρισμός, έγινε με βάση τους τρεις άξονες της ζήτησης, της προσφοράς και της επένδυσης/βιωσιμότητας του προϊόντος. Συγκεκριμένα, για τον τομέα της Υγείας (Ιατρικός Τουρισμός, Ευεξία) αναφέρονται τα ακόλουθα:

**Ζήτηση:** Αφορά εξειδικευμένο τμήμα αγοράς με πολύ υψηλή αγοραστική δύναμη, το οποίο όμως δεν συμβάλλει ιδιαίτερα στη βελτίωση της εποχικότητας. Θεωρείται δυνατή η προσέλκυση μεγαλύτερου μεριδίου αγοράς τόσο για ιατρικό τουρισμό όσο και για τουρισμό ευεξίας.

**Προσφορά:** Το προϊόν για τον ιατρικό τουρισμό βρίσκεται στα αρχικά στάδια ανάπτυξής του, η υποδομή του οποίου αναμένεται να βελτιωθεί αρκετά μέχρι το 2015. Σε ότι αφορά τον τουρισμό ευεξίας υπάρχει αξιόλογη υποδομή, η οποία εμπλουτίζει σε μεγάλο βαθμό το βασικό τουριστικό μας προϊόν και εμπειρία και θα πρέπει να τυγχάνει της ανάλογης συντήρησης και εμπλουτισμού.

**Επένδυση / Βιωσιμότητα:** Η εμπλοκή του Οργανισμού περιορίζεται κυρίως σε θέματα συντονισμού, οργάνωσης και προβολής και η βιωσιμότητα του θα στηριχθεί στις ενέργειες του ιδιωτικού τομέα. Κρίνεται ότι συμβάλλει θετικά στην οικονομία του τόπου και ότι δεν προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνία-πολιτισμό.

(*Στρατηγική Τουρισμού 2011-2015*, Κυπριακός Οργανισμός Τουρισμού, σ. 87).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 6.1. Επισκόπηση του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα

Ο μαζικός τουρισμός με αποκλειστικό ενδιαφέρον τη χαλάρωση και την ψυχαγωγία φαίνεται να αποτελεί ολοένα και περισσότερο ένα παρωχημένο μοντέλο τουριστικής ανάπτυξης (Βαγιονής & Διδασκάλου, 2014:5). Η τουριστική βιομηχανία προβλέπει ύφεση στον τομέα του συμβατικού και παραδοσιακού τουρισμού και συγκλίνει πως στο μέλλον ο παραθαλάσσιος παραθεριστικός τουρισμός δεν θα είναι πια το ίδιο δημοφιλές ανάμεσα στους τουρίστες. Σύμφωνα με σχετική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου για τον τουρισμό για το έτος 2014, αν και το μοντέλο του “SSS” ή “3S” τουρισμού (*Sun, Sea & Sand Tourism*) εξακολουθεί να καταλαμβάνει την πρώτη θέση ως τουριστικό κίνητρο με υψηλό ποσοστό (46%), άλλα κίνητρα, όπως ο πολιτισμός (25%), ο τουρισμός πόλεων (23%), οι αθλητικές δραστηριότητες (14%) και οι λόγοι υγείας-ευεξίας (13%) κερδίζουν συνεχώς έδαφος. Όπως επισημαίνει σε ερευνητικό του άρθρο το 2006 ο J. Connell, στα τρία «σίγμα» του τουρισμού (*Sea, Sun, Sand*) μπορεί να προστεθεί ακόμη ένα, αυτό του χειρουργείου (*Surgery*).

Στο μοντέλο «ήλιος και θάλασσα» βασίστηκε η συνολική ανάπτυξη και της ελληνικής τουριστικής βιομηχανίας. Σύμφωνα με τις διαφαινόμενες εξελίξεις και τάσεις στην παγκόσμια τουριστική βιομηχανία, απαιτείται ανανέωση και διαφοροποίηση του προσφερόμενου τουριστικού προϊόντος, ιδίως, όταν νέες ή αναδυόμενες στην τουριστική αγορά χώρες είναι σε θέση να προσφέρουν το ίδιο προϊόν (Ετήσια Μελέτη της Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ, 2007)<sup>32</sup>. Στα πλαίσια αυτά, η εθνική τουριστική πολιτική της χώρας θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί.

Πράγματι, για την Ελλάδα ο τομέας του ιατρικού τουρισμού αποτελούσε μέχρι πρόσφατα *terra incognita*. Σε καμία σχετική διεθνή μελέτη η χώρα μας δεν εμφανιζόταν ως υπολογίσιμη δύναμη στον συγκεκριμένο κλάδο. Ενδεικτικό στοιχείο είναι ότι στα προγνωστικά του ιατρικού τουρισμού το πόρισμα για την Ελλάδα συμπεριλαμβανόταν στη λίστα με τις «λοιπές χώρες» (Medical Tourism Climate Survey 2011).

---

<sup>32</sup> «Το μοντέλο “Ηλιος - Θάλασσα”, μπορεί μεν να μας εξασφαλίζει ένα μεγάλο όγκο επισκεπτών, ιδίως κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, είναι όμως πλέον κορεσμένο και δε μπορεί να δώσει την ποιοτική ώθηση, που χρειάζεται ο Ελληνικός Τουρισμός».

Το 2014 η Ελλάδα καταγράφεται για πρώτη φορά στον παγκόσμιο χάρτη του Τουρισμού Υγείας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διεθνούς έρευνας *Medical Tourism Climate Survey* για το τρέχον έτος. Καταλαμβάνει τη δέκατη όγδοη (18<sup>η</sup>) θέση ανάμεσα σε ογδόντα πέντε χώρες, σε ό,τι αφορά στο εύρος και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σημειώνοντας κατά γενική ομολογία θεαματική άνοδο. Επιπλέον, σύμφωνα με τα πορίσματα της ίδιας μελέτης, η Ελλάδα φιγουράρει στη δέκατη τέταρτη (14<sup>η</sup>) θέση των κορυφαίων προορισμών σε ορίζοντα πενταετίας, αναφορικά με τον αριθμό των ασθενών που θα επισκεφθούν τη χώρα μας, αφήνοντας πίσω χώρες, όπως η Πολωνία, η Βραζιλία κ.ά. (Πουτέτση, 2014).

Σε εγχώριο επίπεδο δεν μπορεί κανείς να μη λάβει υπόψη και τις δύο πρόσφατες μελέτες για τον ιατρικό τουρισμό: η πρώτη, με τίτλο «Η Ελλάδα 10 χρόνια μπροστά» (*Greece 10 Years Ahead*), εκπονήθηκε από την εταιρεία McKinsey & Company (2012) για τον Σύνδεσμο Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (ΣΕΒ) και η δεύτερη, «Ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα» (2012), από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής για το Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδος. Και στις δύο ο ιατρικός τουρισμός αναγνωρίζεται ως αναπτυξιακή ευκαιρία για την Ελλάδα, ενώ συγκλίνουν στο ότι ως τουριστική χώρα έχει τις δυνατότητες να διακριθεί στον τομέα αυτό, γι' αυτό και οφείλει να θέσει σαφείς αναπτυξιακούς στόχους και να εφαρμόσει σωστή εθνική στρατηγική.

Σύμφωνα με τη μελέτη της McKinsey & Company, η Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι έχει σχετικά μικρό μέγεθος δραστηριοποίησης στον εξειδικευμένο αυτό κλάδο οικονομικής δραστηριότητας, κατέχει σχετικό συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μπορεί μελλοντικά να υποστηρίξει και να αναπτύξει αυτό το νέο μοντέλο επιχειρηματικής ανάπτυξης. Ειδικότερα στις σημερινές συνθήκες οικονομικής κρίσης, ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να αποδειχτεί ένας ιδιαίτερος επικερδής τομέας. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, εκτιμάται ότι σε χρονικό ορίζοντα δεκαετίας (2012–2022) ο ιατρικός τουρισμός θα μπορούσε να αποφέρει 450 εκατομμύρια ευρώ στην ετήσια ακαθάριστη προστιθέμενη αξία (ΑΠΑ) της ελληνικής οικονομίας και να δημιουργήσει 11.000 νέες θέσεις εργασίας.

Στο πλαίσιο της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι ο ελληνικός ιατρικός τουρισμός μπορεί να διεκδικήσει μερίδιο της αγοράς της Ρωσίας, των Βαλκανίων και της Μέσης Ανατολής, αλλά και από επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία. Σημειώνεται ότι ως άμεσα ανταγωνιστικές της Ελλάδας χώρες στον τομέα του ιατρικού τουρισμού θεωρούνται, κυρίως, η Κύπρος, η Τουρκία, η Μάλτα και η Βουλγαρία (Κωνσταντινίδης, χ.χ.).

Σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις, τα προσδοκώμενα οφέλη από την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

- η προσέλκυση ξένων και εγχώριων επενδύσεων από μεγάλους επιχειρηματικούς ομίλους
- η αύξηση των εσόδων σε ξένο συνάλλαγμα
- η προσέλκυση ποιοτικού τουρισμού
- η επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου, δηλαδή η προσέλκυση τουριστών σε όλη τη διάρκεια του χρόνου
- η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας/απασχόλησης
- η άμβλυνση της εποχικότητας της εργασίας

Τα δεδομένα, ωστόσο, καταδεικνύουν πως η ελληνική προσπάθεια βρίσκεται ακόμη σε εμβρυϊκό ή ατελές στάδιο. Έτσι, ενώ γειτονικές χώρες, όπως η Τουρκία για παράδειγμα, ήδη επωφελούνται από την αγορά του ιατρικού τουρισμού, η Ελλάδα στην πράξη είναι ουραγός των παγκόσμιων εξελίξεων.

Αξίζει να σημειωθεί ακόμη ότι η πλειονότητα των Μαζικών Μέσων Ενημέρωσης στην Ελλάδα, ακολουθώντας τη σύγχρονη διεθνή τάση, διάκειται ευνοϊκά στην προοπτική της ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού. Οι αναφορές τους στο φαινόμενο πυκνώνουν και ορισμένοι τίτλοι της σχετικής αρθρογραφίας είναι ομολογουμένως ευρηματικοί:

- «Ετήσια έσοδα 400 εκατ. ευρώ μπορεί να αποφέρει στη χώρα ο ιατρικός τουρισμός<sup>33</sup>»
- «Τουρισμός «βάλσαμο»<sup>34</sup>»
- «Η τάση που σαρώνει: Διαμονή σε 7στερο με δώρο... μια πλαστική!<sup>35</sup>»
- «Οι άσοι της ανάπτυξης κρύβονται στις λευκές ποδιές<sup>36</sup>»

<sup>33</sup> «Ετήσια έσοδα 400 εκατ. ευρώ μπορεί να αποφέρει στη χώρα ο ιατρικός τουρισμός», *Η Καθημερινή*, 18 Οκτ. 2012.

<sup>34</sup> Χρ. Δαμίρης, «Τουρισμός «βάλσαμο»», *Έθνος*, 23 Δεκ. 2012.

<sup>35</sup> «Η τάση που σαρώνει: Διαμονή σε 7στερο με δώρο... μια πλαστική», *Πρώτο Θέμα*, 25 Σεπτ. 2014.

Το οικονομικό όφελος που θα μπορούσε να προκύψει από τη στήριξη και την ενίσχυση του ιατρικού τουρισμού δύναται να είναι μεσομακροπρόθεσμα τόσο μεγάλο, ώστε δεν μπορεί να το παραβλέψει κανείς. Ο τουρισμός αποτελεί έναν κλάδο στρατηγικής σημασίας για την ελληνική οικονομία, καθώς περιγράφεται σταθερά και προωθείται συστηματικά ως η «βαριά βιομηχανία» της χώρας μας. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, ο ελληνικός τουρισμός βρίσκεται σε μια μετέωρη κατάσταση μεταξύ στασιμότητας και ύφεσης. Ιδιαίτερος την τελευταία πενταετία η εγχώρια οικονομική κρίση και η παραπληροφόρηση έχουν πλήξει την εικόνα και την αξιοπιστία της χώρας μας στο εξωτερικό σε τέτοιον βαθμό, ώστε να συμβάλουν αρνητικά στην εισερχόμενη τουριστική κίνηση. Η ισχυρή τουριστική παράδοση της χώρας μας μπορεί να αποτελέσει το εφελτήριο και για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού.

Ποια είναι, όμως, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που φέρει η Ελλάδα στον τομέα του ιατρικού τουρισμού; Η ανάλυση SWOT αποτελεί το καλύτερο εργαλείο για μια ολοκληρωμένη αποτύπωση του θέματος.

## 6.2. SWOT ANALYSIS ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

### 6.2.1. Ευκαιρίες (Opportunities)

- η διαφοροποίηση του ελληνικού τουριστικού προϊόντος
- η προώθηση εναλλακτικών μορφών τουρισμού
- η προσέλκυση ποιοτικού τουρισμού
- η δημογραφική γήρανση της Ευρώπης
- ο αυξανόμενος αριθμός των συνταξιούχων
- οι νέες αναδυόμενες αγορές (π.χ. Ρωσία, Αραβικές χώρες)
- η συνεργασία με *Tour Operators* που δραστηριοποιούνται στον τομέα του ιατρικού τουρισμού
- η αυξημένη ζήτηση σε (ελάχιστα) επεμβατικές ιατρικές πράξεις
- η διεθνής προβολή του υγιεινού τρόπου ζωής, της αισθητικής/κοσμητικής και της αντιγήρανσης
- η διεθνής προβολή της μεσογειακής διατροφής

---

<sup>36</sup> Μ. Καϊτανίδη & Π. Γ. Πιτσίνης, «Οι άσοι της ανάπτυξης κρύβονται στις λευκές ποδιές», *Τα Νέα*, 15 Φεβρ. 2013.

- η συνεργασία/σύμπραξη με διεθνώς αναγνωρισμένους παρόχους υγείας (κλινικές/νοσοκομεία)
- η επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου
- η βελτίωση της σχέσης τιμή/ποιότητα
- η προσέλκυση επενδύσεων
- το ανανεωμένο τουριστικό ενδιαφέρον για τουριστικούς προορισμούς, όπως η Κρήτη, η Σαντορίνη, η Ρόδος, η Κως και η Πελοπόννησος, οι οποίες διαθέτουν τις κατάλληλες υποδομές (ξενοδοχεία, αεροδρόμια, λιμάνια) με δυνατότητες αναβάθμισης/εκσυγχρονισμού, καθώς και μια συνεχιζόμενη διεθνή προβολή και αυξανόμενη δημοτικότητα τα τελευταία χρόνια.

### 6.2.2. Απειλές (Threats)

- ο διεθνής ανταγωνισμός στον τομέα του ιατρικού τουρισμού συνεχώς εντείνεται, καθώς αποτελεί μια ιδιαίτερος επικερδή αγορά. Οι αναπτυσσόμενες χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας, της Νότιας Αμερικής, της Κεντρικής και της Ανατολικής Ευρώπης ανταγωνίζονται με προνομιακούς όρους τις ανεπτυγμένες χώρες.
- η Ελλάδα αποτελεί ουσιαστικά τουριστική επιλογή τύπου *value for money* (καλή σχέση ποιότητας/τιμής παρεχόμενων υπηρεσιών) και δεν συγκαταλέγεται στους οικονομικούς/φθηνούς τουριστικούς προορισμούς.
- οι τουριστικά ανταγωνιστικές της Ελλάδας χώρες που βρίσκονται εκτός Ευρωζώνης, με κυριότερη την Τουρκία, προσφέρουν ελκυστικότερα από οικονομικής άποψης πακέτα, τα οποία κερδίζουν την προτίμηση τόσο των *Tour Operators* που ελέγχουν την αγορά τουρισμού όσο και των καταναλωτών.
- η έλλειψη σύγχρονων και κατάλληλων υποδομών. Θα πρέπει να εξεταστεί η αναβάθμιση και ο ποιοτικός εκσυγχρονισμός της υπάρχουσας τουριστικής υποδομής (ξενοδοχειακής, οδικής κλπ), καθώς και η ανέγερση εγκαταστάσεων ειδικής τουριστικής υποδομής.
- η περιφερειακή ανισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες, δημόσιες και ιδιωτικές, είναι συγκεντρωμένες στην Αττική και την περιφέρεια κεντρικής Μακεδονίας. Η γεωγραφική κατάτμηση της Ελλάδας, με τα ιδιαίτερα γεωφυσικά χαρακτηριστικά της νησιωτικής χώρας, επιδρά αυξητικά στο κόστος

των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και δυσχεραίνει την ισόρροπη περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών της και την υιοθέτηση μιας ενιαίας πολιτικής υγείας για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Αθήνα όπου λειτουργεί η πλειονότητα των ιδιωτικών παρόχων υγείας. Η Αθήνα δεν συγκαταλέγεται στις πρωτεύουσες εκείνες που υποδέχονται τουρισμό για ολιγόμηρη διαμονή (τουρισμός πόλεων ή τουρισμός *city break*) και δεν είναι προβεβλημένη για την ξενοδοχειακή αγορά της. Η εικόνα της στο εξωτερικό, παρά τις βελτιωτικές κινήσεις των τελευταίων ετών – κυρίως μετά την Ολυμπιάδα του 2004- εξακολουθεί να είναι μάλλον αρνητική, λόγω των χρόνιων και πολλαπλών προβλημάτων της (έντονη αστικοποίηση, ατμοσφαιρική ρύπανση, ηχορύπανση, κυκλοφορικό, κακή αισθητική, υποβαθμισμένο κέντρο), τα οποία συνθέτουν μια χαμηλή ποιότητα ζωής και την καθιστούν αφιλόξενη στα μάτια των επισκεπτών της. Από την άλλη η εναλλακτική λύση της μεταφοράς σε παρακείμενα στην Αττική τουριστικά θέρετρα προσauξάνει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνακόλουθα του προσφερόμενου «πακέτου».

- η αστάθεια και οι δυσμενείς αλλαγές στις **συναλλαγματικές ισοτιμίες** του ευρώ έναντι του αμερικανικού δολαρίου και της αγγλικής στερλίνας.
- το **επισφαλές εγχώριο οικονομικό περιβάλλον** λειτουργεί αποτρεπτικά για τις ιδιωτικές επενδύσεις. Το ασταθές και νεφελώδες επιχειρηματικό περιβάλλον, ιδίως μετά την οικονομική κρίση του 2009, και η συνεχιζόμενη ύφεση έχουν «παγώσει» τις επενδύσεις. Η Ελλάδα κατατάσσεται διεθνώς στην 62<sup>η</sup> θέση ανάμεσα σε ογδόντα δύο (82) χώρες με βάση το επιχειρηματικό της περιβάλλον (*Economist Intelligence Unit*), για τα έτη 2015-2019 (Kekic, 2015).
- η **αυξανόμενη ανασφάλεια** λόγω του ασταθούς παγκόσμιου πολιτικού σκηνικού
- η **ελλιπής εξειδικευμένη γνώση** του τομέα. Ο ιατρικός τουρισμός είναι ένας νέος ανερχόμενος κλάδος με αυξημένες απαιτήσεις, ο οποίος προϋποθέτει εξειδικευμένη εμπειρία και γνώση. Στην Ελλάδα σημειώνεται ελλειμματική διαχείριση γνώσης σε όλο σχεδόν το φάσμα των εμπλεκόμενων φορέων και υπηρεσιών. Υποστηρικτικό ρόλο θα μπορούσαν να διαδραματίσουν τα ακαδημαϊκά ιδρύματα. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο σχεδιάστηκε με κοινή εκπαιδευτική πρωτοβουλία ευρωπαϊκών πανεπιστημίων το μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Επιχειρήσεων με αντικείμενο τον «Τουρισμό Υγείας και τον Ιατρικό Τουρισμό» (*Health & Medical Tourism*). Τα συνεργαζόμενα ακαδημαϊκά ιδρύματα είναι τα Πανεπιστήμια Εφαρμοσμένων Επιστημών *Deggendorf* και *Neu-Ulm*

στη Γερμανία, το Πανεπιστήμιο Εφαρμοσμένων Επιστημών *Breda* της Ολλανδίας και το *Management Center* στην Αυστρία (Gerl, Kunhardt & Mainil, 2009)<sup>37</sup>.

### 6.2.3. Πλεονεκτήματα (Strengths)

Τα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της Ελλάδας στον τομέα του ιατρικού τουρισμού σε ό,τι αφορά, κυρίως, στο σκέλος του τουρισμού είναι γνωστά.

Η Ελλάδα διαθέτει μια προνομιούχο **γεωγραφική θέση**, καθώς είναι η πύλη εισόδου και εξόδου της Ευρώπης προς τη Μέση Ανατολή και τη Βόρειο Αφρική και αποτελεί σημαντικό διαμετακομιστικό κόμβο, που προσπορίζει στη χώρα σημαντικά οικονομικά οφέλη (Σκρέκας, 2015).

Οι εξαιρετικές **κλιματολογικές συνθήκες**, το **φυσικό περιβάλλον** και η πλούσια **ιστορική και πολιτιστική κληρονομιά** είναι στοιχεία που αποτελούν πόλο έλξης για χιλιάδες τουρίστες από όλο τον κόσμο. Το ήπιο μεσογειακό κλίμα και το υψηλό ποσοστό ηλιοφάνειας κερδίζει σταθερά την προτίμηση των τουριστών. Το ελληνικό τουριστικό προϊόν είναι ένα αμάλγαμα φυσικής ομορφιάς και αξιοθέατων που εξαπλώνονται σε όλη τη χώρα.

Η Ελλάδα έχει μακρά παράδοση στη **φιλοξενία**, ο ρόλος της οποίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για κάθε είδος τουρισμού. Η κουλτούρα φιλοξενίας ενός λαού σχετίζεται με το αίσθημα ασφάλειας και οικειότητας και είναι ουσιώδους σημασίας για κάθε επίδοξο ή δυνητικό τουρίστα, πόσο μάλλον για τον ιατρικό.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται διεθνώς μια έντονη στροφή της κοινής γνώμης και των Μέσων Ενημέρωσης σε θέματα διατροφής. Ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή στα πλαίσια του ιατρικού τουρισμού είναι αποφασιστικός. Η **μεσογειακή διατροφή** θεωρείται διεθνώς πρότυπο υγιεινής διατροφής<sup>38</sup>, καθώς αναγνωρίζεται η υψηλή διατροφική της αξία και το υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση

---

<sup>37</sup> Διαφημιστικές καταχωρήσεις (ενδεικτικά) στο *Medical Tourism Magazine* στα τεύχη 12 (September/October 2009), σ. 81 και 13 (November/December 2009), σ. 48.

<sup>38</sup> Η επιδημιολογική «Μελέτη των Επτά Χωρών» δημοσιεύτηκε το 1970 από τον αμερικανό επιστήμονα Ancel Keys. Η «Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής» έχει υιοθετηθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.



με τη διατροφή δυτικού τύπου. Στα οφέλη της καταγράφεται η πρόληψη χρόνιων παθήσεων, όπως οι καρδιαγγειακές και ο διαβήτης αλλά και ασθενειών όπως, το *Parkinson* και το *Alzheimer*. Στη συνείδηση των καταναλωτών έχει συνδεθεί με τη μακροζωία και την ευεξία. Στα πολλαπλά οφέλη της μεσογειακής διαίτας στρέφεται κατά καιρούς το διεθνές ενδιαφέρον με καινούργιες μελέτες, επιστημονικά συνέδρια, άρθρα και αφιερώματα στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο<sup>39</sup>. Το 2010 συμπεριλήφθηκε από την UNESCO στον «Κατάλογο Άυλης Κληρονομιάς της Ανθρωπότητας». Στα πλαίσια αυτά μελετάται η διατροφική αξία των ελληνικών παραδοσιακών προϊόντων και της παραδοσιακής ελληνικής γαστρονομίας, που αποτελεί την ελληνική εκδοχή της μεσογειακής διατροφής.

Επιπροσθέτως, η Ελλάδα διαθέτει μια καλή και σύγχρονη **ξενοδοχειακή υποδομή**. Οι πρότυπες ξενοδοχειακές υποδομές της και το ανεπτυγμένο τουριστικό δίκτυο είναι στοιχεία που συμβάλλουν θετικά στην ανάπτυξη οποιασδήποτε μορφής τουρισμού.

Ως κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα φέρει το συγκριτικό πλεονέκτημα της ελεύθερης διακίνησης ανθρώπων και αγαθών και της **διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης**, σύμφωνα με σχετική οδηγία που εκδόθηκε το 2011.

Ειδικά, όμως, σε ό,τι αφορά στον ελληνικό ιατρικό τουρισμό ένα σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που διαθέτει η χώρα μας είναι η μακρόχρονη και αξιόλογη ιατρική της παράδοση. Η παράδοση αυτή δεν περιορίζεται μόνο στις απαρχές της σύγχρονης δυτικής ιατρικής, δηλ. στην ιπποκρατική ιατρική, αλλά επεκτείνεται και στα νεότερα χρόνια. Είναι κοινή ομολογία πως διαθέτουμε ένα **εξειδικευμένο και άριστα καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό** και δεν είναι υπερβολικός ο ισχυρισμός πως τόσο οι γιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας μας απολαμβάνουν μιας εξαιρετικά καλής φήμης στο εξωτερικό, όπως έμπρακτα αποδεικνύουν και οι αλληπάλληλες προσκλήσεις ενδιαφέροντος για προσλήψεις για τη στελέχωση νοσοκομείων από χώρες του εξωτερικού (Γερμανία, Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Φιλανδία). Το ποσοστό ιατρών στην

---

<sup>39</sup> Η γνωστή αμερικανική κλινική Mayo Clinic αναφέρεται στα οφέλη της μεσογειακής διατροφής στην ιστοσελίδα της: Mayo Clinic Staff, “Mediterranean diet: A heart-healthy eating plan”, <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/mediterranean-diet/art-20047801>.

Ελλάδα είναι, άλλωστε, σημαντικά υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Economou, 2010:91).

#### 6.2.4. Αδυναμίες (Weaknesses)

Τα περισσότερα από τα μειονεκτήματα που παρουσιάζει η Ελλάδα στο θέμα του ιατρικού τουρισμού αποτελούν δυστυχώς κοινοτοπίες, οι οποίες προσιδιάζουν στην ελληνική πραγματικότητα σε τόσους τομείς, ώστε η αναπαραγωγή τους από τον εκάστοτε γράφοντα να μοιάζει σχεδόν μηχανική και να αποτελεί απλώς μια θλιβερή διαπίστωση.

Το υφιστάμενο **θεσμικό πλαίσιο** σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, όπως η πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι ειδικοί όροι και οι προϋποθέσεις για την άσκηση της δραστηριότητας του ιατρικού τουρισμού στην ελληνική επικράτεια, οι επενδύσεις και η σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, η πρόσβαση των πολιτών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης στις υπηρεσίες υγείας είναι αόριστο, ασαφές, ανεπαρκές και ατελές ή και ανύπαρκτο ακόμη. Πολλοί εκτιμούν πως το ισχύον θεσμικό καθεστώς, ακόμη και μετά την έκδοση της πρόσφατης, πολυαναμενόμενης, κοινής υπουργικής απόφασης των υπουργείων Υγείας και Τουρισμού (ΦΕΚ 175Α/08-08-2013 και ΦΕΚ Β' 3077/03-12-2013) για τον ιατρικό τουρισμό παραμένει ελλιπές και με ουσιαστικές παραλείψεις και απαιτούνται παρεμβάσεις και ουσιαστικές διορθώσεις, ώστε να θεωρείται ολοκληρωμένο. Αν το ζήτημα της διασυνοριακής ροής ασθενών εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης φαίνεται πως ρυθμίστηκε σε ικανοποιητικό βαθμό με την Οδηγία 2011/24/ΕΕ, εξακολουθούν να υπάρχουν εμπλοκές στη νοσηλεία ασθενών από άλλες χώρες. Αυτό που χρειάζεται ενδεχομένως είναι μια γενναία μεταρρύθμιση, ώστε να απλοποιηθούν οι διαδικασίες εισόδου και νοσηλείας από κράτη εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ένα νέο θεσμικό πλαίσιο ή η όποια θεσμική μεταρρύθμιση θα έχει νόημα μόνο προς την κατεύθυνση της αναδιοργάνωσης, του εκσυγχρονισμού και της προαγωγής της δημόσιας διοίκησης και του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και συνακόλουθα της οργάνωσης και προώθησης των ειδικών μορφών τουρισμού, όπως ο ιατρικός. Επιπλέον, η υιοθέτηση μιας διασυνοριακής πολιτικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας είναι θεμελιώδους σημασίας.

Αλληλένδετο με το θεσμικό πλαίσιο είναι και το ζήτημα της **γραφειοκρατίας**. Η χρόνια κακοδαιμονία που χαρακτηρίζει άλλωστε την ελληνική δημόσια διοίκηση και τα αίτια της είναι γνωστά. Σε ό,τι αφορά ειδικότερα στο θέμα του ιατρικού τουρισμού, το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης και οι διοικητικές δυσλειτουργίες του, όπως ο συγκεντρωτισμός και ο κρατικός παρεμβατισμός, οι αργοί ρυθμοί και οι χρονικές καθυστερήσεις, η παθητικότητα, ο νομικισμός και η έμφαση στις διαδικασίες (Παπαδημητρόπουλος, 2009:25) δημιουργεί προσκόμματα και σε θέματα λειτουργίας του ιατρικού τουρισμού. Το θέμα των ιδιωτικών επενδύσεων, για παράδειγμα, προσκρούει στην ελληνική γραφειοκρατία, καθώς το δυσκίνητο δικαστικό και νομικό σύστημα της χώρας αποθαρρύνει το επενδυτικό ενδιαφέρον και αποτρέπει τις επενδυτικές κινήσεις (McKinsey & Company, 2012:24).

Χρήσιμη θα ήταν στο σημείο αυτό η αναφορά ενός σχετικού γεγονότος ως παραδείγματος. Το γεγονός αφορά στη νοσηλεία ασθενών από τη Λιβύη, μετά το ξέσπασμα του εμφυλίου πολέμου στη χώρα, σε ελληνικά ιδιωτικά νοσοκομεία, η οποία έλαβε σχεδόν μαζικές διαστάσεις. Η νοσηλεία τους κατέστη δυνατή μετά την υπογραφή συμφωνίας ιδιωτικών ομίλων της υγείας με την πρεσβεία της μεσολαβήτριας χώρας του Κατάρ αρχικά και στη συνέχεια με την ίδια την κυβέρνηση της Λιβύης (Καρλατήρα, 2012)<sup>40</sup>.

Το γεγονός σχολιάστηκε από τον ημερήσιο Τύπο με πρωτότυπους τίτλους, όπως: «Λίβυοι ασθενείς «αιμοδοτούν» τα ιδιωτικά νοσοκομεία!», «Σωσίβιο οι Λίβυοι ασθενείς για τα ξενοδοχεία της Θεσσαλονίκης» ή «Ο Λίβυος ασθενής, ο Ρώσος τουρίστας και τα ευρώ!». Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το πώς προσεγγίζεται το γεγονός σε ό,τι αφορά στη σημασία που φέρει η σύναψη μιας τέτοιας συμφωνίας για τη βελτίωση των οικονομικών μεγεθών τόσο για τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας όσο και για τους εμπλεκόμενους στον τουρισμό φορείς.

**Η έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα.** Το γεγονός πως ο ιδιωτικός τομέας υγείας δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς τον σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012:18)

---

<sup>40</sup> «Ειδικό ερωτηματολόγιο για τον εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τις κινητές μονάδες, τις ξενοδοχειακές υποδομές και άλλες παραμέτρους της νοσηλείας απεστάλη σε πολύ γνωστές ιδιωτικές μονάδες υγείας. Σε εκείνη την αρχική φάση ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥY αναδείχθηκε ο επικρατέστερος και υπέγραψε τη «χρυσή» συμφωνία με τον εμίρη του Κατάρ μέσω της πρεσβείας της αραβικής χώρας.»

αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού. Για τη θεραπεία των κακώς κειμένων απαιτούνται στοχευμένες θεσμικές παρεμβάσεις. Σε κάθε περίπτωση το κράτος πρέπει να είναι ο μοχλός και όχι η τροχοπέδη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Το **χαμηλό ποσοστό διεθνούς διαπίστευσης ή πιστοποίησης** των ιδιωτικών παρόχων υγείας. Η διαπίστευση/πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας ενός παρόχου από αναγνωρισμένους διεθνείς οργανισμούς αποτελεί αναγκαίο όρο για την είσοδό του στην εξειδικευμένη αγορά του ιατρικού τουρισμού. Η λειτουργία της είναι πολλαπλή, γιατί δημιουργεί ένα δυνατό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε ένα διεθνές οικονομικό περιβάλλον, εξασφαλίζει την αναγνώριση και την αποδοχή του παρόχου στην παγκόσμια αγορά, διευρύνει το μερίδιό του σε αυτή και ενισχύει την αξιοπιστία του και την εμπιστοσύνη των καταναλωτών.

Ζητούμενο εξακολουθεί να παραμένει επίσης η **δημιουργία μιας αναγνωρίσιμης επωνυμίας** (*brand name*) στον χώρο του ιατρικού τουρισμού (Ετήσια Μελέτη της Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ., 2007:59). Η φήμη που συνοδεύει έναν ιατρικό προορισμό είναι σημαντικό κίνητρο για την τελική επιλογή του. Επειδή ο ιατρικός τουρισμός απευθύνεται σε μια αγορά-στόχο με ιδιαιτερότητες ή ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, κάθε χώρα χρειάζεται ένα ισχυρό και αναγνωρίσιμο *brand name*, ώστε να διεισδύσει σε αυτή. Στόχος της συντονισμένης δράσης του Υπουργείου Τουρισμού και του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού για την τουριστική προβολή της χώρας μας στο εξωτερικό ήταν μεταξύ άλλων και η δημιουργία ενός αναγνωρίσιμου και διαχρονικού *brand name* (Υπουργείο Τουρισμού-Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού).

Η **έλλειψη προσωπικού**, η οποία αφορά τόσο στη νοσηλευτική και παραϊατρική ειδικότητα όσο και σε εξειδικευμένο προσωπικό που να ασχολείται με τον τομέα του ιατρικού τουρισμού. Ειδικότερα η διαπιστωμένη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού απειλεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και τη σωματική και ψυχολογική ακεραιότητα του προσωπικού που ήδη εργάζεται (Sullivan & Decker, 2005:231).

Η **συνεχιζόμενη και/ή εξειδικευμένη εκπαίδευση/επιμόρφωση του προσωπικού στον χώρο εργασίας**. Η κατάρτιση του στελεχικού δυναμικού σε συγκεκριμένους τομείς

εξειδίκευσης και προηγμένης τεχνολογίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάκριση ενός οργανισμού σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να διαχειρίζονται θέματα, όπως ο ιατρικός φάκελος ασθενούς, τα πληροφοριακά συστήματα υγείας ή η τηλεϊατρική. Επιπλέον, σε ό,τι αφορά στο θέμα του ιατρικού τουρισμού, θα πρέπει να γνωρίζουν άπταιστα τουλάχιστον μία διεθνή γλώσσα ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας να έχουν τη δυνατότητα απασχόλησης διερμηνέων γι' αυτόν τον σκοπό. Θα πρέπει ακόμη να είναι ευαισθητοποιημένοι απέναντι στις διαφορές κουλτούρας που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των διεθνών ασθενών τους αλλά και των συνοδών τους, ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις νέες αυξημένες ανάγκες του εργασιακού τους περιβάλλοντος (Sullivan & Decker, 2005:6).

Προβληματική θεωρείται ακόμη η **πολυδιάσπαση της διαχείρισης** του ελληνικού τουριστικού προϊόντος από διαφορετικούς φορείς και οργανισμούς του δημόσιου (Υπουργείο Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας και Τουρισμού, Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού) ή του ιδιωτικού τομέα (Σύνδεσμος Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων, Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδος, Σύνδεσμος των εν Ελλάδι Τουριστικών και Ταξιδιωτικών Γραφείων). Η προώθηση μιας ενιαίας τουριστικής αναπτυξιακής πολιτικής από έναν αρμόδιο φορέα θα ήταν ενδεχομένως περισσότερο αποτελεσματική, όπως δείχνει η εμπειρία του εξωτερικού. Στα πλαίσια αυτά προτείνεται η ανάπτυξη και η άμεση λειτουργία ενός Εθνικού Παρατηρητηρίου Τουρισμού, σε συνεργασία με πανεπιστήμια και τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα και με τη συνδρομή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (Σιγάλα & Χρήστου, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

### 7.1. Η νομική διάσταση του ιατρικού τουρισμού

Όταν ένα άτομο εισέρχεται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διατηρεί όλα τα βασικά και θεμελιώδη δικαιώματα, που έχουν οι πολίτες βάσει του Συντάγματος και που αποσαφηνίζονται στη σχετική νομοθεσία κάθε χώρας για τα δικαιώματα των ασθενών, όπως είναι η ιδιωτική ζωή, η εχεμύθεια, η σύμφωνη γνώμη που στηρίζεται στην ενημέρωση (πληροφορημένη συναίνεση) και η άρνηση θεραπείας (Sullivan & Decker, 2005:73-74).

Το νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει τους ασθενείς από κακές ή αθέμιτες επαγγελματικές πρακτικές (*malpractice*) στις χώρες ιατρικού προορισμού είναι συχνά ανεπαρκές ή ελλιπές. Η επισήμανση αυτή γίνεται, κυρίως, σε σύγκριση με την αυστηρή νομοθεσία που ισχύει στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και τις υψηλές αποζημιώσεις που προβλέπονται στην περίπτωση ιατρικού λάθους ή κακής άσκησης επαγγέλματος/επαγγελματικής αμέλειας (π.χ. λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων). Για τον λόγο αυτό το νομικό καθεστώς που διέπει τον ιατρικό τουρισμό έχει παρομοιαστεί ακόμη και με τον νόμο της «Άγριας Δύσης» (Johnston et al., 2010:10)!

Είναι αλήθεια ότι ο ιατρικός τουρισμός, εξαιτίας της ραγδαίας και απότομης ανάπτυξής του, διεξάγεται προς το παρόν εκτός ενός ενιαίου ρυθμιστικού πλαισίου (Johnston et al., 2010:2), το οποίο δημιουργεί ένα σημαντικό νομικό κενό. Η διαπίστωση αυτή αφορά όχι μόνο στους παρόχους υγείας αλλά και στους λειτουργούντες ως διαμεσολαβητές ιατρικού τουρισμού. Οι τελευταίοι κυριολεκτικά «φυτρώνουν σαν μανιτάρια» και οι ενέργειές τους ενδέχεται να υποκρύπτουν καιροσκοπισμό και κερδοσκοπία σε βάρος του ευάλωτου κατά κανόνα ιατρικού τουρίστα (Jagyasi, 2009:139). Συνεπώς, δεν είναι σπάνιο τα προβλήματα που δημιουργούν να είναι περισσότερα από τις λύσεις που προσφέρουν, εξαιτίας της πλεονεκτικής τους θέσης έναντι του πελάτη και της έλλειψης ενός πλαισίου ελέγχου για την ορθή λειτουργία του συνόλου της βιομηχανίας του ιατρικού τουρισμού. Η εικόνα του ασθενή-τουρίστα που αναρρώνει σε κάποιο εξωτικό θέρετρο απολαμβάνοντας τον ήλιο και τη θάλασσα αντανakλά την εκλαϊκευμένη και γραφική εκδοχή του ιατρικού τουρισμού (Johnston et al., 2010:2), η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις απέχει από την πραγματικότητα και εξυπηρετεί τους

σκοπούς της διαφήμισης, του μάρκετινγκ και της τουριστικής βιομηχανίας. Πρόκειται για σαφή παρερμηνεία του φαινομένου και διαστρέβλωση της πραγματικότητας, η οποία ενισχύεται από τις παραπλανητικές διαφημίσεις που ανθίζουν κυρίως στο διαδίκτυο. Ακόμη όμως και αν ο ιατρικός τουρισμός εντάσσεται στα πλαίσια μιας «εξωτικής εμπειρίας», δεν πάυει να ενέχει τους κινδύνους της και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη δέουσα σοβαρότητα.

Πράγματι, η νομική αβεβαιότητα που περιβάλλει τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη εμποδίζει τους πολίτες να επωφελούνται από την ελεύθερη κυκλοφορία στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Τα ζητήματα που προκύπτουν είναι πολλά και σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης, τη συνέχεια της φροντίδας, την ενημέρωση και τη συγκατάθεση των ασθενών, τα δικαιώματά τους, συμπεριλαμβανομένων των μηχανισμών για την εξασφάλιση της αποκατάστασης και τυχόν αποζημίωσης για ενδεχόμενες βλάβες αλλά και θέματα διαφάνειας του συνόλου της βιομηχανίας του ιατρικού τουρισμού.

Μόνο η εφαρμογή των διεθνών προτύπων για την άσκηση, την επιτήρηση και τον έλεγχο του ιατρικού τουρισμού θα επιτρέψει την προστασία των χρηστών υγείας αλλά και τον καλύτερο σχεδιασμό του από τους εμπλεκόμενους φορείς.

## **7.2. Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο για τον ιατρικό τουρισμό**

Επειδή ο τουρισμός αποτελεί σημαντική δραστηριότητα με συνεχώς αυξανόμενη οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική σημασία για την ανάπτυξη μιας χώρας, οι κυβερνήσεις επιθυμούν να ασκούν έλεγχο στο είδος και στην κατεύθυνση της ανάπτυξης του τουριστικού τομέα. Ιδιαίτερα, όταν ο τουρισμός εμπλέκεται στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, δεν μπορεί να αφηθεί στην τύχη της αγοράς (Μυλωνόπουλος και συν., 2011:83). Από την άποψη αυτή καθίσταται αναγκαία η θέσπιση ενός ενιαίου νομοθετικού πλαισίου για τους όρους και τις προϋποθέσεις άσκησης του ιατρικού τουρισμού.

Το 2013 αναλήφθηκε σχετική νομοθετική πρωτοβουλία και στη χώρα μας από τα Υπουργεία Τουρισμού και Υγείας, με την οποία καθορίστηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις για την άσκηση της δραστηριότητας του ιατρικού τουρισμού.

Με το νομοθετικό πλαίσιο (ΦΕΚ 175Α/08-08-2013 και ΦΕΚ Β' 3077/03-12-2013) για τον ιατρικό τουρισμό ρυθμίζονται θέματα, όπως: α) η πιστοποίηση των Ιατρικών Παρόχων β) το Μητρώο Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού και γ) η χορήγηση Ειδικού Σήματος Ιατρικού Τουρισμού. Ειδικότερα:

- Ως Πάροχος Ιατρικού Τουρισμού ορίζεται ο δημόσιος ή ιδιωτικός φορέας παροχής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος λειτουργεί νομίμως και παρέχει συνολικά ή κατά τμήμα ή μονάδα υπηρεσίες Ιατρικού Τουρισμού.
- Οι νόμιμα λειτουργούντες Ιατρικοί Πάροχοι θα πρέπει να πιστοποιούνται υποχρεωτικά από διεθνή φορέα, εξειδικευμένο στην πιστοποίηση υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Επιπλέον, οι ιατροί και οι μονάδες θα πρέπει να έχουν υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για ζητήματα αστικής ευθύνης. Σημειώνεται ότι αυτό δεν θα ισχύει για τους δημόσιους Ιατρικούς Παρόχους.
- Συνιστάται και τηρείται στο ΕΟΤ Μητρώο Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού (ΜΗ.Π.Ι.Τ.), στο οποίο εγγράφονται οι Πάροχοι Ιατρικού Τουρισμού, σύμφωνα με τις διατάξεις.
- Στο Μητρώο Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού, το οποίο τηρείται στον ΕΟΤ ηλεκτρονικά, καταχωρίζονται τα στοιχεία των Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού και οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.
- Μετά την εγγραφή στο Μητρώο, χορηγείται στους Παρόχους ιατρικού τουρισμού Ειδικό Σήμα Ιατρικού Τουρισμού, το οποίο είναι αορίστου διάρκειας.
- Ο Πάροχος Ιατρικού Τουρισμού ελέγχεται υποχρεωτικά για τη διατήρηση των ισχυουσών προϋποθέσεων, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο. Ο ΕΟΤ έχει το δικαίωμα να διαγράψει τον Πάροχο Ιατρικού Τουρισμού από το Μητρώο και να ανακαλέσει το Ειδικό/Διακριτικό Σήμα που φέρει, σε περίπτωση που δεν πληρείται οποιαδήποτε από τις προϋποθέσεις.
- Οι Πάροχοι Ιατρικού Τουρισμού υπόκεινται στις ισχύουσες διατάξεις για την ιατρική διαφήμιση και την ιατρική δεοντολογία.

Το 2014 εκδόθηκε νέα εξουσιοδοτική διάταξη (άρθρο 26, ν. 4276/2014, ΦΕΚ Α 155/30-7-2014) για την επίλυση διαδικαστικών θεμάτων που ανέκυψαν κατά την εφαρμογή της υπ. αριθμόν 27217/2013 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.



### 7.3. Το ευρωπαϊκό νομοθετικό πλαίσιο για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Η διεθνώς διαπιστωμένη αυξανόμενη κινητικότητα των ασθενών προς αναζήτηση ιατρικής φροντίδας εκτός των εθνικών συνόρων της χώρας τους δημιουργεί διεθνώς μια νέα πραγματικότητα και ως εκ τούτου ενέχει δυσκολίες που προκύπτουν λόγω διαφορετικής νομοθεσίας και πολιτικού περιβάλλοντος (Lee & Spisto, 2007).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προωθεί θεσμικά την ελεύθερη μετακίνηση ασθενών και τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Το 2011 εκδόθηκε σχετική οδηγία (2011/24/ΕΕ) για τα δικαιώματα των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (*Cross-Border Healthcare Directive*), σύμφωνα με την οποία οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έχουν το δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους ή, αν το επιλέξουν, την ελευθερία να ταξιδέψουν σε άλλο κράτος-μέλος εντός της ΕΕ (2011/24/ΕΕ)<sup>41</sup>.

Μέχρι την καθιέρωση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και τη θέσπιση της οδηγίας η υγειονομική περίθαλψη εκτός των εθνικών συνόρων αποτελούσε ιδιωτική υπόθεση για τους πολίτες των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Οδηγία αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο εκσυγχρονισμού του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου με σκοπό την απλοποίηση των απαιτούμενων διαδικασιών για τους ασθενείς, τους παρόχους και τη δημόσια διοίκηση.

Αναγνωρίζει ότι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα:

να επιλέγουν είτε δημόσια είτε ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη σε οποιαδήποτε χώρα της ΕΕ,

*(11)...ούτε η ειδική φύση της υγειονομικής περίθαλψης ούτε ο τρόπος που οργανώνεται ή χρηματοδοτείται συνιστούν λόγους εξαίρεσης της από το πεδίο εφαρμογής της θεμελιώδους αρχής της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.*

---

<sup>41</sup> Το 2013 με τον Νόμο υπ' αριθμ. 4213 (ΦΕΚ Α' 261/09-12-213) ψηφίστηκε η *Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και άλλες διατάξεις.*

με επιστροφή των σχετικών εξόδων,

*(13)...η υποχρέωση επιστροφής εξόδων διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να περιορίζεται στην υγειονομική περίθαλψη την οποία δικαιούται ο ασφαλισμένος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους μέλους ασφάλισης.*

*Το κράτος μέλος ασφάλισης επιστρέφει στον ασφαλισμένο τα έξοδα τα οποία θα είχαν καλυφθεί από το επίσημο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του κράτους αυτού αν η ίδια ή παρόμοια υγειονομική περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφος του. Σε κάθε περίπτωση, το κράτος μέλος ασφάλισης είναι αρμόδιο να καθορίζει την καλυπτόμενη υγειονομική περίθαλψη, ανεξαρτήτως του τόπου στον οποίο αυτή παρέχεται (Άρθρο 6, Παράγραφος 1: Παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος).*

καθώς επίσης το δικαίωμα να αποφασίζουν για τις δυνατότητες θεραπείας πλήρως ενημερωμένοι.

*(19) Όταν ένας ασθενής δέχεται διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, έχει γι' αυτόν ζωτική σημασία να γνωρίζει εκ των προτέρων τους κανόνες που ισχύουν. Οι εφαρμοστέοι στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη κανόνες θα πρέπει να είναι αυτοί της νομοθεσίας του κράτους μέλους θεραπείας,.... Αυτό θα βοηθά τον ασθενή να προβαίνει σε τεκμηριωμένη επιλογή και θα αποτρέπει παρερμηνείες και παρανοήσεις. Θα εγκαθιστά επίσης υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενούς και του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης.*

*(20) ... Πέραν αυτού, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να παρέχουν στους ασθενείς κατόπιν αιτήσεώς τους πληροφορίες για συγκεκριμένες πτυχές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν και για τις επιλογές θεραπείας.*

Το δικαίωμα της τεκμηριωμένης επιλογής αναφέρεται και στην διαφάνεια όσον αφορά τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας.

*(20) ...τα κράτη μέλη θεραπείας θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς από άλλα κράτη μέλη λαμβάνουν κατόπιν αιτήσεώς τους πληροφορίες που αφορούν τα πρότυπα ασφάλειας και ποιότητας που ισχύουν στο έδαφός του καθώς και τους συγκεκριμένους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στους οποίους εφαρμόζονται τα πρότυπα αυτά.*

*(24) Τα κράτη μέλη θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι υπάρχουν μηχανισμοί για την προστασία των ασθενών και για την άσκηση ενδίκων μέσων σε περίπτωση βλάβης από υγειονομική περίθαλψη που παρασχέθηκε στο έδαφός τους και ότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι κατάλληλοι για τη φύση ή το βαθμό του κινδύνου.*

Αν και δεν αναφέρεται σε άτομα που ταξιδεύουν ειδικά, για να λάβουν υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού, η νομοθετική πρόβλεψη της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να λειτουργήσει συνεπικουρικά προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού, καθώς ανοίγει δίαυλους επικοινωνίας, συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Μακροπρόθεσμα η πολιτική της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης συνεπάγεται την ολοένα στενότερη σύνδεση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς να αποκλείει ενδεχομένως και τη μελλοντική σύγκλισή τους.

Η «άμβλυνση» των συνόρων στο πλαίσιο της οδηγίας της ΕΕ αναμένεται να δώσει την κατάλληλη ώθηση για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην ΕΕ εντός ενός επίσημου θεσμικού πλαισίου.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## Κεφάλαιο 8 Μεθοδολογία μελέτης

### 8.1. Σκοπός μελέτης

Η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών δομών υγείας στον τομέα του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα.

Ειδικότερα, επιχειρεί να δώσει απάντηση στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα;
- β) Σε τι βαθμό έχουν δραστηριοποιηθεί οι ενδιαφερόμενοι κλάδοι;
- γ) Ποιες είναι οι ευκαιρίες και οι προοπτικές ανάπτυξης του τομέα αυτού;

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Η αποτύπωση των κύριων ευρημάτων του ερωτηματολογίου και η σύνθεση αυτών με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τη διεξαγωγή χρήσιμων για το θέμα μας συμπερασμάτων.
- Η συμπλήρωση των σχετικών και σχετιζόμενων με τον ιατρικό τουρισμό δεδομένων.
- Η αξιοποίηση των συμπερασμάτων της μελέτης ως πηγή πληροφόρησης για κάθε ενδιαφερόμενο ή μελλοντικό ερευνητή.
- Η συμβολή στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση όλων, όσοι αναζητούν θετική προοπτική της προσέγγισης και της ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα.
- Η αδρή αντιστοίχιση και σύγκριση των διεθνών δεδομένων και τάσεων στον τομέα του ιατρικού τουρισμού με την υφιστάμενη κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας.

### 8.2. Είδος μελέτης

Ο τύπος της μελέτης ανήκει στην κατηγορία των συγχρονικών μελετών (*cross-sectional*), καθώς αποτυπώνει την παρουσία του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο κατά την οποία διενεργείται η ερευνητική εργασία (2014).

### 8.3. Ερευνητικό Εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο που έχει σχεδιαστεί από τον λέκτορα Μάρκετινγκ του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Πατρών, Φ. Θεοφανίδη και τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Β. Παπανικολάου για την ερευνητική εργασία “Exploring and exploiting medical tourism opportunities in Greece” (Παράρτημα I & II). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας παρουσιάστηκαν στο 2<sup>ο</sup> Επιστημονικό συνέδριο για το Μάρκετινγκ και τη Διοίκηση Τουρισμού & Φιλοξενίας (*International Scientific Conference: Advances in Hospitality and Tourism Marketing & Management*), που πραγματοποιήθηκε στην Κέρκυρα στις 31 Μαΐου - 3 Ιουνίου του 2012.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δεκαεπτά (17) ερωτήσεις, κυρίως, κλειστού τύπου, οι οποίες απαιτούν κατηγορηματική απάντηση ή αναζητούν αριθμητικά δεδομένα αλλά και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών.

Στο ερωτηματολόγιο συμπληρώνονται στοιχεία που αφορούν στα κύρια χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών δομών, όπως είναι ο κλάδος δραστηριοποίησης (π.χ. κέντρο αποκατάστασης, μονάδα αιμοκάθαρσης κλπ), η έδρα λειτουργίας του (δήμος, νομός), το έτος ίδρυσης και ο ορισμός της θέσης εργασίας του ατόμου που ανέλαβε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων καλύπτει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων σχετικών με τον ιατρικό τουρισμό. Ειδικότερα, αναφέρεται σε ζητήματα που αφορούν:

- την κρατική πολιτική
  - Είχατε μέχρι τώρα οποιαδήποτε είδους στήριξη από το ελληνικό κράτος, για να αναπτύξετε την τουριστική ιατρική στην κλινική σας;
- την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού
  - Θεωρείτε ότι σας έχει ευνοήσει η τοποθεσία της κλινικής σας για την καλύτερη εξέλιξη του ιατρικού τουρισμού που εφαρμόζετε;
  - Αν θεωρείτε ότι η τοποθεσία της κλινικής σας, σας έχει ευνοήσει πολύ ή πάρα πολύ, επιλέξτε για ποιον από τους ακόλουθους λόγους.



- Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με την τουριστική ιατρική στην κλινική σας;
- Θεωρείτε, σύμφωνα με την εμπειρία σας, βιώσιμη μια κλινική που ασχολείται αποκλειστικά με την τουριστική ιατρική;
- Έχετε ως στόχο να διευρύνετε μελλοντικά τις υπηρεσίες σας στην τουριστική ιατρική;
- την τιμολογιακή πολιτική
  - Έχετε μειώσει τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρετε στους εκτός χώρας ασθενείς σας, ώστε να είναι πιο ανταγωνιστικές από τις αντίστοιχες του εξωτερικού;
- τη διασφάλιση ποιότητας
  - Έχετε χρησιμοποιήσει κάποιους συγκεκριμένους τρόπους πιστοποίησης της ποιότητάς σας; Και αν ναι, ποιοι είναι αυτοί;
- τη διαχείριση της προβολής και του μάρκετινγκ
  - Ποιους τρόπους και ποια μέσα διαφήμισης της κλινικής σας στο εξωτερικό έχετε επιλέξει;
  - Έχετε δημιουργήσει σε αυτές τις χώρες κάποια ιδιαίτερη διαφημιστική καμπάνια, για να προσελκύσετε περισσότερο κόσμο; Και αν ναι, ποιο μέσο διαφήμισης χρησιμοποιήσατε;
  - Συνεργάζεστε με εταιρείες διαμεσολαβητών (εταιρείες που βοηθούν στην επίτευξη συμφωνίας σας με τους πελάτες);
- το πεδίο εφαρμογής των υπηρεσιών υγείας του ιδιώτη παρόχου
  - Ποιες ιατρικές υπηρεσίες προσφέρετε στους ασθενείς σας;
  - Εκτός από ιατρικές, τι άλλου είδους υπηρεσίες προσφέρετε στους ασθενείς και ταυτόχρονα επισκέπτες της πόλης σας;
- ερωτήσεις προσανατολισμένες στην αναγνώριση της αγοράς-στόχου
  - Ποιος είναι ο αριθμός των επισκεπτών σας από το εξωτερικό κατά τα έτη 2010 έως 2014;

- ο Ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών σας από ποιες χώρες προερχόταν για το έτος 2014

Ως ομάδα εκπροσώπησης για την άντληση των δεδομένων ορίστηκαν αρμόδιοι του διοικητικού τομέα, και ειδικότερα προϊστάμενοι/διευθυντές από τα τμήματα Μάρκετινγκ, Εξυπηρέτησης Διεθνών Ασθενών και Ιατρικού Τουρισμού.

Η ταχύτερη χρονικά λήψη του ερωτηματολογίου από τη μεριά τόσο του δέκτη όσο και του λήπτη, σε συνδυασμό με την προσβασιμότητα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές ήταν οι κύριοι λόγοι επιλογής για τη συλλογή των δεδομένων μέσω της ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Επιπλέον, προσμετρήθηκε η ευελιξία ως προς τον χρόνο συμπλήρωσής του από τη μεριά των ερωτηθέντων.

Η περίοδος αποστολής των ερωτηματολογίων και η ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων της μελέτης διήρκεσε από τις αρχές του Οκτώβρη 2014 έως τα τέλη Ιανουαρίου 2015. Από τον Οκτώβριο έως και τα μέσα του Νοεμβρίου εστάλη το σύνολο των ερωτηματολογίων. Ωστόσο, λόγω της αργής ροής των απαντήσεων και του μειωμένου αριθμού συμμετοχής, έγινε εκ νέου προσπάθεια προσέγγισης των εν δυνάμει συμμετεχόντων για την επιβεβαίωση της λήψης της αιτήσεως συμμετοχής στην έρευνα, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, καθώς και για διευκρινήσεις σχετικά με τη διεκπεραίωση του αιτήματος και για αποστολή εκ νέου του ερωτηματολογίου, χωρίς όμως αυτό να συμβάλει ουσιαστικά στην αύξηση του τελικού δείγματος.

#### **8.4. Δείγμα - Πεδίο εφαρμογής της μελέτης**

Το μέγεθος του δείγματος καλύφθηκε με διαμοίραση ερωτηματολογίων σε όλη την Ελλάδα, καθώς σκοπός της έρευνας είναι η αρχική αποτύπωση των γεωγραφικών τάσεων στον ελλαδικό χώρο, εάν και εφόσον υπάρχουν. Βέβαια, η υφιστάμενη κατάσταση της τουριστικής ανάπτυξης των Περιφερειών της χώρας είναι κριτήριο που επηρεάζει τη δυνητική ζήτηση του όποιου τουριστικού προϊόντος και ως εκ τούτου και του ιατρικού τουρισμού.

Για τη διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας βασική μονάδα της δειγματοληψίας (*sampling unit*) και υποκείμενο της έρευνας αποτέλεσαν δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, η έρευνα επικεντρώνεται σε ιδιωτικούς παρόχους υγείας.

Ως πάροχοι υπηρεσιών υγείας ορίζονται τα «φυσικά πρόσωπα (γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας) ή νομικά πρόσωπα (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, ιατρικές εταιρείες, πολυϊατρεία, πολυοδοντιατρεία και τμήματα εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών), τα οποία παρέχουν νόμιμα υπηρεσίες φροντίδας υγείας» (ΦΕΚ Β' 3054-2012, Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας).

Ως παροχές υγείας σε είδος σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΦΕΚ Β' 3054-2012) ορίζονται: 1) η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, 2) η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – η ιατρική περίθαλψη – οι διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, 3) οι παρακλινικές εξετάσεις, 4) η φυσικοθεραπεία–εργοθεραπεία–λογοθεραπεία–ψυχοθεραπεία, 5) η φαρμακευτική περίθαλψη, 6) η οδοντιατρική–στοματολογική περίθαλψη, 7) η ειδική αγωγή, 8) η λοιπή περίθαλψη, 9) η νοσοκομειακή περίθαλψη, 10) η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, 11) οι δαπάνες μετακίνησης ασθενών, 12) η μαιευτική περίθαλψη–επίδομα τοκετού, 13) η νοσηλεία στο εξωτερικό, 14) η αποκατάσταση της υγείας, 15) η παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων–πρόσθετη περίθαλψη, 16) τα επιδόματα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας.

Συγκεκριμένα περιλήφθηκαν:

- **ιδιωτικές κλινικές-θεραπευτήρια**

Ως Ιδιωτική Κλινική αναγνωρίζεται «η υγειονομική μονάδα, στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας ασθενών, σύμφωνα με τις παραδεδεγμένες σύγχρονες αντιλήψεις και μεθόδους της Ιατρικής Επιστήμης» (Άρθρο 1 του Π.Δ. 247/1991). Οι ιδιωτικές Ψυχιατρικές και Παιδιατρικές Κλινικές, οι οποίες υπάγονται σε ειδική κατηγορία, δεν περιλήφθηκαν στο δείγμα της μελέτης.

- **κέντρα αποκατάστασης & αποθεραπείας**

Ως Κέντρο Αποθεραπείας–Αποκατάστασης (Κ.Α.Α.) προσδιορίζεται «η αυτοτελής και ανεξάρτητη Μονάδα, στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς, οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού [...] χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και τις μεθόδους της Ιατρικής αποκατάστασης» (Π.Δ. 395/1993).

- **οφθαλμολογικά & οδοντιατρικά κέντρα-κέντρα πλαστικής/αισθητικής χειρουργικής**

Ως ιδιωτικό πολυ-ιατρείο ή πολυ-οδοντιατρείο εννοείται «η σύνθεση τριών τουλάχιστον ιδιωτικών ιατρείων ή οδοντιατρείων...». Τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης που συνθέτουν το ιδιωτικό πολύ-ιατρείο στεγάζονται σε λειτουργικά ενιαίο χώρο, κατάλληλα διαρρυθμισμένο και εξοπλισμένο (Π.Δ. 180/2009).

- **μονάδες αιμοκάθαρσης**

Οι Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και οι Μονάδες Τεχνητού Νεφρού αποτελούν ειδικά οργανωμένες μονάδες εφαρμογής μεθόδων υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

- **κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης & τεχνητής αναπαραγωγής**

Οι Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ευρέως γνωστές και ως κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι ειδικά οργανωμένες μονάδες, στις οποίες εφαρμόζονται μέθοδοι και τεχνικές, συναφείς προς τις μεθόδους της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.) (Μητροσύλη, 2007).

Ως επίσημη βάση εύρεσης των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας και δειγματολογικό πλαίσιο χρησιμοποιήθηκε ο «Διαδραστικός Χάρτης Ιατρικού Τουρισμού» (*Medical Tourism Interactive Map*), ο οποίος έχει σχεδιαστεί από το Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδος (ΞΕΕ). Στην επίσημη διαδικτυακή του πύλη ([www.grhotels.gr](http://www.grhotels.gr)) το Επιμελητήριο παρέχει *on-line* υπηρεσία ηλεκτρονικής αναζήτησης των παρόχων υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (τελευταία πρόσβαση στις 30/10/2014). Ο χάρτης καλύπτει νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, κέντρα αποκατάστασης και κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στον ίδιο χάρτη παρατίθενται και στοιχεία για ξενοδοχεία με κριτήρια ειδικών παρεχόμενων υπηρεσιών (ξενοδοχεία για ΑΜΕΑ) και μη σε όλη την Ελλάδα.

Για τις μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης και τεχνητού νεφρού που δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα αξιοποιήθηκε ως βάση εύρεσης η επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας [www.ene.gr](http://www.ene.gr). Στη συγκεκριμένη διαδικτυακή πύλη προβάλλονται οι δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης και τεχνητού νεφρού της Αθήνας και της περιφέρειας (τελευταία πρόσβαση στις 30/10/2014).

Ως πηγή εύρεσης για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας στην κατηγορία των πολυ-ιατρείων (οδοντιατρικά και οφθαλμολογικά κέντρα, κέντρα πλαστικής/αισθητικής χειρουργικής), χρησιμοποιήθηκαν:

α) η επίσημη ιστοσελίδα της εταιρείας *Temos Hellas* ([www.temos-hellas.com](http://www.temos-hellas.com)) και της *Temos Aegean* (<http://temos-aegean.info/ins>), οι οποίες εκπροσωπούν στην Ελλάδα και στην Κύπρο τον γερμανικό οργανισμό Διεθνούς Πιστοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Τουρισμού TEMOS (τελευταία πρόσβαση στις 30/10/2014).

β) οι επίσημες ιστοσελίδες προβολής και προαγωγής του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα:

- ο διαδικτυακός οδηγός υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού της εταιρείας *MedTourism* ([www.medtourism.gr](http://www.medtourism.gr))
- η ιστοσελίδα πληροφοριών υγείας *Treatment Abroad* (<http://www.treatmentabroad.com>), δημιούργημα της *Intuition Communication*, η οποία καλύπτει διάφορους τομείς της υγείας και της ιατρικής αγοράς
- η ιστοσελίδα *Medical Travel in Greece* της εταιρείας T&T Executive ([www.medicaltravelingreece.com](http://www.medicaltravelingreece.com)), η οποία παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες διαχείρισης ταξιδιών
- η ιστοσελίδα της *WhatClinic.com*, στην οποία είναι καταχωρημένες πάνω από 100.000 κλινικές και η οποία πρεσβεύει το μοτίβο του ενημερωμένου καταναλωτή και της συνειδητής επιλογής ([www.whatclinic.com](http://www.whatclinic.com)).

#### 8.4.1. Κριτήρια εισαγωγής & αποκλεισμού

Το αντιπροσωπευτικό δείγμα της μελέτης προέκυψε από μη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία του πληθυσμού των ιδιωτικών επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών υγείας, βάσει ορισμένων κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού, κατά την κρίση της ερευνήτριας (σκόπιμη ή δειγματοληψία κρίσεως).

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας που περιλήφθηκαν στο δείγμα είχαν είτε επίσημη αναγνώριση θεσμικής συμμόρφωσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα διαπίστευσης ή πιστοποίησης άσκησης ιατρικού τουρισμού είτε παρουσία σε διεθνή και εθνικά δίκτυα παρουσίασης υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Επίσης, εδρεύουν σε αστικά κέντρα ή σε περιοχές τουριστικού ενδιαφέροντος.

Τα κριτήρια αποκλεισμού που εφαρμόστηκαν ήταν τα εξής:

- Δεν περιλήφθηκαν ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι λειτουργούν μεμονωμένα, αποκλείστηκαν δηλαδή ιδιωτικά ιατρεία, ιδιωτικά οδοντιατρεία, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.
- Η δυναμικότητα των κλινών στις ιδιωτικές κλινικές αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού. Έτσι, ιδιωτικές κλινικές μικρής δυναμικότητας (έως 60 κλίνες) εξαιρέθηκαν από την παρούσα έρευνα. Τα δεδομένα για τη δυναμικότητα των κλινών των ιδιωτικών κλινικών της χώρας αντλήθηκαν από την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας: <http://www.moh.gov.gr><sup>42</sup>.
- Εξαιρέθηκαν του δείγματος οι ιδιωτικές ψυχιατρικές και παιδιατρικές κλινικές.
- Σχετικά με τις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και Τεχνητού Νεφρού ερωτηματολόγια εστάλησαν μόνο στις μονάδες εκείνες που λειτουργούν ως δομή και όχι ως τμήμα κλινικής.
- Πάροχοι υπηρεσιών υγείας που δεν διέθεταν τη χρονική περίοδο της μελέτης ηλεκτρονική διεύθυνση επικοινωνίας δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα.
- Εξαιρέθηκαν, επίσης, ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες δεν διέθεταν διαδικτυακή πύλη/ιστοσελίδα ή η ιστοσελίδα τους ήταν διαθέσιμη μόνο στην ελληνική γλώσσα.

---

<sup>42</sup> Κατάσταση Ιδιωτικών Κλινικών της Χώρας – Πηγή: <http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/xrhsima-thlefwna-amp-dieythynseis/80-katastash-idiwtikwn-klinikwn-ths-xwras> (τελευταία ενημέρωση στις 30/10/14).

- Τα συνεργαζόμενα ιατρεία Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.) ή παραρτήματα κλινικών στην ίδια έδρα, με κοινό *site* και *e-mail* επικοινωνίας θεωρήθηκαν ως ενιαία δομή αριθμητικά και ως κοινός αποδέκτης του αιτήματος συμμετοχής στην έρευνα για την αποφυγή διπλής απογραφής του ίδιου δείγματος.

## **8.6. Ηθική και δεοντολογία**

Το μέγεθος του δείγματος καλύφθηκε με τη διαμοίραση ερωτηματολογίων σε όλη τη χώρα, μετά από άδεια έγκρισης εκπόνησης της μελέτης από τους διοικητικά ή/και επιστημονικά αρμόδιους υπεύθυνους. Η συγκατάθεση της συμμετοχής των παρόχων υγείας εξασφαλίστηκε, αφού προηγήθηκε γραπτή ενημέρωση για τον σκοπό της μελέτης και διαβεβαίωση για τον εθελοντικό χαρακτήρα της. Η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών προστατεύθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής εργασίας και μετά την ολοκλήρωσή της. Επιπλέον, υπάρχει η δέσμευση ότι τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα αφορούν αποκλειστικά στη συγκεκριμένη μελέτη και σε καμία περίπτωση δεν θα εξυπηρετήσουν σκοπούς άλλης έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 9.1. Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Η διαχείριση και η ανάλυση των δεδομένων αφορά:

α) στη στατιστική επεξεργασία και ανάλυσή τους με το στατιστικό πακέτο *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS (έκδοση 20). Ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται για όλες τις συνεχείς μεταβλητές. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται σε πίνακες συχνοτήτων και γράφημα αντίστοιχα.

### 9.2. Ανάλυση και παρουσίαση δείγματος μελέτης

Από το δειγματοληπτικό πλαίσιο των 290 παρόχων υπηρεσιών υγείας του «Διαδραστικού Χάρτη Ιατρικού Τουρισμού» και των 72 ιδιωτικών Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και Τεχνητού Νεφρού, βάσει των κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού, περιλήφθηκαν στο αντιπροσωπευτικό δείγμα, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί οι εξής αριθμητικά δομές (Πίνακας 9.1).

**Πίνακας 9.1:** Δείγμα ανά κατηγορία παρόχου

Κατηγορία Πάροχου Υπηρεσιών Υγείας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Ιδιωτικές Κλινικές	35	20,3
Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	48	27,9
Κέντρα Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	24	14,0
Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης & Τεχνητού Νεφρού	34	19,8
Ιδιωτικά πολυ-ιατρεία	31	18,0
<b>Σύνολο</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>



Επισημαίνεται ότι, αν και ερωτηματολόγια εστάλησαν σε όλο το μέγεθος του δείγματος, το τελικό δείγμα της μελέτης (Πίνακας 9.2) αποτελείται μόνο από 21 συμμετέχουσες δομές (n=21), με ποσοστό ανταπόκρισης 12,21%, το οποίο κρίνεται χαμηλό. Τα αναπάντητα ερωτηματολόγια προέκυψαν, κυρίως, από δεδηλωμένη, συνειδητή αποχή ή δια της σιωπής. Η χαμηλή απαντητικότητα οφείλεται, κυρίως, σε λόγους επιχειρηματικής πολιτικής (έλλειψη βούλησης για δημοσιοποίηση οικονομικών στοιχείων της εταιρείας) ή μη ουσιαστικής ενασχόλησης με τον ιατρικό τουρισμό (έλλειψη ικανού αριθμού πελατών/ιατρικών τουριστών). Στη στάση αυτή συμβάλλει ακόμη και η έλλειψη ενός σαφούς νομοθετικού πλαισίου για τον ιατρικό τουρισμό.

**Πίνακας 9.2:** Αριθμός απαντήσεων ανά κατηγορία παρόχου υπηρεσιών υγείας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	3	14,3
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥ- ΙΑΤΡΕΙΟ	2	9,5
ΜΟΝΑΔΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ & ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	12	57,2
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	4	19,0
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (33%) εδρεύει στον νομό Αττικής. Οι γεωγραφικές θέσεις της έδρας αυτών των κλινικών παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα συχνοτήτων (Πίνακας 9.3).

**Πίνακας 9.3:** Συμμετοχή παρόχων ανά έδρα

		Συμμετοχή παρόχων ανά έδρα			
		Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα	Απόλυτη Αθροιστική Συχνότητα	Απόλυτη Σχετική Συχνότητα
Έδρα δράσης	ΑΘΗΝΑ	7	33,3	33,3	33,3
	ΑΙΓΙΝΑ	1	4,8	4,8	38,1
	ΑΜΑΛΙΑΔΑ	1	4,8	4,8	42,9
	ΒΟΙΩΤΙΑ	1	4,8	4,8	47,6
	ΛΑΡΙΣΑ	1	4,8	4,8	52,4

ΣΕΡΡΕΣ	1	4,8	4,8	57,1
ΡΟΔΟΣ	1	4,8	4,8	61,9
ΚΑΛΑΜΑΤΑ	1	4,8	4,8	66,7
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	1	4,8	4,8	71,4
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	2	9,5	9,5	81,0
ΒΟΛΟΣ	2	9,5	9,5	90,5
ΧΑΛΚΙΔΑ	1	4,8	4,8	95,2
ΙΩΑΝΝΙΝΑ	1	4,8	4,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Ως προς την άντληση των δεδομένων και τη θέση υπευθυνότητας των ανθρώπων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, το 42,9% εξ αυτών ήταν σε θέση Διοικητικού Διευθυντή. Υπήρχε μόνο μία απάντηση από υπεύθυνο ειδικευμένου τμήματος ενασχόλησης με τον ιατρικό τουρισμό (Γραφείο Διεθνών Ασθενών-*International Patient Department*/ Τμήμα Τουρισμού-*Tourism Department*) (Πίνακας 9.4).

**Πίνακας 9.4:** Θέση υπεύθυνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	1	4,8
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	2	9,5
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΚΩΝ & ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	1	4,8
ΔΙΕΥΘΥΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ	1	4,8
ΔΙΟΙΚΗΣΗ	2	9,5
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	9	<b>42,9</b>
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ	1	4,8
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΗΣ	1	4,8
ΠΡΟΕΔΡΟΣ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ	1	4,8
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	1	4,8
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	1	4,8
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

### 9.3. Ανάλυση και παρουσίαση των ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ερωτήσεων με πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα. Ως προς την πληρότητα των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες έχουν απαντήσει στην πλειοψηφία τους σχεδόν στο σύνολο των ερωτήσεων. Ο μικρότερος αριθμός απαντημένων ερωτήσεων είναι 5 από τις 17 (Πίνακας 9.5).

**Πίνακας 9.5:** Αριθμός απαντημένων ερωτήσεων

		Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Ερωτήσεις	5	1	4,8
	11	1	4,8
	13	1	4,8
	14	1	4,8
	15	2	9,5
	16	8	38,0
	17	7	33,3
	<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις ανά ερώτηση και το ποσοστό ανταπόκρισης.

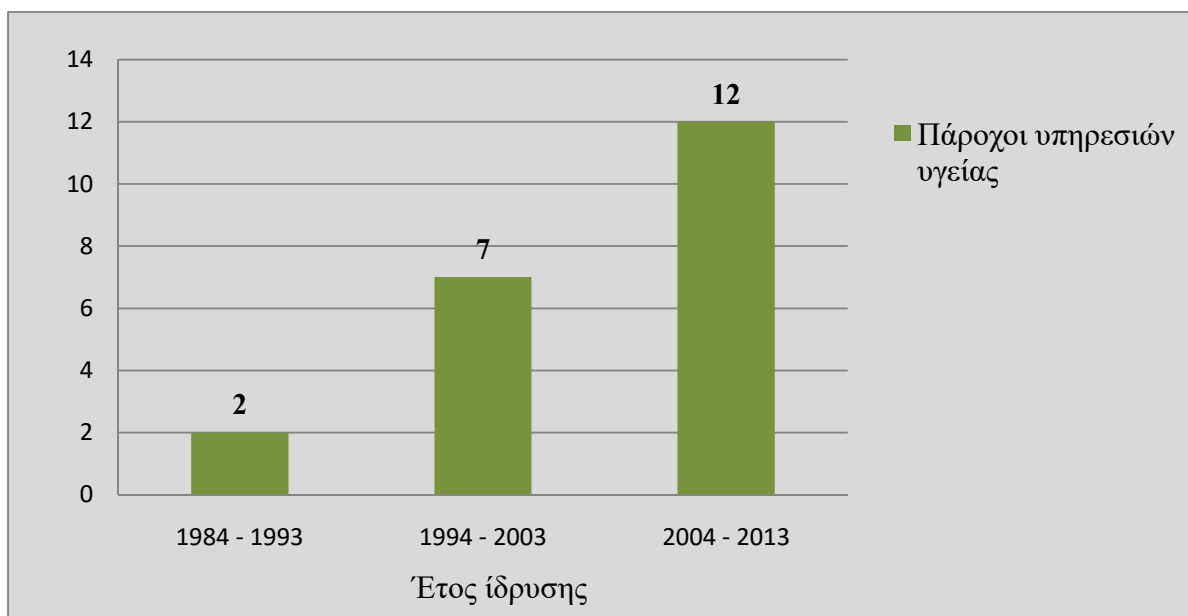
**Πίνακας 9.6:** Αριθμός απαντήσεων ανά ερώτηση και ποσοστό μη ανταπόκρισης ανά ερώτηση

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ		Ποσοστό μη ανταπόκρισης
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1. Έτος ίδρυσης	21	0	0,0
2. Πόσες κλίνες διαθέτει η κλινική σας;	19	2	9,5
3. Ποιος ήταν ο αριθμός των επισκεπτών σας από το εξωτερικό κατά τα έτη 2010 έως 2014;	18	3	14,3
4. Έχετε μειώσει τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρετε στους εκτός χώρας ασθενείς σας, ώστε να είναι πιο ανταγωνιστικές από τις αντίστοιχες του εξωτερικού;	14	7	33,3
5. Είχατε μέχρι τώρα οποιαδήποτε είδους στήριξη από το	19	2	9,5

ελληνικό κράτος, για να αναπτύξετε την τουριστική ιατρική στην κλινική σας;			
6. Ποιες από τις ακόλουθες ιατρικές υπηρεσίες προσφέρετε στους ασθενείς σας;	21	0	0,0
7. Εκτός από τις ιατρικές τι άλλου είδους υπηρεσίες προσφέρετε στους ασθενείς και ταυτόχρονα επισκέπτες της πόλης σας;	18	3	14,3
8. Ποιους τρόπους και ποιά μέσα διαφήμισης της κλινικής σας στο εξωτερικό έχετε επιλέξει;	20	1	4,8
9. Συνεργάζεστε με εταιρείες διαμεσολαβητών;	20	1	4,8
10. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών σας από ποιες χώρες προέρχεται για το έτος 2014;	17	4	19,0
11. Έχετε δημιουργήσει σε αυτές τις χώρες κάποια ιδιαίτερη διαφημιστική καμπάνια για να προσελκύσετε περισσότερο κόσμο; Και αν ναι, ποιο μέσο διαφήμισης χρησιμοποιήσατε;	17	4	19,0
12. Θεωρείτε ότι σας έχει ευνοήσει η τοποθεσία της κλινικής σας για την καλύτερη εξέλιξη του ιατρικού τουρισμού που εφαρμόζετε;	20	1	4,8
13. Για ποιούς λόγους;	17	4	19,0
14. Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με την τουριστική ιατρική στην κλινική σας;	20	1	4,8
15. Έχετε χρησιμοποιήσει συγκεκριμένους τρόπους πιστοποίησης της ποιότητάς σας;	19	2	9,5
16. Θεωρείτε, σύμφωνα με την εμπειρία σας, βιώσιμη μια κλινική που ασχολείται αποκλειστικά με την τουριστική ιατρική;	21	0	0,0
17. Έχετε ως στόχο να διευρύνετε μελλοντικά τις υπηρεσίες σας στην τουριστική ιατρική;	21	0	0,0

### 9.3.1. Ερώτηση 1

Σε σχέση με τις δομές, όπως προκύπτει από την ερώτηση 1 «Ποιο έτος ιδρύθηκε η κλινική σας;», διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των απαντήσεων αφορά σε νέες επιχειρήσεις, οι οποίες ξεκίνησαν τη λειτουργία τους μετά το έτος 2004 (Γράφημα 9.1).



**Γράφημα 9.1:** Έτος ίδρυσης παρόχων

### 9.3.2. Ερώτηση 2

Αντίστοιχα στον πίνακα 9.7 παρουσιάζεται η δυναμικότητα των κλινών/θέσεων των δομών που συμμετείχαν στην έρευνα. Από τη συγκεκριμένα ερώτηση εξαιρούνται τα πολύ-ιατρεία, τα οποία δεν διαθέτουν κλίνες.

**Πίνακας 9.7:** Περιγραφικά μέτρα δυναμικότητας κλινών ανά κατηγορία παρόχου

	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση
<b>Ιδιωτική Κλινική</b>	3	66,00	1200,00	584,00	486,00	573,32
<b>Κ. Α. Α.</b>	4	40,00	125,00	82,50	82,50	37,22
<b>Μ.Χ.Α. &amp; Τ.Ν.</b>	12	10,00	30,00	23,00	26,00	6,07

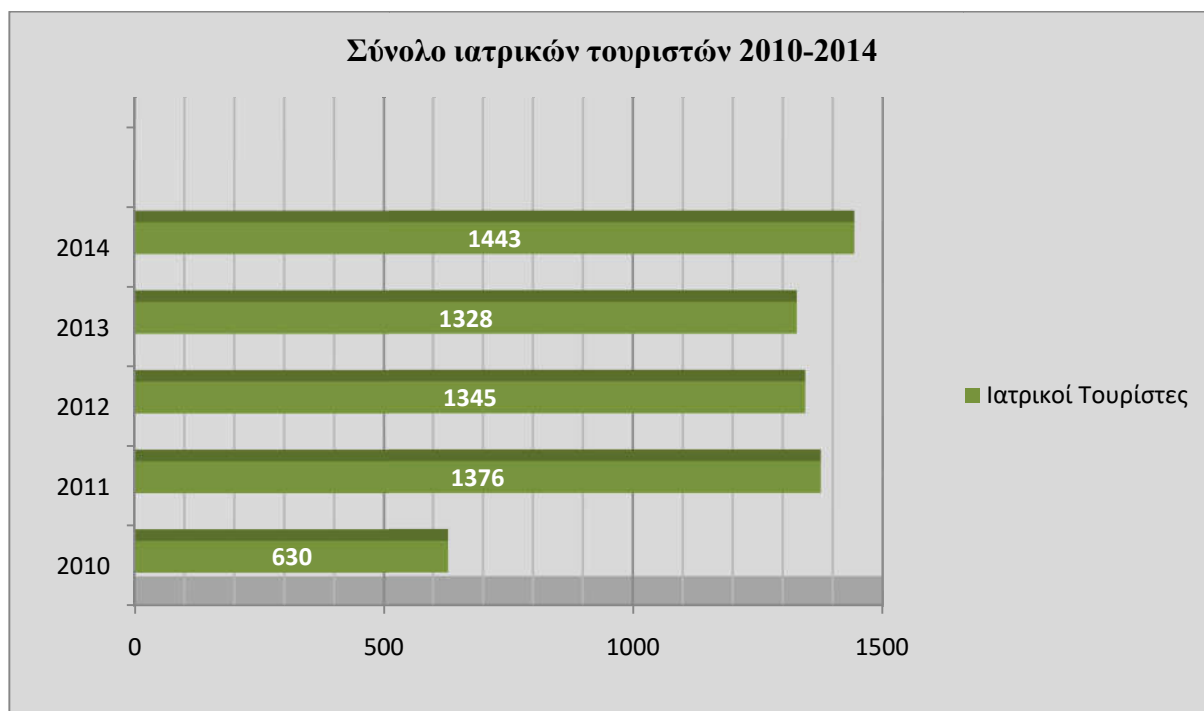
### 9.3.3. Ερώτηση 3

Η ερώτηση «Ποιος είναι ο αριθμός των επισκεπτών σας από το εξωτερικό κατά τα έτη 2010 έως 2014;» έμεινε αναπάντητη από τρεις δομές. Επιπλέον, υπάρχει απουσία τιμής στο σύνολο των απαντήσεων όπου είτε δεν λειτουργούσε ο πάροχος υπηρεσιών υγείας τη χρονική περίοδο ορισμού είτε δεν υπήρξε καταμέτρηση ιατρικού τουρίστα.

Το 2014 υπάρχει αύξηση της εισροής ιατρικών τουριστών μετά την πτώση που σημειώθηκε κατά τη διετία 2012-2013 (Πίνακας 9.8).

**Πίνακας 9.8:** Εισροή ιατρικών τουριστών (2010-2014)

	2010	2011	2012	2013	2014
Σύνολο παρόχων υπηρεσιών υγείας	12	14	17	17	17
Σύνολο ιατρικών τουριστών	630	1376	1345	1328	1443

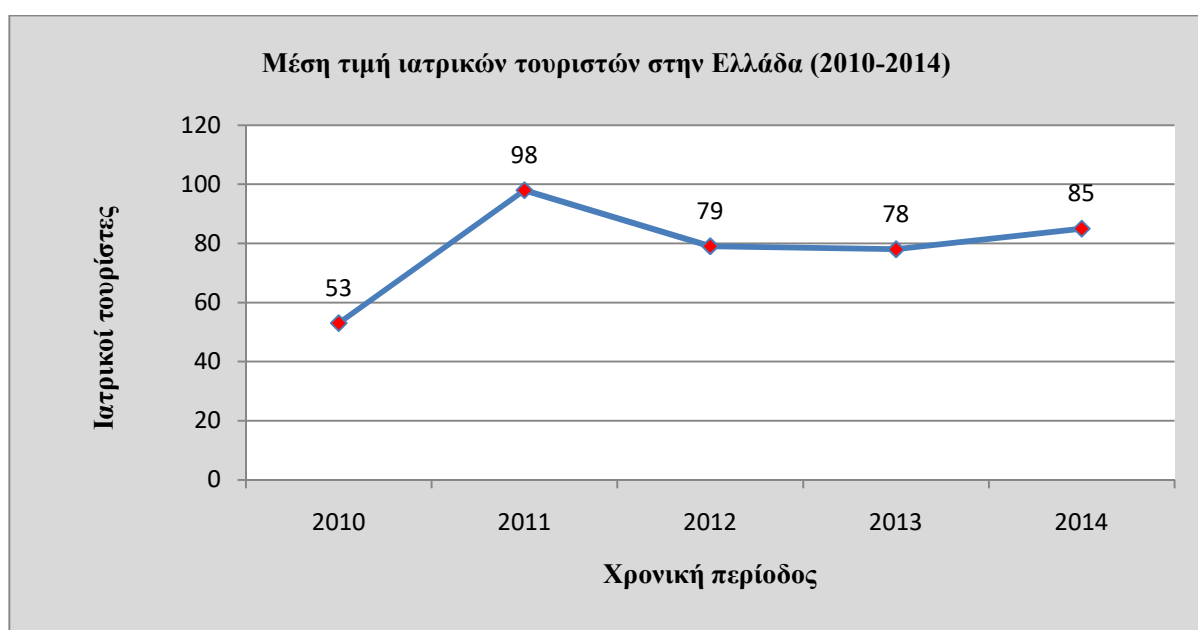


**Γράφημα 9.2:** Εισροή ιατρικών τουριστών (2010-2014)

Στον πίνακα 9.9 παρατίθενται αναλυτικά περιγραφικά μέτρα της κινητικότητας των διεθνών ασθενών ανά έτος. Η μέση τιμή των ιατρικών τουριστών το 2014 φαίνεται μειωμένη παρά την αύξηση του συνόλου των ιατρικών τουριστών στην Ελλάδα. Αυτό δικαιολογείται λόγω της αύξησης των παρόχων στους οποίους διαμοιράζεται το σύνολο των ιατρικών τουριστών.

**Πίνακας 9.9:** Περιγραφικά μέτρα ιατρικών τουριστών κατά τα έτη 2010 έως 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Σύνολο ιατρικών τουριστών	630	1376	1345	1328	1443
Ελάχιστη Τιμή	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Μέγιστη Τιμή	326,0	689,0	702,0	658,0	690,0
Μέση Τιμή	52,5	98,3	79,1	78,1	84,9
Διάμεσος	9,0	13,5	7,0	6,0	9,0
Επικρατούσα Τιμή	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0
Τυπική Απόκλιση	107,4	194,3	178,5	172,5	185,8

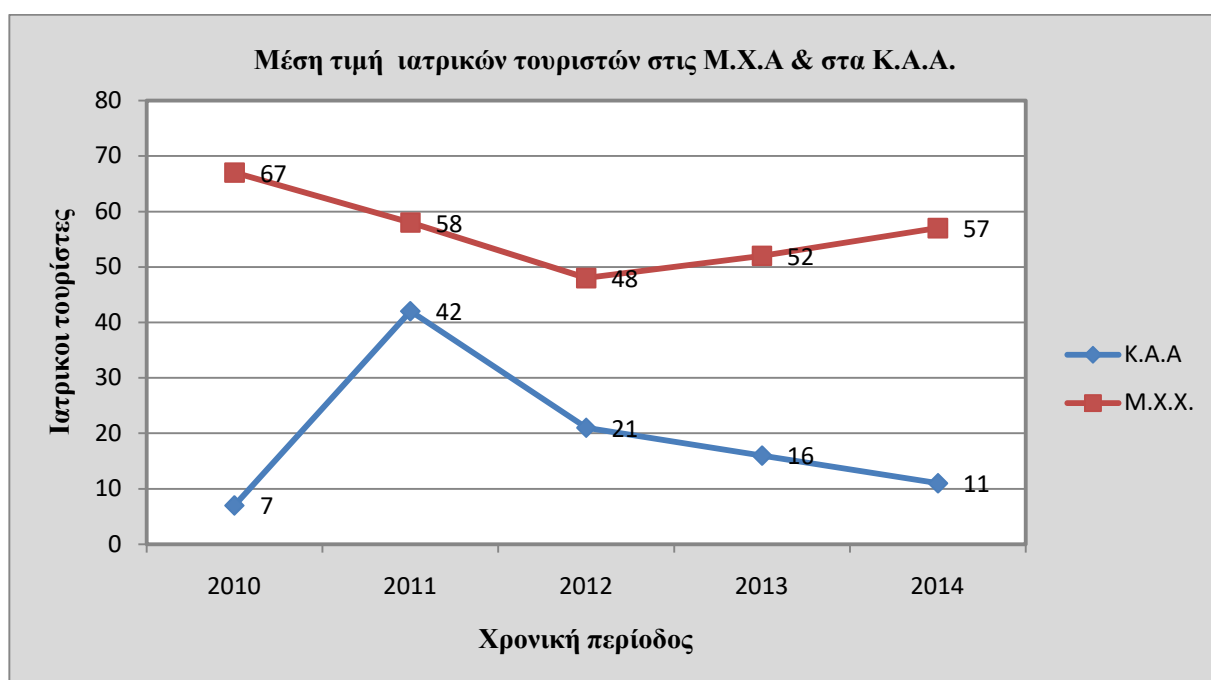


**Γράφημα 9.3:** Μέση τιμή ιατρικών τουριστών κατά τα έτη 2010 έως 2014

Στη συνέχεια, τα δεδομένα της κινητικότητας των ιατρικών τουριστών στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και στα Κέντρα Αποκατάστασης παρουσιάζονται μεμονωμένα σε μορφή πίνακα (Πίνακας 9.10) και γραφήματος (Γράφημα 9.4).

**Πίνακας 9.10:** Κινητικότητα ιατρικών τουριστών στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και στα Κέντρα Αποκατάστασης κατά τα έτη 2010-2014

Μ.Χ.Α. & Τ.Ν.						
	n	599	578	529	572	681
	Μέγιστη τιμή	326,00	327,00	251,00	316,00	343,00
	Ελάχιστη τιμή	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Μέση τιμή	66,56	57,80	48,09	52,00	56,75
	Διάμεσος	8,00	9,00	5,00	6,00	5,00
	Τυπική απόκλιση	122,30	111,63	96,04	106,48	119,84
	Επικρατούσα τιμή	10,00	2,00	2,00	2,00	4,00
Κ.Α.Α.						
	n	13	84	82	63	32
	Μέγιστη τιμή	12,00	70,00	70,00	50,00	20,00
	Ελάχιστη τιμή	1,00	14,00	1,00	1,00	1,00
	Μέση τιμή	6,50	42,00	20,50	15,75	10,67
	Διάμεσος	6,50	42,00	5,50	6,00	11,00
	Τυπική απόκλιση	7,78	39,60	33,13	23,19	9,50



**Γράφημα 9.4:** Μέση τιμή ιατρικών τουριστών στις Μ.Χ.Α. & στα Κ.Α.Α. κατά τα έτη 2010 έως 2014

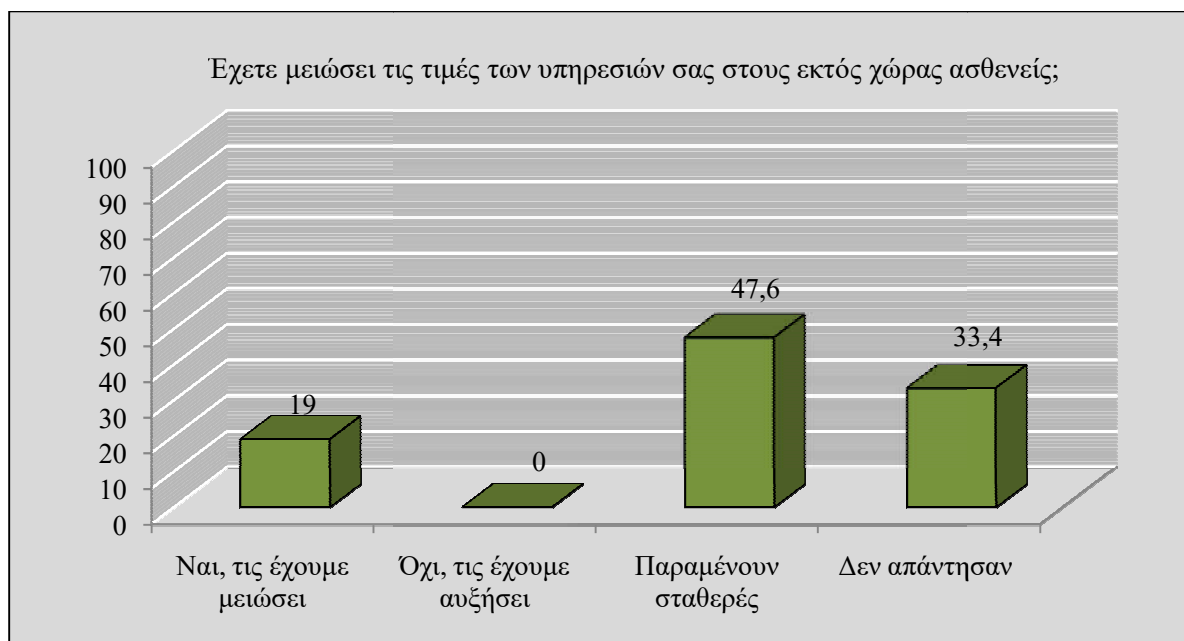


#### 9.3.4. Ερώτηση 4

Τέθηκε ερώτηση στους παρόχους κατά πόσο έχουν μειώσει ή όχι τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρουν στους εκτός χώρας ασθενείς τους, ώστε να είναι πιο ανταγωνιστικές από τις αντίστοιχες τιμές του εξωτερικού. Διαπιστώνεται, όπως φαίνεται και στο γράφημα 9.5, ότι το 47,6% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι τιμές τους παραμένουν σταθερές, ενώ το ένα τρίτο του δείγματος αρνήθηκε να απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση.

**Πίνακας 9.11:** Πολιτική τιμολόγησης υπηρεσιών

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Ναι, τις έχουμε μειώσει	4	19,0
Όχι, τις έχουμε αυξήσει	0	0
Παραμένουν σταθερές	10	47,6
Δεν απάντησαν	7	33,4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>



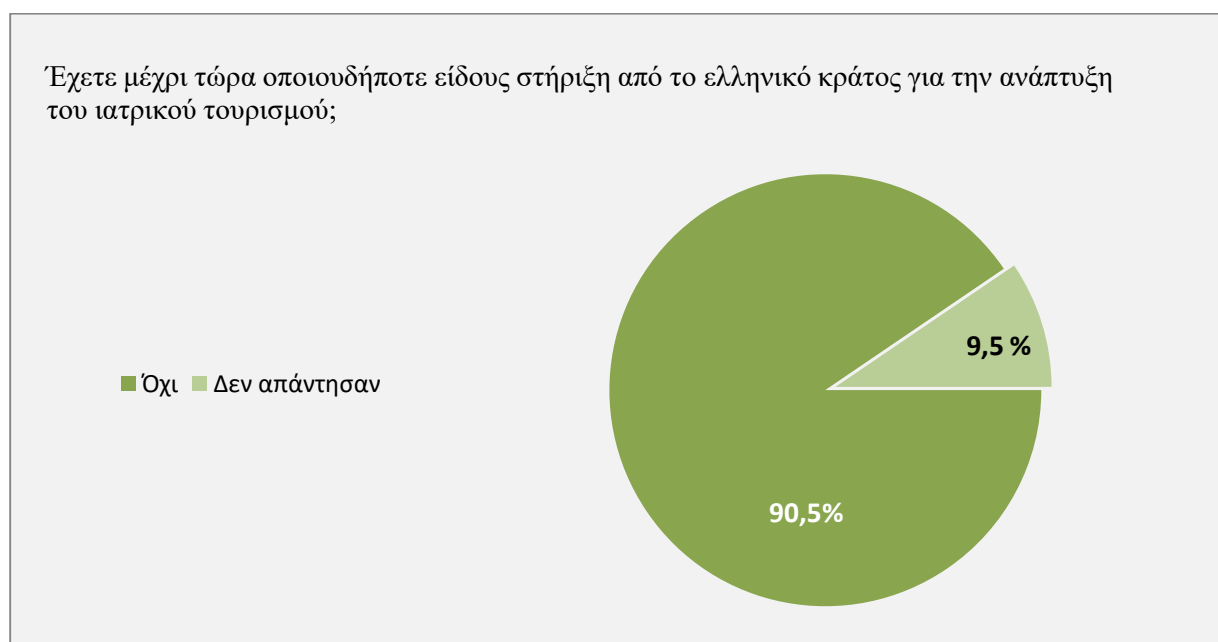
**Γράφημα 9.5:** Πολιτική τιμολόγησης υπηρεσιών

### 9.3.5. Ερώτηση 5

Στην ερώτηση αν είχαν μέχρι τώρα οποιουδήποτε είδους στήριξη από το ελληνικό κράτος για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε κατηγορηματικά ΟΧΙ (Πίνακας 9.13).

**Πίνακας 9.12:** Κρατική υποστήριξη και ιατρικός τουρισμός

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Όχι	19	90,5
Ναι, μόνο για την τουριστική ιατρική	0	,0
Ναι, για το σύνολο της επιχειρηματικής δραστηριότητας	0	,0
Δεν απάντησαν	2	9,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>



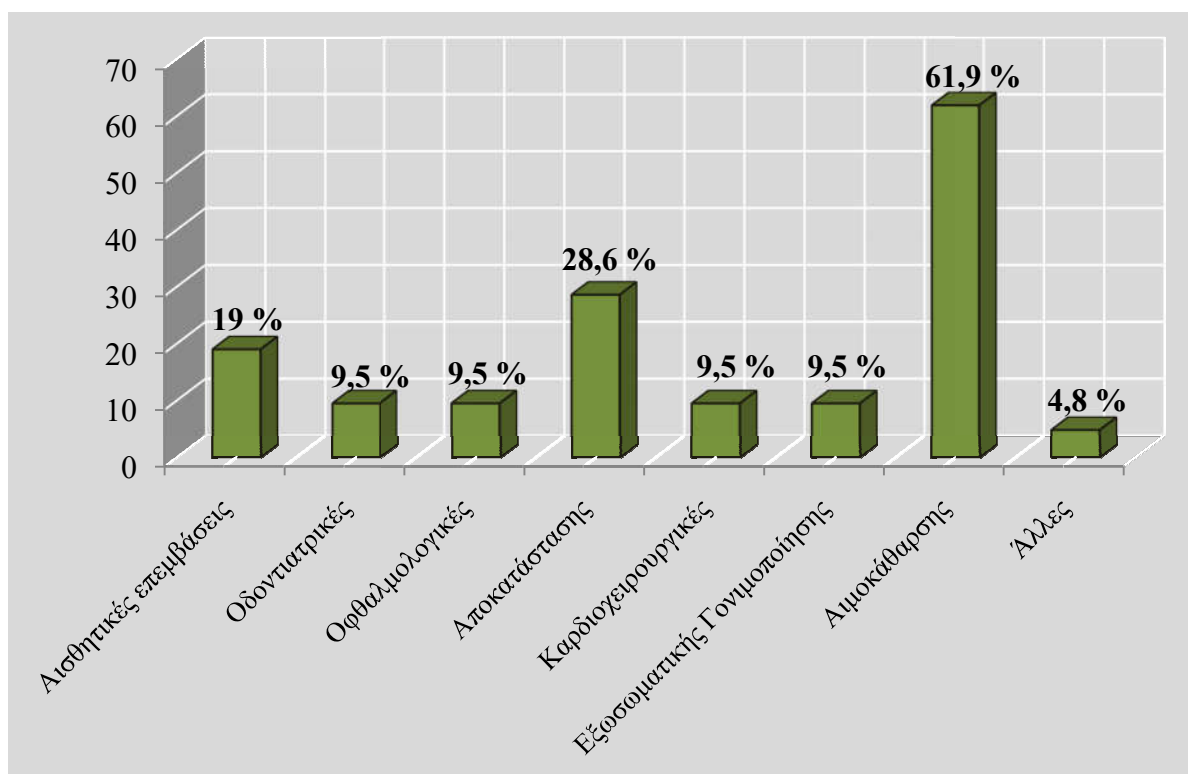
**Γράφημα 9.6:** Κρατική υποστήριξη και ιατρικός τουρισμός

### 9.3.6. Ερώτηση 6

Στην ερώτηση για το είδος των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών αποκρίθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες (Πίνακας 9.13). Η πιο συχνά εμφανιζόμενη υπηρεσία είναι η αιμοκάθαρση με ποσοστό 61,9% και οι υπηρεσίες αποθεραπείας και αποκατάστασης με ποσοστό 28,6%. Το υψηλό ποσοστό της αιμοκάθαρσης οφείλεται, κυρίως, στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του τελικού δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα προέρχεται από μονάδες αιμοκάθαρσης (Γράφημα 9.7).

**Πίνακας 9.13:** Υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού

		Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Αισθητικές επεμβάσεις	Όχι	17	81,0
	Ναι	4	19,0
Οδοντιατρικές	Όχι	19	90,5
	Ναι	2	9,5
Οφθαλμολογικές	Όχι	19	90,5
	Ναι	2	9,5
Ορθοπαιδικές/Αποκατάστασης	Όχι	15	71,4
	Ναι	6	28,6
Καρδιοχειρουργικές	Όχι	19	90,5
	Ναι	2	9,5
Εξωσωματικής γονιμοποίησης	Όχι	19	90,5
	Ναι	2	9,5
Αιμοκάθαρσης	Όχι	8	38,1
	Ναι	13	<b>61,9</b>
Άλλες	Όχι	20	95,2
	Ναι	1	4,8



**Γράφημα 9.7:** Υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού

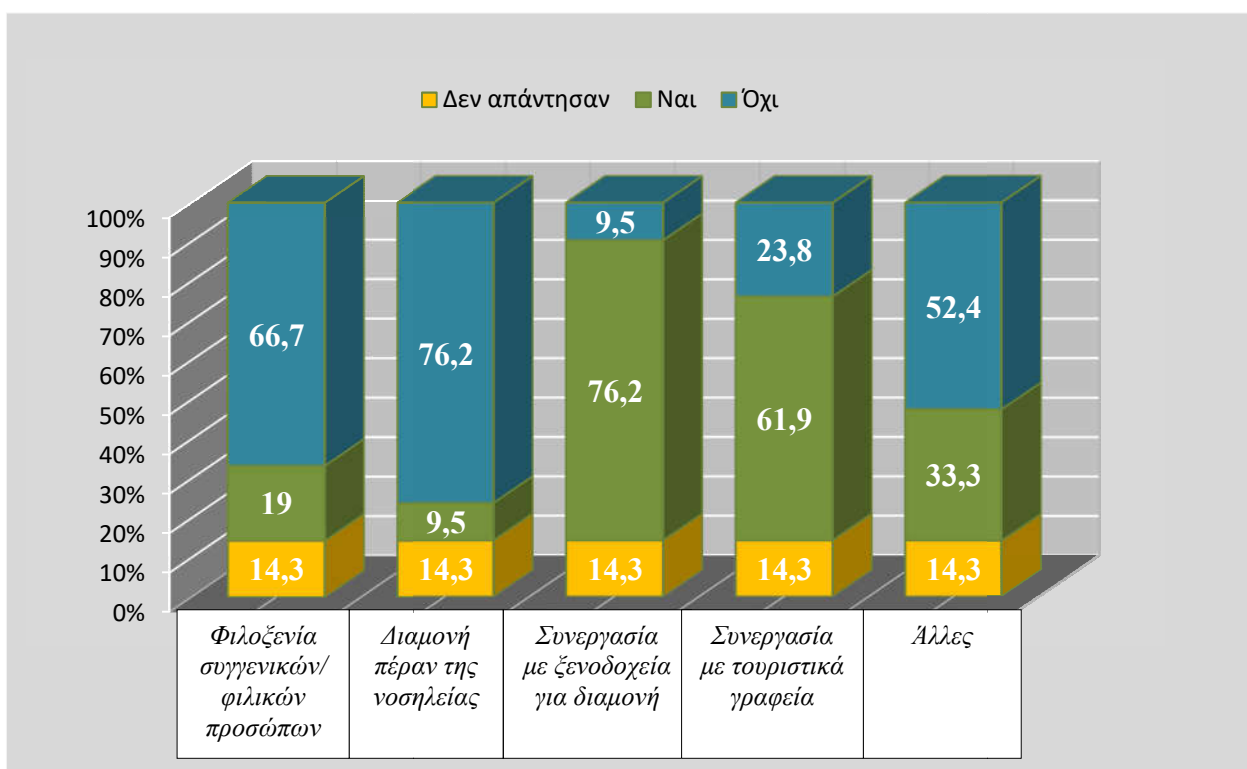
### 9.3.7. Ερώτηση 7

Ερωτήθηκαν ακόμη για το ποιες άλλες υπηρεσίες, εκτός από τις ιατρικές, προσφέρουν στους ασθενείς τους (Πίνακας 9.14). Η πιο συχνά εμφανιζόμενη υπηρεσία είναι η *Συνεργασία με ξενοδοχεία* για την κάλυψη της διαμονής τους με ποσοστό 76,2%. Υψηλό ποσοστό είχε επίσης η απάντηση της *Συνεργασία με τουριστικά γραφεία για παροχή τουριστικών πακέτων* με ποσοστό 61,9%. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 9.14) και γράφημα (Γράφημα 9.8).

**Πίνακας 9.14:** Μη ιατρικές προσφερόμενες υπηρεσίες

		Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Φιλοξενία συγγενικών/φιλικών προσώπων	Όχι	14	66,7
	Ναι	4	<b>19,0</b>
	Δεν απάντησαν	3	14,3
Διαμονή πέραν της νοσηλείας	Όχι	16	76,2

	Ναι	2	<b>9,5</b>
	Δεν απάντησαν	3	14,3
Συνεργασία με ξενοδοχεία για διαμονή	Όχι	2	9,5
	Ναι	16	<b>76,2</b>
	Δεν απάντησαν	3	14,3
Συνεργασία με τουριστικά γραφεία για παροχή τουριστικών πακέτων	Όχι	5	23,8
	Ναι	13	<b>61,9</b>
	Δεν απάντησαν	3	14,3
Άλλες	Όχι	11	52,4
	Ναι	7	<b>33,3</b>
	Δεν απάντησαν	3	14,3



**Γράφημα 9.8:** Μη ιατρικές προσφερόμενες υπηρεσίες

Όσοι επέλεξαν την απάντηση *Άλλες υπηρεσίες* στον προσδιορισμό συμπλήρωσαν α) Κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, β) Συμβουλές διατροφής και γ) Συμβουλευτική ιατρική.

### 9.3.8. Ερώτηση 8

Στο ερώτημα για τους τρόπους και τα μέσα που χρησιμοποιούν, για να διαφημίσουν την κλινική τους στο εξωτερικό σημειώνεται υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης. Δεν έδωσε απάντηση μόνο μία δομή. Οι περισσότεροι χρησιμοποιούν ως μέσο διαφήμισης το διαδίκτυο με ποσοστό 90,4%. Αναλυτικά τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί και στο γράφημα 9.9.

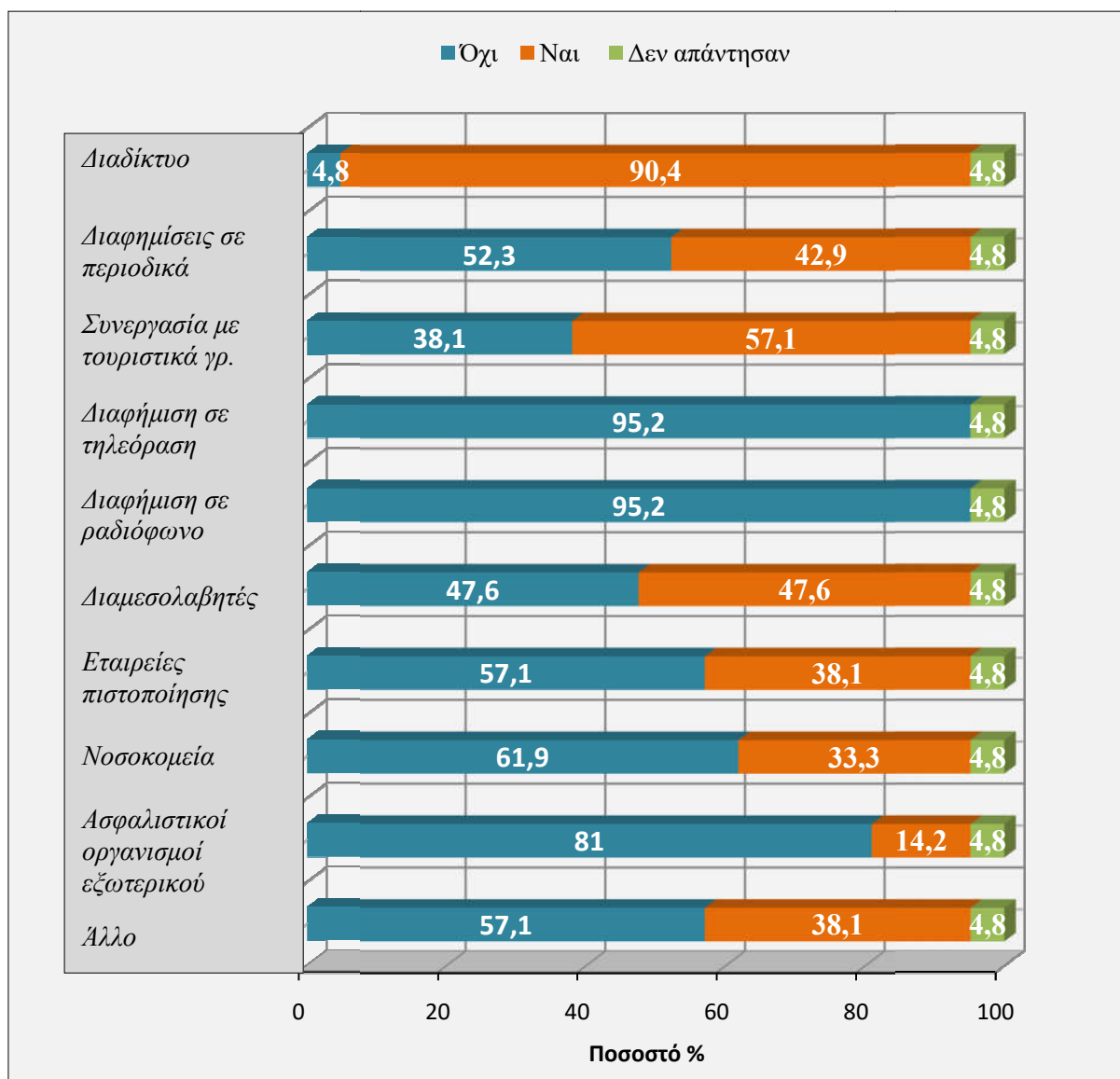
**Πίνακας 9.15:** Διαφημιστικά μέσα προβολής παρόχων υγείας

		Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Διαδίκτυο	Όχι	1	4.8
	Ναι	19	90.4
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Διαφημίσεις σε περιοδικά	Όχι	11	52.3
	Ναι	9	42.9
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Συνεργασία με τουριστικά γραφεία/πρακτορεία	Όχι	8	38,1
	Ναι	12	57.1
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Διαφήμιση σε τηλεόραση	Όχι	20	95.2
	Ναι	0	,0
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Διαφήμιση σε ραδιόφωνο	Όχι	20	95.2
	Ναι	0	,0
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Διαμεσολαβητές	Όχι	10	47,6
	Ναι	10	47.6
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Εταιρείες πιστοποίησης/αξιολόγησης	Όχι	12	57.1
	Ναι	8	38.1
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Νοσοκομεία	Όχι	13	61.9
	Ναι	7	33.3

	Δεν απάντησαν	1	4.8
Ασφαλιστικοί οργανισμοί εξωτερικού	Όχι	17	81,0
	Ναι	3	14.2
	Δεν απάντησαν	1	4.8
Άλλο	Όχι	12	57.1
	Ναι	8	38,1
	Δεν απάντησαν	1	4.8

Αυτοί που επέλεξαν *Άλλο* προσδιόρισαν το είδος της διαφημιστικής τους προβολής ως εξής:

- σύλλογοι και ομοσπονδίες νεφροπαθών εσωτερικού και εξωτερικού,
- συμμετοχή σε συνέδρια συλλόγων νεφροπαθών,
- επισκέψεις σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού του εξωτερικού για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες,
- αποστολή διαφημιστικών εντύπων με *e-mail* και ταχυδρομείο σε ΜΧΑ και συλλόγους νεφροπαθών
- δια στόματος διαφήμιση, *word of mouth*



**Γράφημα 9.9:** Διαφημιστικά μέσα προβολής παρόχων υγείας

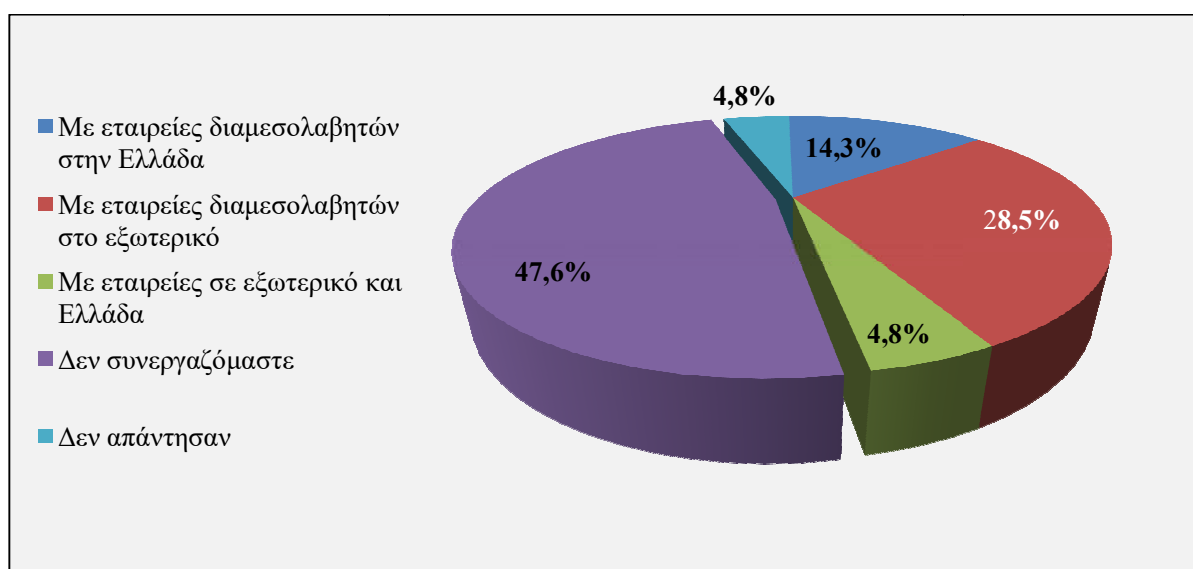
### 9.3.9. Ερώτηση 9

Στην ερώτηση σχετικά με το αν συνεργάζονται με εταιρείες διαμεσολαβητών οι μισοί ερωτηθέντες απάντησαν θετικά (Πίνακας 9.16). Από αυτούς που απάντησαν θετικά το μεγαλύτερο ποσοστό (28,5%) δήλωσε ότι συνεργάζεται με εταιρείες διαμεσολαβητών του εξωτερικού.



**Πίνακας 9.16:** Συνεργασία με εταιρείες διαμεσολάβησης ιατρικού τουρισμού

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Με εταιρείες διαμεσολαβητών στην Ελλάδα	3	14,3
Με εταιρείες διαμεσολαβητών στο εξωτερικό	6	28,5
Με εταιρείες σε εξωτερικό και Ελλάδα	1	4,8
Δεν συνεργαζόμαστε	10	47,6
Δεν απάντησαν	1	4,8
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>



**Γράφημα 9.10:** Συνεργασία με εταιρείες διαμεσολάβησης ιατρικού τουρισμού

### 9.3.10. Ερώτηση 10

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν τις χώρες από τις οποίες προέρχεται ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών τους για το έτος 2014. Οι χώρες προέλευσης των ιατρικών τουριστών, βάσει των απαντήσεων του δείγματος, είναι από 19 διαφορετικές χώρες. Η παράθεσή τους γίνεται με αλφαβητική σειρά (Πίνακας 9.17).

**Πίνακας 9.17:** Χώρες προέλευσης ιατρικών τουριστών

	Χώρες προέλευσης ιατρικών τουριστών
Ευρώπη	Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Κύπρο, Μονακό, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ρωσία, Σερβία, Τσεχία
Ασία	Ισραήλ, Ιαπωνία, Μαλαισία
Βόρεια Αμερική	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Καναδάς
Αφρική	Λιβύη

Το κύριο ρεύμα των εισερχόμενων ιατρικών τουριστών έχει ευρωπαϊκή προέλευση. Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Γαλλία και η Ολλανδία είναι οι χώρες, από τις οποίες η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη εισροή επισκεπτών, όπως προκύπτει από τα δεδομένα του δείγματος για το έτος 2014 (Πίνακας 9.18).

**Πίνακας 9.18:** Ποσοστό ιατρικών τουριστών ανά χώρα προέλευσης

Χώρα	Ιατρικοί τουρίστες	
	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
1. ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	551	45,4
2. ΓΕΡΜΑΝΙΑ	214	17,7
3. ΓΑΛΛΙΑ	167	13,8
4. ΟΛΛΑΝΔΙΑ	109	9,0
5. ΒΕΛΓΙΟ	67	5,5
6. ΤΣΕΧΙΑ	35	2,9
7. ΡΩΣΙΑ	23	1,9
8. ΛΙΒΥΗ	20	1,6
9. ΗΠΑ	16	1,3
10. ΚΑΝΑΔΑΣ	3	0,2
11. Λοιπές χώρες	9	0,7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1214</b>	<b>100,0</b>



**Γράφημα 9.11:** Χώρες προέλευσης ιατρικών τουριστών για το 2014

### 9.3.11. Ερώτηση 11

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν αν έχουν δημιουργήσει στις προαναφερόμενες χώρες προέλευσης κάποια διαφημιστική καμπάνια και να ορίσουν το μέσο της διαφημιστικής τους προβολής. Από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι το 42,9% δεν έχει αναπτύξει κάποια ιδιαίτερη διαφημιστική εκστρατεία, ενώ το 38,1% αναφέρει ότι έχει διαφημιστεί στις χώρες αυτές.

**Πίνακας 9.19:** Διαφημιστική καμπάνια στις χώρες προέλευσης (2014)

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Όχι	9	42,9
Ναι	8	38,1
Δεν απάντησαν	4	19,0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Ως μέσο διαφήμισης για την προβολή των ιατρικών υπηρεσιών τους στις χώρες αυτές ανέφεραν την έντυπη διαφήμιση σε περιοδικά ειδικού ενδιαφέροντος, όπως είναι αυτά των συλλόγων νεφροπαθών. Από τις 19 χώρες προέλευσης των ιατρικών τουριστών έντυπη διαφήμιση έχουν αναπτύξει στις εξής εφτά ευρωπαϊκές χώρες.

**Πίνακας 9.20:** Διαφημιστική Καμπάνια & Μέσα διαφήμισης στις χώρες προέλευσης των ιατρικών τουριστών

ΧΩΡΑ	ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΗ ΚΑΜΠΙΑΝΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΝΤΥΠΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5	3	8
ΒΕΛΓΙΟ	1	7	8
ΓΑΛΛΙΑ	4	4	8
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	6	2	8
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1	7	8
ΙΤΑΛΙΑ	1	7	8
ΡΩΣΙΑ	1	7	8

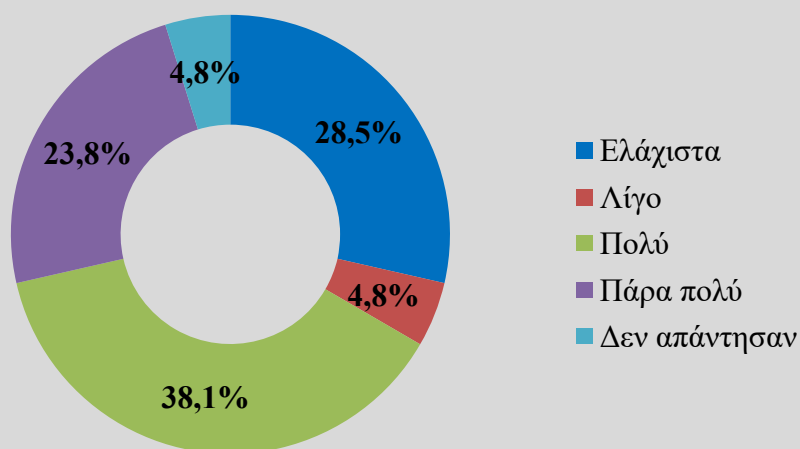
### 9.3.12. Ερώτηση 12

Σχετικά με το ερώτημα αν οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τους έχει ευνοήσει η τοποθεσία της επιχείρησής τους για την προσέλκυση ιατρικών τουριστών απάντησαν 20 στους 21. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 61,9%, θεωρεί ότι τους έχει ευνοήσει *Πολύ* ή *Πάρα πολύ* η τοποθεσία της. Ακολούθως παρατίθενται τα αποτελέσματα σε μορφή πίνακα συχνότητας (Πίνακας 9.21) και γραφήματος (Γράφημα 9.12).

**Πίνακας 9.21:** Η παράμετρος της τοποθεσίας σε σχέση με την προσέλκυση ιατρικών τουριστών

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Καθόλου	0	0
Ελάχιστα	6	28,5
Λίγο	1	4,8
Πολύ	8	38,1
Πάρα πολύ	5	23,8
Δεν απάντησαν	1	4,8
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Θεωρείτε ότι σας έχει ευνοήσει η τοποθεσία της κλινικής σας για την καλύτερη εξέλιξη του ιατρικού τουρισμού που εφαρμόζετε;



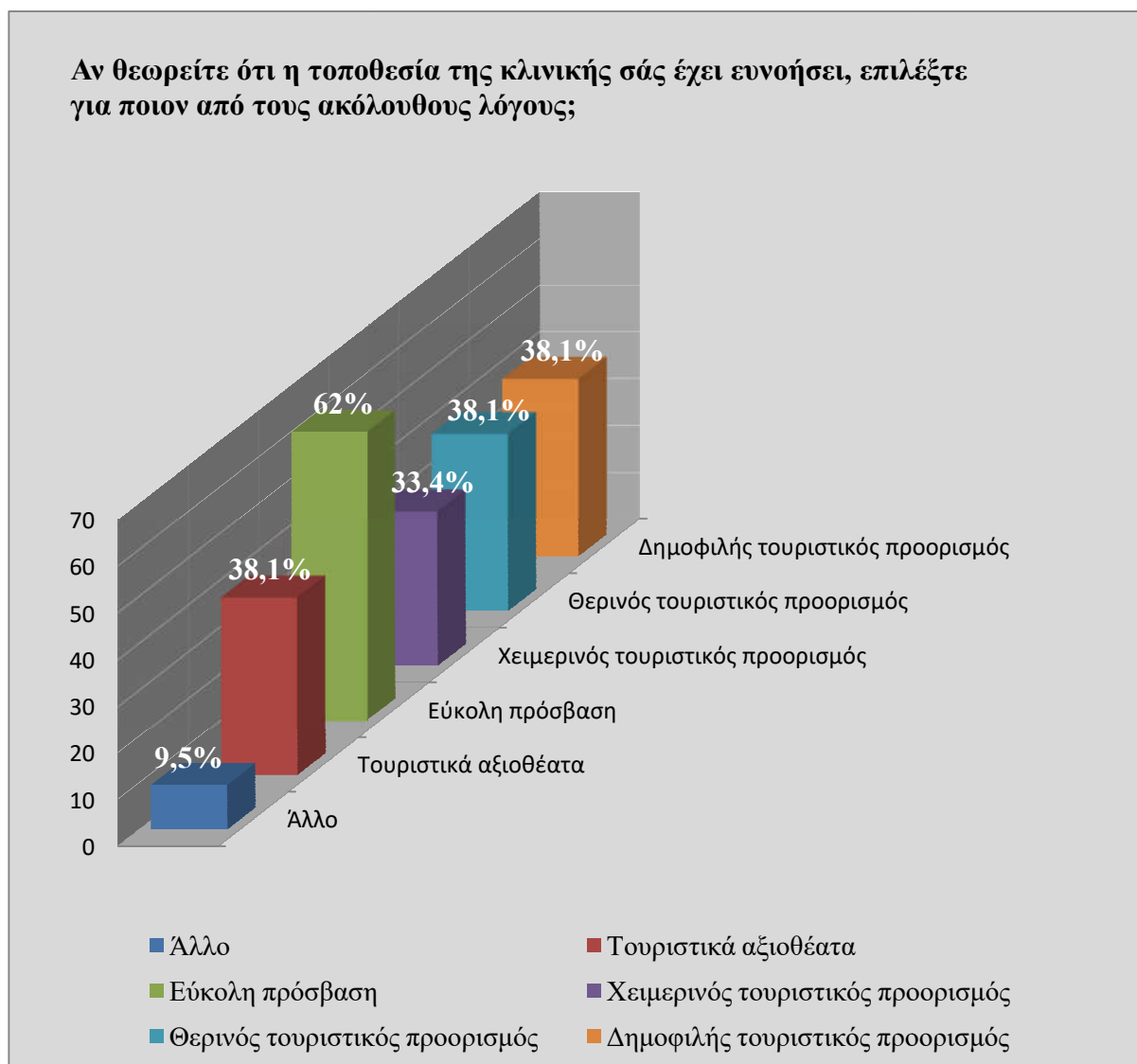
**Γράφημα 9.12:** Η παράμετρος της τοποθεσίας σε σχέση με την προσέλκυση ιατρικών τουριστών

### 9.3.13. Ερώτηση 13

Στην ερώτηση 13 εξετάστηκαν οι λόγοι, για τους οποίους οι πάροχοι θεωρούν ότι έχει ευνοηθεί η επιχείρησή τους σε σχέση με την έδρα της. Ως κυριότερος λόγος προβάλλει η ευκολία πρόσβασης σε σχέση με τις υπάρχουσες υποδομές (π.χ. αεροδρόμια, λιμάνια). Στη δεύτερη θέση κατατάσσονται λόγοι σχετικοί με τον τουρισμό. Ειδικότερα, η δημοτικότητα μιας περιοχής ως τουριστικός προορισμός, η ύπαρξη τουριστικών αξιοθέατων (αρχαιολογικού και θρησκευτικού ενδιαφέροντος) και οι χαρακτηριζόμενοι ως θερινοί τουριστικοί προορισμοί κερδίζουν τις προτιμήσεις των καταναλωτών υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού. Στην απάντηση *Άλλο*, η μεγάλη διάρκεια της τουριστικής περιόδου συνεπικουρεί στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού (Πίνακας 9.22). Τα αποτελέσματα απεικονίζονται με τη μορφή γραφήματος (Γράφημα 9.13).

**Πίνακας 9.22:** Για ποιους λόγους θεωρείτε ότι έχει η κλινική σας ευνοηθεί;

		<b>Απόλυτη Συχνότητα</b>	<b>Σχετική Συχνότητα</b>
Αποτελεί θερινό τουριστικό προορισμό	Όχι	9	42,9
	<b>Ναι</b>	<b>8</b>	<b>38,1</b>
	Δεν απάντησαν	4	19,0
Αποτελεί χειμερινό τουριστικό προορισμό	Όχι	10	47,6
	<b>Ναι</b>	<b>7</b>	<b>33,4</b>
	Δεν απάντησαν	4	19,0
Είναι εύκολα προσβάσιμο (αεροδρόμιο, λιμάνι)	Όχι	4	19,0
	<b>Ναι</b>	<b>13</b>	<b>62,0</b>
	Δεν απάντησαν	4	19,0
Διαθέτει αρχαιολογικά αξιοθέατα	Όχι	9	42,9
	<b>Ναι</b>	<b>8</b>	<b>38,1</b>
	Δεν απάντησαν	4	19,0
Αποτελεί δημοφιλή τουριστικό προορισμό	Όχι	9	42,9
	<b>Ναι</b>	<b>8</b>	<b>38,1</b>
	Δεν απάντησαν	4	19,0
Άλλο	Όχι	15	71,5
	<b>Ναι</b>	<b>2</b>	<b>9,5</b>
	Δεν απάντησαν	4	19,0



**Γράφημα 9.13:** Για ποιους λόγους θεωρείτε ότι έχει η κλινική σας ευνοηθεί;

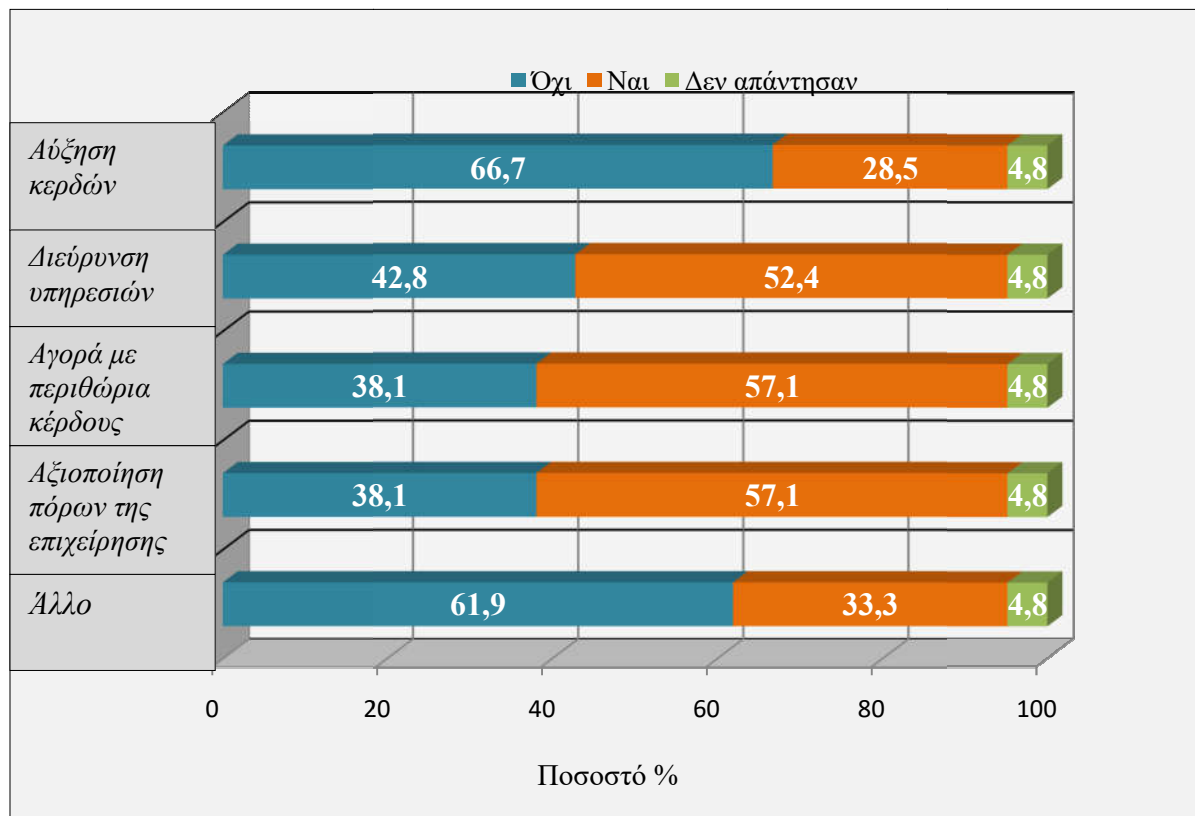
#### 9.3.14. Ερώτηση 14

Όσον αφορά στην ερώτηση για τους λόγους που τους οδήγησαν να ασχοληθούν με τον ιατρικό τουρισμό, το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν υψηλό (95,2%). Οι λόγοι *Αγορά με μεγαλύτερα περιθώρια κέρδους* και *Αύξηση αξιοποίησης πόρων της επιχείρησης* επιλέχθηκαν από το 57,1%, ενώ ο λόγος της *Διεύρυνσης υπηρεσιών* από το 52,4%. Ως επιπλέον λόγοι ενασχόλησης με τον ιατρικό τουρισμό (33,3%) συμπληρώθηκαν η *Αύξηση του εισερχόμενου τουρισμού στη χώρα μας* και η άποψη ότι και *Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια θέλουν να ταξιδεύουν* (Πίνακας 9.23).

**Πίνακας 9.23:** Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με τον ιατρικό τουρισμό;

		Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Αύξηση κερδών	Όχι	14	66,7
	<b>Ναι</b>	<b>6</b>	<b>28,5</b>
	Δεν απάντησαν	1	4,8
Διεύρυνση υπηρεσιών	Όχι	9	42,8
	<b>Ναι</b>	<b>11</b>	<b>52,4</b>
	Δεν απάντησαν	1	4,8
Αγορά με μεγαλύτερα περιθώρια κέρδους	Όχι	8	38,1
	<b>Ναι</b>	<b>12</b>	<b>57,1</b>
	Δεν απάντησαν	1	4,8
Αξιοποίηση πόρων της επιχείρησης	Όχι	8	38,1
	<b>Ναι</b>	<b>12</b>	<b>57,1</b>
	Δεν απάντησαν	1	4,8
Άλλος λόγος	Όχι	13	61,9
	<b>Ναι</b>	<b>7</b>	<b>33,3</b>
	Δεν απάντησαν	1	4,8





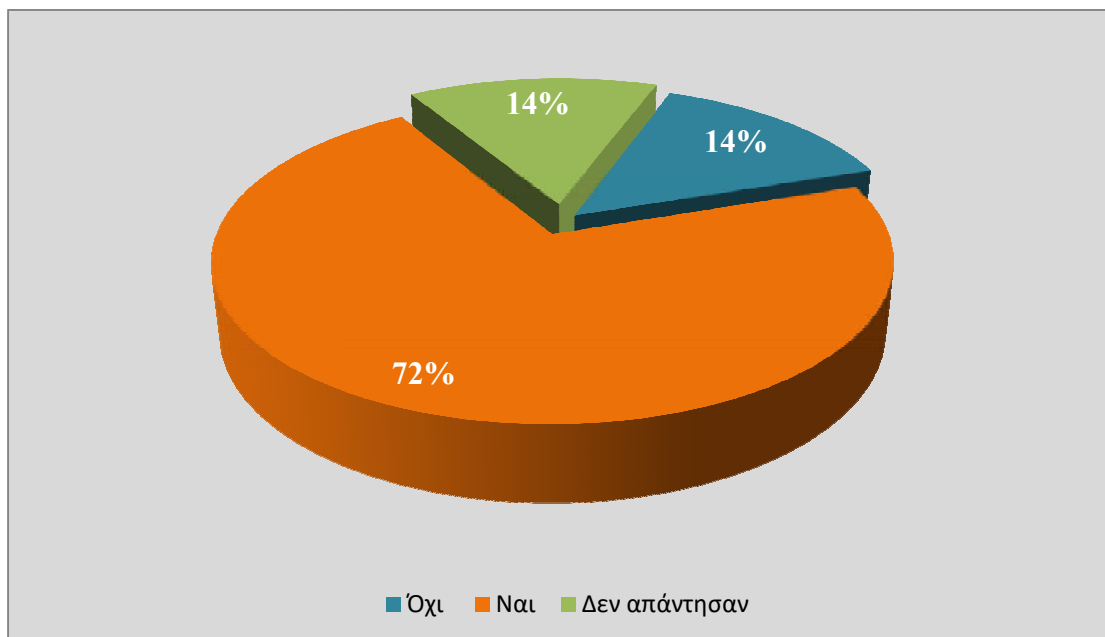
**Γράφημα 9.14:** Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με τον ιατρικό τουρισμό;

### 9.3.15. Ερώτηση 15

Στην ερώτηση 15 που σχετίζεται με την εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας απάντησαν οι 19 από τους 21 ερωτηθέντες. Το 71,4% αποκρίθηκε ότι διαθέτει κάποια μορφή πιστοποίησης (Πίνακας 9.24).

**Πίνακας 9.24:** Πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Όχι	3	14,3
Ναι	15	71,4
Δεν απάντησαν	3	14,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>



**Γράφημα 9.15:** Πιστοποίηση υπηρεσιών υγείας

Ειδικότερα, το σύνολο των συμμετεχόντων που απάντησε θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση προσδιόρισε ότι έχει πιστοποίηση κατά ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008, το οποίο αποτελεί παγκοσμίως πρότυπο διαχείρισης της ποιότητας. Παράλληλα, τέσσερις πάροχοι δήλωσαν την τυποποίηση των υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού και τη φροντίδα διεθνών ασθενών με πιστοποίηση κατά Temos. Η πιστοποιημένη παροχή υπηρεσιών εστίασης στους εσωτερικούς ασθενείς κατά HACCP ISO 22000 προσδιορίστηκε ως ένα επιπλέον πρότυπο πιστοποίησης από έναν συμμετέχοντα.

### 9.3.16. Ερώτηση 16

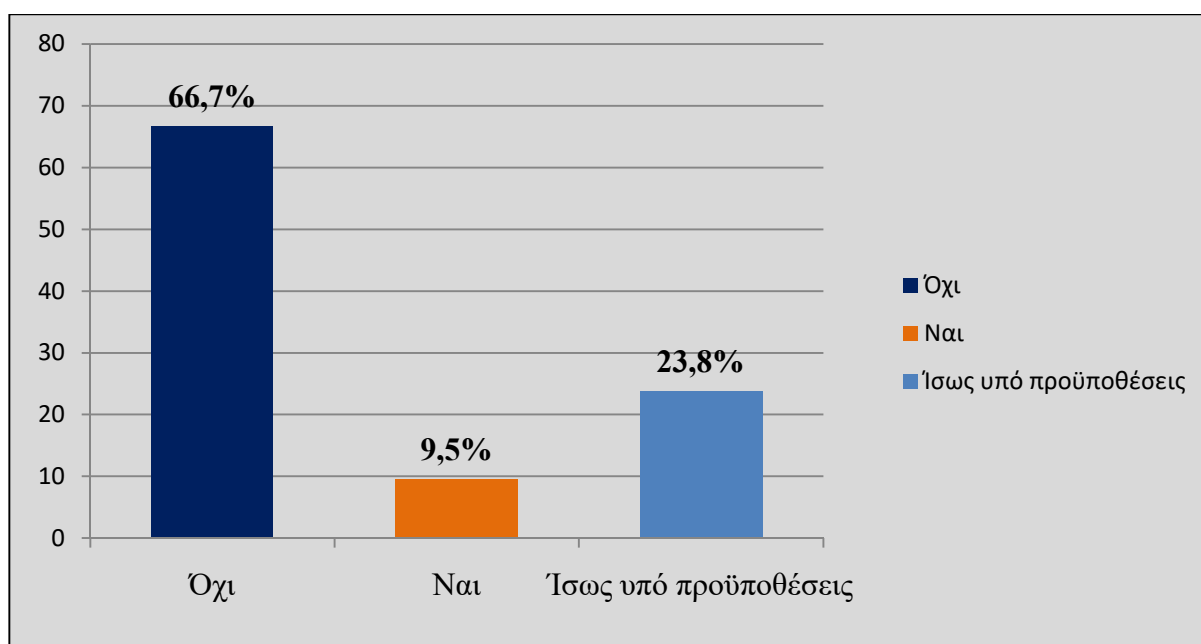
Σε ποσοστό 66,7% θεωρείται αδύνατη η βιωσιμότητα μιας δομής υγείας, η οποία ασχολείται αποκλειστικά με τον ιατρικό τουρισμό, είτε πρόκειται για ιδιωτική κλινική, κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας, μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης ή πολυ-ιατρείο.

**Πίνακας 9.25:** Βιωσιμότητα επιχείρησης ασχολούμενης αποκλειστικά με τον ιατρικό τουρισμό

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Όχι	14	66,7
Ναι	2	9,5
Ίσως υπό προϋποθέσεις	5	23,8
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Οι προϋποθέσεις, όπως προσδιορίστηκαν από τους παρόχους, σχετίζονται:

- με τη γεωγραφική θέση της επιχείρησης υπηρεσιών υγείας
- με την εξασφάλιση πάγιου, συγκεκριμένου αριθμού ασθενών ανάλογα με το μέγεθος της δομής υγείας
- με την εφαρμογή «κλειστών πακέτων» παροχής προπληρωμένων υπηρεσιών



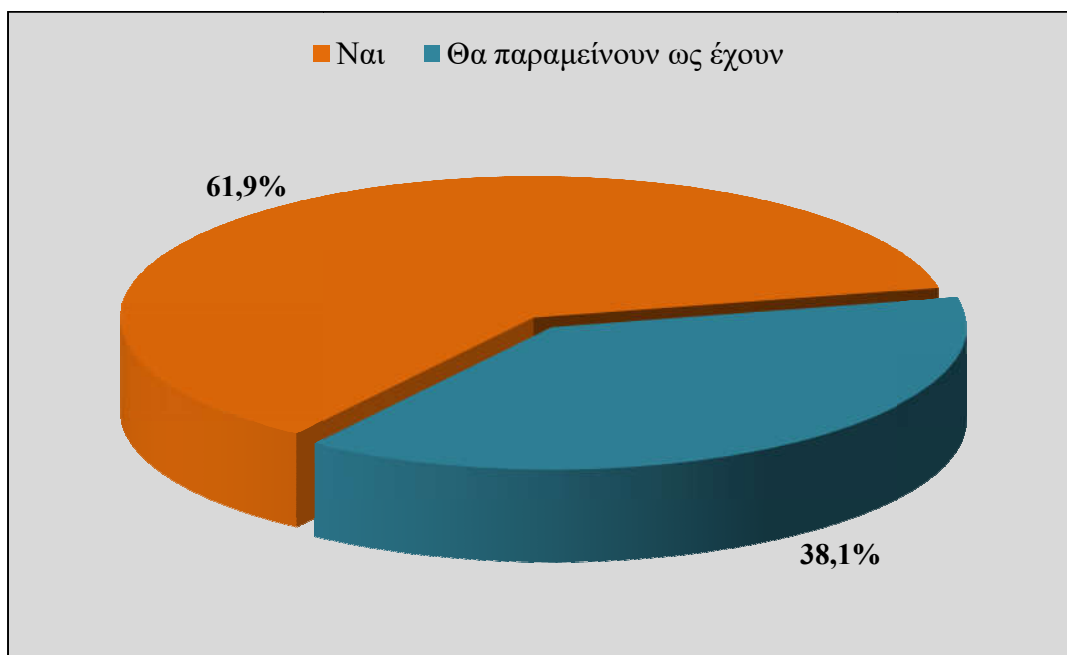
**Γράφημα 9.16:** Βιωσιμότητα επιχείρησης ασχολούμενης αποκλειστικά με τον ιατρικό τουρισμό

### 9.3.17. Ερώτηση 17

Τέλος, σε σχέση με την αναπτυξιακή πολιτική της επιχείρησης, το 61,9% απάντησε θετικά σε μια μελλοντική διεύρυνση των υπηρεσιών του στον χώρο του ιατρικού τουρισμού, ενώ το 38,1% ότι δεν προτίθεται να προχωρήσει σε καμία σχετική ενέργεια (Πίνακας 9.26).

**Πίνακας 9.26:** Διεύρυνση υπηρεσιών στον τομέα του ιατρικού τουρισμού

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Ναι	13	61,9
Θα παραμείνουν ως έχουν	8	38,1
Θα μειωθούν	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>



**Γράφημα 9.17:** Διεύρυνση υπηρεσιών στον τομέα του ιατρικού τουρισμού

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 10.1. Συμπεράσματα-Συζήτηση

Η μικρή ανταπόκριση των ιδιωτικών παρόχων υγείας στην εν λόγω έρευνα δείχνει να επαληθεύει μάλλον τη γενικότερη έλλειψη βούλησής τους για συμμετοχή σε ερευνητικές μελέτες. Με το ίδιο πρόβλημα έχουν έρθει αντιμέτωπες, άλλωστε, στο πρόσφατο παρελθόν και άλλες αντίστοιχες προσπάθειες (Healthcare Consulting, 2009, Θεοφανίδης & Παπανικολάου, 2012), όπου το ποσοστό συμμετοχής ήταν εξίσου χαμηλό. Υπήρξαν κάποιοι που αρνήθηκαν εγγράφως τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και άλλοι, οι περισσότεροι, δια της αναβλητικότητας ή δια της παρατεταμένης σιωπής τους. Η άρνηση της συμμετοχής τους οφείλεται, κυρίως, σε λόγους επιχειρηματικής πολιτικής, αδιαφορίας, δυσπιστίας ή μη ενασχόλησης με τον ιατρικό τουρισμό.

Αποτελεί συνήθη πολιτική των επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα να μην δημοσιοποιούν στοιχεία του πελατολογίου τους, τα οποία θεωρούνται γενικώς εμπιστευτικά. Η δημοσιοποίηση στοιχείων μιας ιδιωτικής επιχείρησης ή ενός ιδιωτικού οργανισμού, ακόμη και η ανώνυμη, θεωρείται ότι αντιβαίνει στην επιχειρηματική ιδεολογία τους. Από την άλλη η αδιαφορία ή η έλλειψη ενδιαφέροντος μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη γενικότερης ενημέρωσης για το θέμα του ιατρικού τουρισμού. Ορισμένοι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας δεν αντιλαμβάνονται τις ευκαιρίες της συγκεκριμένης αγοράς, κυρίως, λόγω της έλλειψης τεκμηριωμένων δεδομένων (*hard data*) (Stephano & Edelheit, 2009:13). Είναι αλήθεια, πως τα διαθέσιμα στοιχεία για τον ιατρικό τουρισμό αποτελούν μέχρι στιγμής περισσότερο εκτιμήσεις (*soft data*) και προβλέψεις για την εξέλιξη του χώρου αυτού. Επιπλέον, σε ορισμένους οργανισμούς διαπιστώνεται μια γενικότερη έλλειψη ευελιξίας σε θέματα διοίκησης, με αποτέλεσμα για ορισμένα θέματα να υπάρχει κωλυσιεργία. Υπήρξαν και κάποιοι, οι οποίοι εξέφρασαν τη δυσπιστία τους για τη χρησιμότητα τέτοιων ερευνών. Μερικοί, τέλος, από τους παρόχους του δείγματος δήλωσαν ευθαρσώς ότι, αν και προτίθενται, δεν έχουν ασχοληθεί ακόμη με τον ιατρικό τουρισμό.

Πράγματι, στον κλάδο της υγείας υπάρχουν πολλοί πάροχοι που, ενώ επιθυμούν τη συμμετοχή τους στον ιατρικό τουρισμό, δεν κάνουν ουσιαστικά τίποτα γι' αυτό. Αντιθέτως,

βρίσκονται σε μια κατάσταση εσωστρέφειας και διηνεκούς παρατήρησης των πεπραγμένων. Δεν συμμετέχουν σε συνέδρια, δεν διαφημίζονται, δεν ανταποκρίνονται σε μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και φυσικά σε έρευνες. Αυτό είναι ασύμβατο με τον διεθνή χαρακτήρα της αγοράς του ιατρικού τουρισμού (Edelheit, 2008a:55).

Παρά τις δυσκολίες της μελέτης, η αξιολόγηση των στοιχείων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για τον ελληνικό ιατρικό τουρισμό. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι υπάρχει διασπορά του δείγματος. Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής των δομών υγείας που δραστηριοποιούνται στον ιατρικό τουρισμό έχει ως έδρα του την Αθήνα, καταμετρώνται δώδεκα ακόμη γεωγραφικές έδρες ιδιωτικών παρόχων στην ευρύτερη περιφέρεια (Αίγινα, Αμαλιάδα, Βοιωτία, Βόλος, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Καλαμάτα, Κόρινθος, Λάρισα, Ρόδος, Σέρρες, Χαλκίδα).

Με βάση τα ευρήματα του ερωτηματολογίου, ο ελληνικός ιατρικός τουρισμός δείχνει να έχει υιοθετηθεί από τις μονάδες αιμοκάθαρσης ως κλαδική οικονομική ευκαιρία. Το αποτέλεσμα αυτό σχετίζεται με την επιδίωξη διασύνδεσης της ελληνικής αγοράς υγείας των μονάδων αιμοκάθαρσης με αγορές-στόχους του εξωτερικού. Επιβεβαιώνεται ακόμη η άποψη ότι ο ιατρικός τουρισμός απευθύνεται σε χρήστες υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι χρόνια πάσχοντες. Ικανοποιητικό είναι και το ποσοστό των κλινικών και των κέντρων που προσφέρουν υπηρεσίες αποθεραπείας-αποκατάστασης. Απεναντίας, ο οδοντιατρικός και ο αναπαραγωγικός ιατρικός τουρισμός κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά ποσοστά. Το εύρημα αυτό έρχεται σε ισχυρή αντίθεση με τις εκτιμήσεις εκείνων που προβάλλουν την εξωσωματική γονιμοποίηση ως τον κατεξοχήν τομέα που ενδείκνυται για ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα, κυρίως εξαιτίας του προοδευτικού θεσμικού πλαισίου που ισχύει για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν υπάρχει υποστήριξη από την πολιτεία για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού. Παρά το γεγονός, ωστόσο, ότι ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να υποστηρίζεται από τις κυβερνήσεις των χωρών εκείνων που έχουν ισχυρή παρουσία στον χώρο, οι εταιρείες, οι οποίες δεν παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες και δεν ικανοποιούν τις ανάγκες-απαιτήσεις του χρήστη υπηρεσιών τους (πελάτη-ασθενή), δεν

μπορεί να παραμείνουν βιώσιμες στο διεθνές περιβάλλον της αγοράς, όπως ισχύει και για τις άλλες ιδιωτικές επιχειρήσεις (Lee & Spisto, 2007:4). Συνεπώς, το μέλλον των ιδιωτικών επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον ιατρικό τουρισμό εξαρτάται, κυρίως, από την ποιότητα του προσφερόμενου προϊόντος, την εταιρική στρατηγική ανάπτυξης, τη δομή και τον μεταξύ ανταγωνισμό τους.

Από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων προκύπτει ως συμπέρασμα ότι η ύπαρξη εξειδικευμένων τμημάτων αναφοράς (Τμήμα Ιατρικού Τουρισμού ή Τμήμα Διακίνησης Διεθνών Ασθενών) στα νοσοκομεία/κλινικές είναι περιορισμένη, με συνέπεια οι αρμοδιότητες ελέγχου και παρακολούθησης της κινητικότητας των διεθνών ασθενών να επιμερίζονται στα ήδη υπάρχοντα τμήματα του διοικητικού τομέα, γεγονός που προσμετράται στα μειονεκτήματα. Υποστηρίζεται διεθνώς η άποψη ότι μόνο τα νοσοκομεία εκείνα που έχουν ένα αποτελεσματικό Τμήμα Διεθνών Ασθενών θα συνεχίσουν να βλέπουν μια σταθερά ανοδική τάση στη ροή των διεθνών ασθενών τους και θα επικρατήσουν τελικά στον χώρο του παγκόσμιου ιατρικού τουρισμού (Medical Tourism & Insurance, 2008:62).

Στα πλαίσια της στρατηγικής τους τακτικής για την προσέλκυση ιατρικών τουριστών και την ενίσχυση της επισκεψιμότητάς τους, οι δομές υγείας έχουν αναπτύξει συνεργασίες με ξενοδοχεία και με τουριστικά γραφεία για την παροχή τουριστικών πακέτων. Η συνεργασία με εξειδικευμένες εταιρείες διαμεσολαβητών έχει υιοθετηθεί ως τακτική δράσης από τους μισούς παρόχους.

Η εφαρμογή προτύπων διασφάλισης της ποιότητας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ενασχόληση ενός παρόχου υγείας με τον ιατρικό τουρισμό, σύμφωνα και με την πρόσφατη νομοθεσία. Σύμφωνα με τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου, οι περισσότεροι πάροχοι υγείας διαθέτουν πιστοποίηση των υπηρεσιών τους. Από τους πιστοποιημένους παρόχους ιατρικού τουρισμού που συμμετείχαν στην έρευνα, τέσσερις έχουν εξειδικευμένη πιστοποίηση υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού (TEMOS).

Ο αριθμός των ιατρικών τουριστών στις δομές υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίασε αυξομειώσεις την πενταετία 2010-2014. Το 2011 σημειώνεται άνοδος των ιατρικών τουριστών, η οποία όμως ανακόπτεται το 2012-2013, για να επανέλθει την επόμενη

χρονιά (2014) στα ίδια περίπου επίπεδα με το 2011. Το γεγονός αυτό οπωσδήποτε συνδέεται με τη γενικότερη υφιστάμενη οικονομική και πολιτική κατάσταση της χώρας μας και την αντίστοιχη πορεία του τουρισμού κατά την ίδια χρονική περίοδο. Σύμφωνα με το Υπουργείο Τουρισμού και τον ΕΟΤ, τη διετία 2013-2014 σημειώνεται αύξηση 11% στον εισερχόμενο τουρισμό της Ελλάδας σε σχέση με το 2012. Δεδομένου επίσης ότι η πολιτική κατάσταση μιας χώρας επηρεάζει αποφασιστικά τη λήψη απόφασης του ιατρικού τουρίστα, η αρνητική προβολή της χώρας μας στο εξωτερικό και η διαθλαστική ή παραμορφωτική εικόνα της, λόγω της παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης από το 2009, οι κοινωνικές αναταραχές και η πολιτική αστάθεια έπληξαν το προφίλ της σε ένα σημαντικό μερίδιο της ευρύτερης αγοράς του τουρισμού (Τζιόβας, 2010). Στα πλαίσια αυτά, είναι επιτακτική ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί η εικόνα της Ελλάδας στην παγκόσμια κοινή γνώμη.

Το κύριο ρεύμα των εισερχόμενων ιατρικών τουριστών στην Ελλάδα είναι ευρωπαϊκής προέλευσης. Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Γαλλία και η Ολλανδία είναι οι χώρες, από τις οποίες η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη εισροή ιατρικών τουριστών, όπως προκύπτει από τα δεδομένα του δείγματος για το έτος 2014. Στις χώρες αυτές (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία) έχει γίνει διαφημιστική προβολή των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Η πλειοψηφία των παρόχων αναγνωρίζει την παράμετρο της τοποθεσίας ως *Πολύ* ή *Πάρα πολύ* σημαντική. Ευνοημένες είναι εκείνες οι δομές υγείας που βρίσκονται σε μέρη με τουριστικό ενδιαφέρον (π.χ. θερινός/χειμερινός τουρισμός, αρχαιολογικά αξιοθέατα). Η απάντηση αυτή επιβεβαιώνει τη διεθνή τάση στον χώρο του ιατρικού τουρισμού, σύμφωνα με την οποία ο τουρισμός αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ιατρικού τουρισμού. Από το σύνολο των απαντήσεων προκύπτει επίσης η σπουδαιότητα της ευκολίας πρόσβασης (π.χ. σύνδεση με αεροδρόμια και λιμάνια). Επειδή ο ιατρικός τουρισμός βασίζεται σε μια ανεπτυγμένη υποδομή, είναι σημαντική η ύπαρξη ενός ανεπτυγμένου δικτύου υποδομών.

Ως κύριο μέσο διαφήμισης και προβολής στο εξωτερικό έχει υιοθετηθεί το διαδίκτυο. Η αξιοποίηση του διαδικτύου και οι πολυάριθμες δυνατότητες που προσφέρει (π.χ. διαφήμιση σε εξειδικευμένες διαδικτυακές πλατφόρμες για τον ιατρικό τουρισμό, ιστοσελίδες ιατρικών παρόχων, *digital word-of-mouth*) τείνουν να το καταστήσουν ως το αποτελεσματικότερο μέσο προβολής για έναν κλάδο με διεθνή χαρακτήρα, όπως ο ιατρικός τουρισμός.



Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας αντιλαμβάνονται τον ιατρικό τουρισμό ως μια νέα αγορά με περιθώρια κέρδους και ως αξιοποίηση πόρων της επιχείρησης. Επιπλέον, η πλειοψηφία των παρόχων ανταποκρίνεται θετικά στην προοπτική διεύρυνσης των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Υπάρχει διεθνώς η άποψη ότι υπό προϋποθέσεις ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να αποτελέσει μια επενδυτική επιλογή χαμηλού ρίσκου για τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Τέλος, παρατηρείται η τάση να μην απαντώνται οι ερωτήσεις που περιέχουν οικονομικά στοιχεία και δεδομένα της επιχείρησης.

Θα ήταν παρακινδυνευμένο να γίνουν ασφαλείς προβλέψεις για το μέλλον του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα. Η έρευνα αναδεικνύει την ανάγκη συλλογής πρόσθετων δεδομένων, για να αντληθούν πιο ασφαλή συμπεράσματα και για να σχηματιστεί μια σαφής εικόνα για τον ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα.

## 10.2. Προτάσεις

Για τη βελτίωση της κατανόησης του ιατρικού τουρισμού και για τον σχεδιασμό των κατάλληλων πολιτικών είναι ζωτικής σημασίας η συλλογή βασικών δεδομένων, όπως ο αριθμός προσέλευσης ασθενών, η χώρα προέλευσής τους, το είδος της ιατρικής περίθαλψης, το κόστος και η πηγή χρηματοδότησης. Μια άλλη σημαντική παράμετρος που πρέπει να εξεταστεί είναι το αποτέλεσμα της διαδικασίας, όπως αυτή μετρά το ενδεχόμενο κέρδους ή ζημίας για την υγεία (Helbe, 2011).

Πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να είναι μια ισόρροπη και βιώσιμη ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού. Μακροπρόθεσμος στόχος είναι να βοηθηθεί ο ελληνικός ιατρικός τουρισμός να βρει τη θέση που του αξίζει στη διεθνή αγορά. Οι συνηθέστερες προτεινόμενες στρατηγικές προώθησης και ανάδειξης του ελληνικού ιατρικού τουρισμού που απαντούν στην εγχώρια βιβλιογραφία μπορούν να συνοψιστούν στις εξής δράσεις:

- η δημιουργία ενός ισχυρού και αναγνωρίσιμου εμπορικού σήματος/ταυτότητας στη διεθνή αγορά, ενός διεθνούς *brand name* για τον ελληνικό ιατρικό τουρισμό (μέσω της έντυπης και ηλεκτρονικής προβολής)
- η διαμόρφωση της ελληνικής αγοράς ιατρικού τουρισμού

- η προσέλκυση ιατρικών τουριστών όχι μόνον υψηλού αλλά και μεσαίου εισοδήματος.
- η ανάδειξη της Ελλάδας σε προορισμό *value for money*
- η αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας και του διαδικτύου (π.χ. η κατασκευή και η λειτουργία ενός αποθετηρίου πληροφοριών, το οποίο θα αφορά στα προσφερόμενα είδη τουρισμού της χώρας, η δημιουργία μιας στοχευμένης διαφημιστικής καμπάνιας στα *social media* (Facebook, Twitter κλπ).
- η ενίσχυση της επιχειρηματική ηθικής και δεοντολογίας
- η διοργάνωση επιστημονικών σεμιναρίων και συνεδρίων
- η συμμετοχή σε διεθνείς εκθέσεις και *Workshops*
- η συνεργασία και η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
- η προώθηση της διαδικασίας διεθνούς πιστοποίησης και διαπίστευσης από τους ενδιαφερόμενους παρόχους υγείας
- η δημιουργία ειδικού τμήματος για διεθνείς ασθενείς
- η υιοθέτηση του μέτρου της ιατρικής βίζας (*medical visa*) για τους ταξιδιώτες των χωρών εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (όπως η Ρωσία και οι χώρες της Μέσης Ανατολής), όπου απαιτείται πιστοποιητικό θεώρησης εισόδου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Franklin, D. (2015, Ιανουάριος 16). Παγκόσμια αταξία. *The Economist: Ο Κόσμος το 2015* [Αφιέρωμα].
- Healthcare Consulting. (2009). *Στρατηγική μελέτη οργάνωσης, ανάπτυξης και προβολής Τουρισμού Υγείας στην Κύπρο*.
- Kekic, L. (2015, Ιανουάριος 16). Χρόνια πολλά, Σιγκαπούρη. Το καλύτερο μέρος για επενδύσεις. *The Economist: Ο Κόσμος το 2015* [Αφιέρωμα].
- McShane, R. (2015, Ιανουάριος 16). Σημείο άνευ επιστροφής. *The Economist: Ο Κόσμος το 2015* [Αφιέρωμα].
- Sullivan, E. & Decker, P. J. (2005). *Αποτελεσματική ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. Μετάφραση Θ. Μπελλάλη. 6<sup>η</sup> έκδ. Αθήνα, Εκδ. Γκιούρδας.
- Ασκληπιός. (1986). Στο *Ελληνική Μυθολογία* (τ. 2). Αθήνα, Εκδοτική Αθηνών.
- Βαγιονής, Ν. & Διδασκάλου, Ε. (2014). Η προώθηση των ειδικών μορφών τουρισμού ως αναπτυξιακή στρατηγική. *Η Ελληνική Οικονομία από την Κρίση στην Ανάπτυξη*. 4-5 Απριλίου 2014, Βόλος.
- Γούλα, Α., Κέφης, Β., Δημάκου, Σ., Πιερράκος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2014). Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο: Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5):583-590.
- Γώγος, Χρ. (2011). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10-21.
- Δοξιάδης, Α., Κατσάπη, Α. & Σουλιώτης Κ. (2012). *Ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Αθήνα.
- Ετήσια Μελέτη της Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ. (Δεκ. 2007). *Τουρισμός Υγείας: Η Ελλάδα και ο Κόσμος*. Αθήνα, Xenia Εκθέσεις-Συνέδρια ΑΕ.
- Ιατρική. Στο *Ιστορία του Ελληνικού Έθνους: Κλασικός Ελληνισμός*. (2000). Γ2:513-523. Αθήνα, Εκδοτική Αθηνών.
- Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Ζυγά Σ. & Πρεζεράκος, Π. (2012). Διερεύνηση εφαρμογής κριτηρίων ποιότητας στο χειρουργείο. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 1(2):63-70.

- Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθμ. 27217/26.11.2013 *Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για την άσκηση της δραστηριότητας του Ιατρικού Τουρισμού*. ΦΕΚ 3077/Β´/03-12-2013.
- Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθμ. ΕΜΠ5 *Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ)*. ΦΕΚ 3054/Β´/18-11-2012.
- Κουτελέκος, Ι. (2013). Η ασφάλεια των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2(1):1-2.
- Κυπριακός Οργανισμός Τουρισμού. *Στρατηγική Τουρισμού 2011-2015*.
- Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5): 834-840.
- Κωνσταντινίδης, Κ. (χ.χ.). *Ελλάδα και τουρισμός υγείας*. Διαθέσιμο από: <http://www.healthgreece.gr/Informational-Documents/Documents/Greece-and-Health-Tourism-Greek.pdf>
- Λανάρα, Β. (1999). *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο*. 6<sup>η</sup> έκδ. Αθήνα, Γ. Παπανικολάου.
- Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4).
- Μαρκέτος, Σπ. (2000). *Εικονογραφημένη ιστορία της Ιατρικής*. Αθήνα, Εκδ. Ζήτα.
- Μητροσύλη, Μ. (2007) Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρουσίαση και παρατηρήσεις στο Νόμο 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6):612-622.
- Μοίρα, Π. & Μυλωνόπουλος, Δ. (2014). Τουρισμός υγείας και ταξίδι υγείας. Κοινωνιολογική προσέγγιση και εννοιολογική διασαφήνιση. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*. 2(9), 11-28.
- Μπουζιά, Κ. Αθ. & Χριστοπούλου-Αλετρά, Ε. (2006, Οκτώβριος-Δεκέμβριος). Η φυματίωση σε ελληνικά περιοδικά της περιόδου 1854-1901. *Πνεύμων*, 19, (4).
- Μυλωνόπουλος, Δ., Μοίρα-Μυλωνοπούλου, Π., & Καραβασίλη, Α. (2011). Η εποπτεία της τουριστικής δραστηριότητας μέσω αποκεντρωμένων μονάδων διοίκησης τουρισμού. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 3 (6):86-95.
- Νόμος Υπ' Αριθ. 4179 *Απλούστευση διαδικασιών για την ενίσχυση της επιχειρηματικότητας στον τουρισμό, αναδιάρθρωση του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού και λοιπές διατάξεις*. ΦΕΚ 175Α/08-08-2013.

- Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διαθέσιμο από: <http://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>
- Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Επιστημονικές Εκθέσεις / 7. Αθήνα, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαγεωργίου, Μ. (2010). Προς νέα πρότυπα χωρικού σχεδιασμού του θερμαλιστικού τουρισμού στην Ελλάδα. *Αειχώρος*, 13:62-93.
- Παπαγεωργίου, Μ. (2011). Η γεωγραφία και χωροταξία του θερμαλιστικού τουρισμού στην Ελλάδα. *Γεωγραφίες*, 18:58-80.
- Παπαδημητρόπουλος, Δ. (2009). Προϋποθέσεις μεταφοράς διοικητικής τεχνολογίας από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα. *Διοικητική Ενημέρωση*, 50:5-34.
- Παπανικολάου, Β. (2007). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Προεδρικό Διάταγμα Υπ' Αριθ. 180/2009 *Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)*. ΦΕΚ 210/2-10-2009.
- Προεδρικό Διάταγμα Υπ' Αριθ. 395/1993 *Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης από φυσικά ή Ν.Π.Ι.Δ.* ΦΕΚ 166/Α/28-9-1993.
- Προεδρικό Διάταγμα Υπ' Αριθ. 247/1991 *Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών*. ΦΕΚ 93/Α/21-6-1991.
- Σαράφης, Π. Α. (2011). *Το marketing στις υπηρεσίες υγείας*. Βήτα, Ιατρικές Εκδόσεις.
- Σιγάλα, Μ. & Χρήστου, Ε. (2014). Από τον μαζικό τουρισμό στον τουρισμό της εμπειρίας. Συλλογικός Τόμος της Ελληνικής Ένωσης Τραπεζών με θέμα: *"Ανταγωνιστικότητα για ανάπτυξη: Προτάσεις πολιτικής"*, 191-206.
- Σκρέκας, Κ. (2015, Ιανουάριος 16). Ανάπτυξη μετά την κρίση. *The Economist: Ο Κόσμος το 2015* [Αφιέρωμα].
- Σούλης, Σ. (1998). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546.

- Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Οικονόμου, Ν., Παληκαρόνα, Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*. Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής.
- Τράκα, Ντ. (2007). Η Βυζαντινή Ιατρική. *Αρχαιολογία*, 103:6-9.
- Χαραλάμπους, Α. & Τσίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1):106-112.
- Χατζηπουλίδης, Γ. (2003). Η εφαρμογή των προτύπων διαχείρισης της ποιότητας. Από τη βιομηχανία και τις επιχειρήσεις, στις μονάδες υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2(4):1-12.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Abratt, D. (2011, February/March). European Union: Healthcare without borders. *Medical Tourism Magazine*, 19:37-39.
- Albert, D. (2008, November). Medical Tourism: Progress and Prospects. *Medical Tourism Magazine*, 7:16-18.
- Al-Lamki, L. (2011, November). Medical Tourism: Beneficence or Maleficence? *SQU Med Journal*, 11(4):444-447.
- American Medical Association (AMA-OMSS). (2007, June). *Report B: Medical Travel Outside the United States*. Διαθέσιμο από: <http://www.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/AMA%20Report%20June%202007.pdf>
- Are, C. (2009). Global Expansion of US Health Care System and Organizations. *SAGES, Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons*. Διαθέσιμο από: <http://www.medscape.com/viewarticle/587903>
- Arellano de A.R. (2007). Patients without borders: The emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1):193-198.
- Asian Snapshots: Medical Tourism in Asia. (2008, November). *Medical Tourism Magazine*, 7:62-64.
- Back office to the world. (2011, Μάιος 3). *The Economist*.
- Balarajan, Y., Selvaraj, S. & Subramanian, S.V. (2011). Health care and equity in India. *The Lancet*, 377(9764), 505-515.

- Barua, B. & Esmail, N. (2013, December 20). Seeking relief outside Canada's borders. Διαθέσιμο από:<http://www.fraserinstitute.org/research-news/news/display.aspx?id=20716>
- Barua, B. & Esmail, N. (2013a). 41,838 Canadians became medical tourists in 2013. Troy Media.
- Barua, B. & Esmail, N. (2013b). Waiting your turn: wait times for health care in Canada, 2013 report. *Fraser Institute, Studies in Health Policy*.
- Barua, B. & Fathers, F. (2014). Waiting your turn: wait times for health care in Canada, 2014 report. *Fraser Institute, Studies in Health Policy*.
- Bookman, M. Z. & Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York, Palgrave MacMillan Ltd.
- Budiani-Saberi, D. A., & Delmonico, F. L. (2008). Organ trafficking and transplant tourism: a commentary on the global realities. *American Journal of Transplantation*, 8(5), 925-929.
- Buhalis, D. (1999a). Limits of tourism development in peripheral destinations: Problems and Challenges. *Tourism Management*, 20(2):183-185.
- Buhalis, D. (1999b). Tourism on the Greek Islands: Issues of Peripherality, Competitiveness and Development. *International Journal of Tourism Research*, 1(5):341-358.
- Burkett, L. (2007). Medical Tourism-Concerns, Benefits and the American Legal Perspective. *Journal of Legal Medicine*, 28(2):223-245.
- Carrera, P.M. (2006). Medical Tourism. *Health Affairs*, 25(5):1453.
- Carrera, P.M. & Bridges, J.F. (2006a). Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4):447-454.
- Carrera, P.M. & Bridges, J.F. (2006b). Health and Medical Tourism: What they mean and imply for health care systems. *Health and Ageing*, 15:1-4.
- Carrera, P. & Lunt, N. (2010). A European perspective on medical tourism: The need for a knowledge base. *International Journal Of Health Services*, 40(3):469-484.
- Carter, J. (2010, January/February). Korean Health Care for US Corporations. *Medical Tourism Magazine*, 14:36-37.
- Castro Lotero, A.T. (2013, September/October). Medical Tourism: Sustainable development. *Medical Tourism Magazine*, 29:96-98.

- Chanda, R. (2002). Trade in health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 158-163.
- Chen, L.H. & Wilson, M.E. (2013). The Globalization of Healthcare: Implications of medical tourism for the infectious disease clinician. *Clinical infectious diseases*, 57(12), 1752-1759.
- Chen, P. T., Kung, R. H., Huang, M. Y., Chen, F. D., & Pei, L. (2012). Exploring the Medical Tourism Development Barriers and Participation Willingness in Taiwan: An Example of Mainland Tourist. *World Academy of Science, Engineering and Technology, International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 6(8), 2132-2137.
- Chew, G. & Norzilawati, MT. (2007, December). The Lure of the Medical Tourism in Asia. *Medical Tourism Magazine*, 1:6-8.
- Chinai, R., & Goswami, R. (2007). Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), 164-165.
- Cohen, E. (2008). Medical Tourism in Thailand. *AU-GSB e-Journal*, 1(1):24-37.
- CII-McKinsey & Company. (2002). *Health Care in India: The Road Ahead. A Report*. New Delhi.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*, 27(6):1093-1100.
- Connell, J. (2008). Tummy Tucks and the Taj Mahal? Medical Tourism and the Globalization of Health Care. In: Woodside, A. G. & Martin, D. (Eds.) *Tourism Management: Analysis, Behaviour, and Strategy*, Ch.14: 232-244, Cabi.
- Cook, W. (2007, December). Costa Rica: From Ecotourism Leader to World Class Healthcare Provider. *Medical Tourism Magazine*, 1:20-22.
- Cook, W. (2008, February). Medical Tourism: Misnomer or right on? *Medical Tourism Magazine*, 2:50-51.
- Cornblatt, J. (2009, Αύγουστος 7). Medical Tourism Appeals to 60 Percent of Americans. Are You One of Them? *Newsweek*.
- Cote, J. (2014, January/February). Digital Word-of-Mouth Marketing for Medical Tourism Industry. *Medical Tourism Magazine*, 30:74-76.



- Crooks, V.A., Kingsbury, P., Snyder, J. & Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research, 10*:266.
- Crooks, V. A., Turner, L., Cohen, I. G., Bristeir, J., Snyder, J., Casey, V., & Whitmore, R. (2013). Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ open, 3*(2).
- Difficulties in Australian Healthcare may present a new opportunity. (2012, September/October). *Medical Tourism Magazine, 26*:45-46.
- Economou C. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, 2010, 12*(7):1–180.
- Edelheit, J. (2008a). The importance of Networking. *Medical Tourism Magazine, 2*:54-56.
- Edelheit, J. (2008b). American Healthcare & the Economic Crisis: What does it mean for Medical Tourism? *Medical Tourism Magazine, 7*:21-22.
- Edelheit, J. (2013, September/October). Medical Tourism: Alternative Course in unsettled times. *Medical Tourism Magazine, 29*:67-70.
- Edmonds, A. (2011). "Almost invisible scars": medical tourism to Brazil. *Signs, 36*(2), 297-302.
- Eggertson, L. (2006, April 25). Wait-list weary Canadians seek treatment abroad. *CMAJ, 174*(9):1247.
- Ehrbeck, T., Guevara, C. & Mango, P.D. (2008). Mapping the market for medical travel. *McKinsey Quarterly*.
- Ehrbeck, T., Guevara, C., Mango, P.D., Cordina R., Singhal, S. (2008). Health care and the consumer. *McKinsey Quarterly, 4*:80-91.
- Entin, F. J. (2008, February). Bad Result! Will your patient be able to sue you in America? *Medical Tourism Magazine, 2*:14-15.
- European Commission (2014). *Preferences of Europeans towards tourism. Report*. Flash Eurobarometer Series No. 392. European Commission, Directorate-General for Enterprise and Industry.
- Fernquest, J. (2010, November 5). Should Thailand strive to become a medical tourism hub? *Bangkok Post*.

- Find Health in Ecuador and much more. (2014, January/February). *Medical Tourism Magazine*, 30:152-153.
- Fonseca, G. (2011, February/March). Brazil: Your best choice for healthcare. *Medical Tourism Magazine*, 19:34-35.
- Franzblau, L. E., & Chung, K. C. (2013). Impact of medical tourism on cosmetic surgery in the United States. *Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open*, 1(7), e63.
- Freedman, D.O. & Woodall, J. (1999). Emerging infectious disease and risk to the traveller. *Medical Clinics of North America*, 83(4):865–883.
- Freyer, W. & Kim, B.S. (2014). Medical tourism and travel-An interdisciplinary approach. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 76(1): 65-68.
- Garud, A.D. (2005, November/December). Medical tourism and its impact on our healthcare. *The National Medical Journal of India*, 18(6):318-319.
- Gerl, R., Boscher, L., Mainil, T., Kunhardt, H. (2009, September/October). European Competence Centers for Health & Medical Tourism. *Medical Tourism Magazine*, 12:66-69.
- Gerl, R. Kunhardt, H. & Mainil, T. (2009, September/October). The MBA for Health & Medical Tourism / Cross-Border Healthcare. *Medical Tourism Magazine*, 12:78-81.
- Gerzmava, O., Lomtadze, L., Kitovani, D., Kadjrishvili, M. (2011, October). Abstract, Development of medical tourism in Georgia. Problems and prospective (review). *Georgian Med News*, 199:64-74.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M. & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16(6):1145-1155.
- Global Wellness Institute (GWI) (2014), 2013 *Global Wellness Tourism Economy Report*, SRI International Report. Διαθέσιμο από: [http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness\\_tourism\\_economy\\_exec\\_sum\\_final\\_10022013.pdf](http://www.globalwellnesssummit.com/images/stories/pdf/wellness_tourism_economy_exec_sum_final_10022013.pdf)
- Globalisation and health: Importing competition. (2008, Αύγουστος 14). *The Economist*.
- Globalisation and health care: Operating profit. (2008, Αύγουστος 14). *The Economist*. Διαθέσιμο από: <http://www.economist.com/node/11919622>

- Gluck, E. (2008). Incredible [Accreditable] India: Trends in Hospital Accreditation coexistent with the growth of Medical Tourism in India. *Saint Louis University Journal of Health Law & Policy*, 459-493.
- Goeldner, C. (1989). 39<sup>th</sup> Congress AIEST: English Workshop Summary. *Revue de Tourisme*, 44(4):6-7.
- Gomez, V. R., & de La Rochebrochard, E. (2013). Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium. *Human reproduction*, 28(11):3103–3110.
- Goodrich, J.N. (1993). Socialist Cuba: A study of health tourism. *Journal of Travel Research*, 32(1):36-42.
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3):172-183.
- Guojinga, F.A.N. & Zhijun, L. (2013, June). Medical tourism: The new favorite tourist market. *Journal of Economics and International Finance*, 5(3):65-70.
- Gupta, V., & Das, P. (2012). Medical tourism in India. *Clinics in laboratory medicine*, 32(2), 321-325.
- Hadi, A. (2009). Globalization, medical tourism and health equity. *Symposium on Implications of Medical Tourism for Canadian Health and Health Policy* on November 13, 2009 in Ottawa, Canada.
- Hall, C.M. (2011). Health and medical tourism: A kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66(1/2):4-15.
- Halloway, C. (2008, November). Positive prospects for profit: US Insurance Companies and Medical Tourism. *Medical Tourism Magazine*, 7:48-50.
- Healy, J., Hall, J. & The Commonwealth Fund (2011). The Australian health care system 2011 in Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Reed, S. J. (ed) (2011) *International profiles of health care systems 2011: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*. New York, The Commonwealth Fund.
- Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: Challenges and Opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(1):68-72.

- Herrick, D. M. (2007, November). Medical tourism: Global Competition in Health Care. *NCPA Policy Report*, 304:1-35.
- Ho, V. et al. (2008, November). Singapore: Healthcare Hub and Medical Marvels. *Medical Tourism Magazine*, 7:68-71.
- Horowitz, M. D. (2008). Why in the World Do Patients Travel for Medical Care?. *Asia Pacific Biotech News*, 12(7), p24-28.
- Horowitz, M.D. & Rosensweig, J.A. (2008). Medical Tourism vs. Traditional International Medical Travel: A Tale of Two Models. *International Medical Travel Journal*, 3:30-33.
- Horowitz, M.D., Rosensweig, J.A. & Jones C.A. (2007). Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4): 33. Διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18311383>
- Horowitz, M.D. & Rosensweig, J.A. (2007, November/December). Medical Tourism-Health Care in the Global Economy. *The Physician Executive*, 33(6):24-26, 28-30.
- Hudson, S. & Thal, K. (2014, January/February). Wellness Vacations: Softer side of Medical Tourism. *Medical Tourism Magazine*, 30:104-106.
- International Union of Tourism Organizations (IUTO) (1973). Health Tourism, United Nations, Geneva.
- Jagyasi, P. (2010a). Brain Drain: Can Medical Tourism reverse it? *Medical Tourism Magazine*, 15:78-79.
- Jagyasi, P. (2010b). Medical Tourism Impact: It's more than obvious. *Medical Tourism Magazine*, 17:56-59.
- Jagyasi, P. (2009, September/October). Medical Tourism Facilitator: Critical Fourth Dimension. *Medical Tourism Magazine*, 12:137-140.
- Jain, M. (2011, Απρίλιος 4). Medical tourism draws growing numbers of Americans to seek health care abroad. *Washington Post*.
- Johanson, M. (2013, November 5). Medical Tourism's Supposed Rise and Enormous Market Appeal a Myth: Report. *Newsweek*.
- Johnson, J. (2009, November/December). Guatemala: The Land of eternal spring. *Medical Tourism Magazine*, 13:90-93.
- Johnston, K., Puczkó, L., Smith, M., Ellis, S. (2011). *Wellness Tourism and Medical Tourism: Where do Spas fit? Research Report*. Global Spa Summit.

- Johnston, R. et al. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9:1-13.
- Kangas, B. (2010). Traveling for medical care in a global world. *Medical Anthropology*, 29(4), 344-362.
- Keckley, P.H. & Underwood, H.R. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value. Report*. Washington, United States of America, Deloitte Center for Health Solutions.
- Keckley, P.H. & Underwood, H.R. (2009). *Medical tourism: Update and implications*. Washington, United States of America, Deloitte Center for Health Solutions.
- Kelly, E. (2013). *Medical Tourism*, World Health Organization | Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care. Διαθέσιμο από: [http://www.who.int/global\\_health\\_histories/seminars/kelley\\_presentation\\_medical\\_tourism.pdf](http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf)
- Khan, M. (2010, July 30). Medical Tourism: Outsourcing of Healthcare. *International CHRIE Conference-Refereed Track*. Paper 23:1-7.
- KPMG International (2011, May). *Issues Monitor. Sharing knowledge on topical issues in the Healthcare Sector*, 7:1-18. Διαθέσιμο από: <https://www.kpmg.com/Global/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Issues-monitor-healthcare/Documents/issues-monitor-healthcare-may-2011.pdf>
- Lautier, M. (2014). International trade of health services: Global trends and local impact. *Health Policy*, 118(1), 105-113.
- Laxminarayan, R. & Canguly, N.K. (2011, June). India's vaccine deficit: Why more than half Indian children are not fully immunized and what can –and should- be done. *Health Affairs*, 30(6):1096-1103.
- Leahy, A. L. (2008). Medical tourism: The impact of travel to foreign countries for healthcare. *The Surgeon*, 6(5), 260-261.
- Lee, C. & Spisto, M. (2007). Medical Tourism, the Future of Health Services. *Proceedings of the 12th International Conference on ISO 9000 and TQM*, Taichung, Taiwan, 9-11 April.
- Lorenzana, R. (2010, September/October). El Salvador: Dental tourism leader. *Medical Tourism Magazine*, 17:113-114.

- Lukban, F.P. (2008, July). Fortifying Western Healthcare with Traditional Chinese Medicine. *Medical Tourism Magazine*, 5:42-43.
- Lunt, N. & Carrera, P. (2010, May). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66:27–32.
- Lunt, N., Horsfall, D., Smith, R., Exworthy, M., Hanefeld, J., & Mannion, R. (2014). Market size, market share and market strategy: three myths of medical tourism. *Policy & Politics*, 42(4), 597-614.
- Lunt, N., Smith R.D., Mannion, R., Green, ST, Exworthy, M., Hanefeld, J. et al. (2014). Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: A policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches. *Health Services and Delivery Research*, 2(2).
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S.T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Paris. Διαθέσιμο από: <http://search.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
- Mabry, T. J. (2012, September/October). Clear Medical Tourism Facilitator contracts benefit all parties. *Medical Tourism Magazine*, 26:65-67.
- Mainil, T., Van Loon, F., Dinnie, K., Botterill, D., Platenkamp, V., & Meulemans, H. (2012). Transnational health care: From a global terminology towards transnational health region development. *Health Policy*, 108(1), 37-44.
- Mainil, T. (2012). *Transnational health care and medical tourism: Understanding 21st-century patient mobility. Towards a rationale of transnational health region development*. Universiteit Antwerpen (Belgium).
- Malaysia: Expanding its Health Systems. (2012, September/October). *Medical Tourism Magazine*, 26:114-115.
- Manaf, A., & Hazilah, N. (2010). Health tourism in Malaysia: prospects and challenges. In: *Second International Conference on Arab-Malaysian Islamic Global Business and Entrepreneurship, 20-24 March, 2010, Jordan and Syria*. Διαθέσιμο από: [http://irep.iium.edu.my/8879/1/HEALTH\\_TOURISM\\_IN\\_MALAYSIA\\_%282%29.pdf](http://irep.iium.edu.my/8879/1/HEALTH_TOURISM_IN_MALAYSIA_%282%29.pdf)
- Martin, S. (2010a). An Introduction to Sustainability in Healthcare: The next big thing. *Medical Tourism Magazine*, 15:8-10.

- Martin, S. (2010b). Baby Boomers: Causing a strain on the US Healthcare System. *Medical Tourism Magazine*, 15:28-30.
- Mazzaschi, A. (2011). Surgeon and safari: Producing valuable bodies in Johannesburg. *Signs*, 36(2), 303-312.
- McKinsey & Company. (2012). *Greece, Ten Years Ahead: Defining Greece's new growth model and strategy. Executive summary*. McKinsey & Company. Athens Office. Διαθέσιμο από: [http://statathens.aueb.gr/~jpan/Greece\\_Executive\\_summary\\_English.pdf](http://statathens.aueb.gr/~jpan/Greece_Executive_summary_English.pdf)
- Medical tourism. (n.d.) *Segen's Medical Dictionary* (2011). Διαθέσιμο από: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+tourism>
- Medical Tourism & Insurance. (2008, June). *Medical Tourism Magazine*, 4:62.
- Medical Tourism Climate Survey 2011 conducted for the European Medical Travel Conference 2011 Barcelona, Spain 27<sup>th</sup>-29<sup>th</sup> April 2011, *International Medical Travel Journal*. Διαθέσιμο από: <http://www.slideshare.net/teddecorte/medical-tourism-climate-survey>, (τελευταία πρόσβαση: 30/4/2015).
- MTA Releases First Patient Surveys on Medical Tourism. (May/June 2009). *Medical Tourism Magazine*, 10:34-36.
- Melendez, M. M., & Alizadeh, K. (2011). Complications from international surgery tourism. *Aesthetic Surgery Journal*, 31(6), 694-697.
- Meister, B. (2007, December). The Boomers are coming! The Boomers are coming! *Medical Tourism Magazine*, 1:60-62.
- Milstein, A., Smith, M. & Kassirer, J.P. (2009, June 9). Overseas, Under the Knife. *The New York Times*.
- Milstein, A., Smith, M. (2006). America's new refugees-seeking affordable surgery offshore. *New England Journal of Medicine*, 355(16):1637-1640.
- Mirrer-Singer, Ph. (2007). Medical Malpractice Overseas: The legal uncertainty surrounding Medical Tourism. *Law and Contemporary Problems*, 70(211):211-232.
- Mohamad, W.N., Omar, A. & Haron, M. S. (2012). The Moderating Effect of Medical Travel Facilitators in Medical Tourism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 65: 358-363.
- Mueller, H. & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. Research Institute for Leisure and Tourism. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1):5-17.

- Munro, J.W. (2012). *What is Medical tourism? Toward a practical understanding of medical tourism and medical travel, wellness tourism, health tourism and health travel*. Best Practices in Medical Tourism 3. Medical Travel Quality Alliance.
- Najafi, R. (2011, February/March). Antibiotic-Resistant: Superbugs, a rising threat for Medical Tourists. *Medical Tourism Magazine*, 19:66-68.
- Nicolaides, A. (2011). Lessons for South Africa from Asia on Medical Tourism's Practice and Potential. *Medical Technology SA - The Official journal of Society of Medical Laboratory Technologists of SA*, 25(2):7-16.
- Niechajev, I. & Frame, J. (2012, February). A plea to control medical tourism. *Aesthetic plastic surgery*, 36(1), 202-206.
- Pachanee, C. Implications on Public Health from Mode 2 Trade in Health Services: Empirical Evidence: [A Case of Thailand]. *Workshop on the movement of patients across international borders - Emerging challenges and opportunities for health care systems*. 24-25 February 2009, Kobe, Japan.
- Pafford, B. (2009). The third wave--medical tourism in the 21st century. *Southern medical journal*, 102(8): 810-813.
- Pakes, B. Medical Tourism. In *Encyclopedia of Global Health*, Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2008, 1089-91. *SAGE Reference Online*. Web. 4 Apr. 2012. Διαθέσιμο από: [http://study.sagepub.com/sites/default/files/Ch15\\_Medical%20Tourism.pdf](http://study.sagepub.com/sites/default/files/Ch15_Medical%20Tourism.pdf)
- Parker, J. (2015, Ιανουάριος 16). Ο κόσμος αναμορφώνεται: Το τέλος της πληθυσμιακής πυραμίδας. *The Economist: Ο Κόσμος το 2015* [Αφιέρωμα].
- Patwardhan, B., Warude, D., Pushpangadan, P., & Bhatt, N. (2005). Ayurveda and Traditional Chinese Medicine: A Comparative Overview. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 465-473.
- Pickert, K. (2008, November 25). A brief history of Medical Tourism. *Time*.
- Power, K. (2009, May/June). Global mobile health care: An Electronic Framework for Portability of Health Records. *Medical Tourism Magazine*, 10:10-13.
- Reese, S. (2007, May). CARE Beyond Borders. *Managed Healthcare Executive*, 17(5):33-36.
- Reddy, S., & Qadeer, I. (2010). Medical tourism in India: progress or predicament?. *Economic and Political Weekly*, 69-75.



- Reisman, D. A. (2010). *Health tourism: social welfare through international trade*. Cheltenham, Edward Elgar Publishing Limited.
- Rogers, B.A., Aminzadeh, Z., Hayashi, Y., & Paterson, D. L. (2011, July 1). Country-to-country transfer of patients and the risk of multi-resistant bacterial infection. *Clinical Infectious Diseases*, 53(1):49-56.
- San Vicente De Paul Hospital - Rionegro: First Green Hospital in Latin America. (2010, May/June). *Medical Tourism Magazine*, 15:42-44.
- Sarwar, A. A., Manaf, N. A., & Omar, A. (2012). Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective. *Iranian journal of public health*, 41(8), 1.
- Shaw, A. & Crochet, A. L. (2011, February/March). The path of Asia. *Medical Tourism Magazine*, 19:8-9.
- Smith, M. & Puczkó, L. (2009). *Health and Wellness Tourism*. London: Butterworth-Heinemann.
- Smith, J. C., & Medalia, C. (2014). *Health insurance coverage in the United States: 2013*. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census.
- Spain's Health Tourism searching for cost effective solutions. (2012, May/June). *Medical Tourism Magazine*, 25:51-52.
- Squires, D., & Anderson, C. (2015). US health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. *Issue brief (Commonwealth Fund)*, 15, 1-15.
- Stephano, R.M. (2013a). Medical Tourism Around the World. *Medical Tourism Magazine*, 27:10-21.
- Stephano, R.M. (2013b). Medical Tourism Facilitators: The Good, the Bad, the Unknown. *Medical Tourism Magazine*, 29:62-65.
- Stephano, R.M. (2013c). EU Cross-Border Healthcare Directive: Proceed with caution. *Medical Tourism Magazine*, 29:112-113.
- Stephano, R.M. (2008a). The allure of India. *Medical Tourism Magazine*, 2:28-33.
- Stephano, R.M. (2008b). The Rise of Global Healthcare from Latin America. *Medical Tourism Magazine*, 7:54-60.

- Stephano, R.M. & Edelheit, J. (2009, January/February). The future of Medical Tourism. *Medical Tourism Magazine*, 8:10-15.
- Steiner, N. (2009, September/October). Welcome to Israel... Welcome to excellence. *Medical Tourism Magazine*, 12:144-145.
- Storrow, R. F. (2010). The pluralism problem in cross-border reproductive care. *Human Reproduction*, 25(12), 2939-2943.
- Supakankunti, S. & Herberholz, C. (2011, June). *Trade in Health Services – Harnessing the Benefits and Avoiding the Pitfalls: The Case of Thailand*. Διαθέσιμο από: [http://www.econ.chula.ac.th/public/publication/occasional/Trade%20Health%20Services Siripen%20Chantal.pdf](http://www.econ.chula.ac.th/public/publication/occasional/Trade%20Health%20Services%20Siripen%20Chantal.pdf)
- Taylor, C. (2007, June 22). Medical tourism's popularity on the rise. *Financial Times*.
- Terry, N.P. Under-regulated health care phenomena in a flat world: Medical tourism and outsourcing. *Western New England Law Review*, 29:421-472.
- Theofanides, F. & Papanikolaou, V. Exploring and exploiting medical tourism opportunities in Greece. *Proceedings of the 2<sup>nd</sup> International Scientific Conference on 'Advances in Hospitality and Tourism Marketing & Management'* co-organized by the Alexander Technological Institute of Thessaloniki, Democritus University of Thrace, the Washington State University and the Research Institute for Tourism of the Hellenic Chamber of Hoteliers, Corfu, Greece, 31 May-3 June 2012.
- *The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism*, Istanbul, Turkey, April 30–May 2 2008, Διαθέσιμο από: <http://www.declarationofistanbul.org/>
- The World Alliance For Patient Safety Drafting Group: Sherman, H., Castro, G., Fletcher, M., Hatlie, M., Hibbert, P., Jakob, R., Koss, R., Lewalle, P., Loeb, J., Perneger, T., Runciman, W., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Virtanen, M. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1):2-8.
- Theodorakioglou, Y. & Tsiotras, G. (2000). The need for the introduction of Quality Management into Greek Healthcare. *Total Quality Management Journal*, 11(8):1153-1165.
- Torres-Villalobos, G.M. (2010, September/October). Bariatric Surgery in Mexico City. *Medical Tourism Magazine*, 17:38-40.

- Tourism Research and Marketing (TRAM) (2006). *Medical Tourism: A Global Analysis. A report by Tourism Research and Marketing*, Association for Tourism and Leisure Education (ATLAS).
- Treerutkuarkul, A. (2010, October 31). Medical hub strategy “will hurt hospitals”. *Bangkok Post*.
- Turner, L. (2007). ‘First world health care at third world prices’: globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(03), 303-325.
- Turner, L. (2010). Medical Tourism and the Global Marketplace in Health Services: US Patients, International Hospitals, and the Search for Affordable Health Care. *International Journal of Health Services*, 40(3):443-467.
- Turner, L. (2011). Quality in health care and globalization of health services: Accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care*, 23:1-7.
- Unti, J. A. (2009). Medical and Surgical tourism: The new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 94(4), 18-25.
- Vequist, D. G. & Valdez, E. (2008, July). Medical Tourism Economic Report. *Medical Tourism Magazine*, 5:32-33.
- Vicente de B. (2014, January/February). Portugal: Preparing for Medical Tourism. *Medical Tourism Magazine*, 30:117-119.
- Viladrich, A., & Baron-Faust, R. (2014). Medical tourism in tango paradise: The internet branding of cosmetic surgery in Argentina. *Annals of Tourism Research*, 45, 116-131.
- Warf, B. (2010). Do you know the way to San José? Medical tourism in Costa Rica. *Journal of Latin American Geography*, 9(1), 51-66.
- Watson, E. (2008, February). Accreditation of Overseas Hospitals: JCI or ISQua. *Medical Tourism Magazine*, 2:12.
- Whittaker, A. (2008). Pleasure and Pain: Medical Travel in Asia. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 3(3):271-290.
- Why wait? Medical Tourism Patients bring surgeons along for ride. (2014, June/July). *Medical Tourism Magazine*, 31:41-42.
- Wibulpolprasert, S. & Pachanee, C. (2008). Addressing the internal brain drain of medical doctors in Thailand: The story and lesson learned. *Global Social Policy*, 8(1):13-15.

- Williams, G. (2007, October 31). Healthy Travels. *Washington Post*.
- Wilson, M.E. (1995, April/June). Travel and the emergence of infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 1(2):39–46.
- World Health Organization & Patient Safety. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. Διαθέσιμο από: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/1/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf).
- World Tourism Organization. (2005). *Tourism market trends 2004: World Overview and tourism topics*. Madrid, World Tourism Organization.
- Woodman, J. (2012). Medical Tourism: Closing the international health care gap. *The Journal: AARP International*. Διαθέσιμο από: <http://journal.aarpinternational.org/a/b/2012/02/Medical-Tourism-Closing-the-International-Health-Care-Gap>
- Yang, K.W. (2010, January/February). Promoting the Korean Global Healthcare Industry. *Medical Tourism Magazine*, 14:38-39.
- Yang, Y. S. (2013, March). Key Success Factors in Medical Tourism Marketing. *International Journal of Academic Research in Business & Social Sciences*, 3(3):152-158.
- Zhuravleva, D. (2014, June/July). Taiwan: Medical Miracle for international patients. *Medical Tourism Magazine*, 31:84-86.

## ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΤΥΠΟΣ

- Shah, S. (2013, Ιανουάριος 13). Οι επιδημίες εξαπλώνονται εξαιτίας του ιατρικού τουρισμού. Μτφρ Β. Παπακριβόπουλος. *Le Monde diplomatique*.
- Αδάμ-Βελένη, Π. (2001, Μάιος 13). Θέρμες και βαλανεία. *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.
- Δακής, Γ. Κ. (2004, Ιούλιος 11). Η βιωσιμότητα του Ασφαλιστικού Συστήματος και οι δαπάνες υγείας. *Η Καθημερινή*.
- Δαμάσκος, Δ. (2001, Μάιος 13). Γλυπτά στα ρωμαϊκά λουτρά. *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.

- Διαμαντόπουλος, Θ. (1997, Οκτώβριος 12). «Χαίρε ύδωρ σωτήριον». Μορφές υδροθεραπείας στο Βυζάντιο για σωματική και ψυχική ευεξία. *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.
- Καλόφωνος, Γ. (2001, Μάιος 13). Στη μεσοβυζαντινή Κωνσταντινούπολη. *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.
- Καρλατήρα, Π. (2012, Φεβρουάριος 20). Λίβυοι ασθενείς «αιμοδοτούν» τα ιδιωτικά νοσοκομεία! *Πρώτο Θέμα*.
- Κουσουνής, Στ. (2005, Απρίλιος 12). Αλλαγή προσανατολισμού χρειάζεται ο ελληνικός τουρισμός. *Η Καθημερινή*.
- Λασκαράτος, Ι. (1997, Οκτώβριος 12). Τα νοσοκομεία του Βυζαντίου. Πρότυπα νοσηλευτικά ιδρύματα και εκπαιδευτικά ιατρικά κέντρα. *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.
- Μαρκέτος, Σπ. (1997, Οκτώβριος 12). Ασκληπιός και Υγεία: Η ασκληπική ιατρική και το θεραπευτικό έργο που επετελείτο στα Ασκληπιεία. *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.
- Μπράτσιου, Τρ. (2012, Μάρτιος 20). Σωσίβιο οι Λίβυοι ασθενείς για τα ξενοδοχεία της Θεσσαλονίκης. *Κέρδος*.
- Πουτέτση, Χρ. (2014, Απρίλιος 1). Η Ελλάδα στον χάρτη του Τουρισμού Υγείας. *Το Βήμα*.
- Τα λουτρά στην αρχαιότητα και στο Βυζάντιο: Αφιέρωμα. (2001, Μάιος 13). *Η Καθημερινή: Επτά Ημέρες*.
- Τούντας, Γ. (2014, Ιανουάριος 22). Ιατρικός τουρισμός: Το μεγάλο στοίχημα. *Η Καθημερινή*.
- Χατζηκοκόλη-Συράκου, Σ. (2001, Αύγουστος 5). Ασκληπιεία: Τα Κέντρα Υγείας της αρχαιότητας. *Το Βήμα*.

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Australian Government – Department of Health: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/strategicpolicyMTO.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. Web Site: Medical Tourism-Getting Medical Care in Another Country: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/medical-tourism>
- European Medical Travel Alliance: <http://www.eumta.org/>
- Fraser Institute: <http://www.fraserinstitute.org/>

- Global Sustainable Tourism Council: <https://www.gstcouncil.org/en/gstc-certification/gstc-criteria/criteria-for-destinations.html>
- Joint Commission International: <http://www.jointcommissioninternational.org/>
- Medical Tourism Association: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/index.html>
- Medical Tourism Association: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/research-and-surveys.html>
- Medical Tourism Association: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/us-healthcare-reform-s-affect-on-the-us-medical-tourism-marketplace-white-paper.html>
- Obamacare Facts: <http://obamacarefacts.com>
- Organisation for Economic Co-operation and Development–OECD: <http://www.oecd.org>
- Patients Beyond Borders: <http://www.patientsbeyondborders.com>
- Renub Research: <http://www.renub.com/asia-medical-tourism-analysis-and-forecast-to-2015-178-p.php>
- Temos: <http://www.temos-worldwide.com>
- Treatment Abroad: [www.treatmentabroad.com](http://www.treatmentabroad.com)
- Visit Greece-The Official Website of the Greek Tourism: [www.visitgreece.gr](http://www.visitgreece.gr)
- World Health Organization/WHO: <http://www.who.int/en/>
- Ελληνικό Εθνικό Σημείο Επαφής για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη: <http://www.eopyy.gov.gr/NationalContactPoint>
- Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία: <http://www.ene.gr>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή/Δημόσια Υγεία/Γήρανση: [http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_el.htm)
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή/Δημόσια Υγεία/Διασυνοριακή Περίθαλψη: [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/policy/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_el.htm)
- Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδος: <http://www.grhotels.gr/medicaltourism>
- Υπουργείο Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας & Τουρισμού: <http://www.mintour.gov.gr>
- Υπουργείο Υγείας: <http://www.moh.gov.gr>

Υποσημείωση: Οι ηλεκτρονικές πηγές προσπελάστηκαν κατά το χρονικό διάστημα: 1/09/2014 (ημερομηνία έναρξης) έως 30/04/2015 (τελευταία πρόσβαση).

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πηγή ερευνητικού εργαλείου:

Theofanides, F. and Papanikolaou, V. (2012). "Exploring and exploiting medical tourism opportunities in Greece", 2<sup>nd</sup> International Scientific Conference: Advances in Hospitality and Tourism Marketing & Management (31 May-3 June, 2012).



Ερωτηματολόγιο σχετικά με τον ιατρικό τουρισμό σε  
ελληνικές κλινικές του ιδιωτικού τομέα.

1. Ποιο έτος ιδρύθηκε η κλινική σας;

2. Πόσες κλίνες διαθέτει η κλινική σας;

3. Ποιος είναι ο αριθμός των επισκεπτών σας από το εξωτερικό κατά τα έτη 2010 έως 2014;

	Αριθμός επισκεπτών
<b>2010</b>	
<b>2011</b>	
<b>2012</b>	
<b>2013</b>	
<b>2014</b>	

4. Έχετε μειώσει τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρετε στους εκτός χώρας ασθενείς σας, ώστε να είναι πιο ανταγωνιστικές από τις αντίστοιχες του εξωτερικού;

- Ναι, τις έχουμε μειώσει
- Όχι, τις έχουμε αυξήσει
- Παραμένουν σταθερές



5. Είχατε μέχρι τώρα οποιαδήποτε είδους στήριξη από το ελληνικό κράτος για να αναπτύξετε την τουριστική ιατρική στην κλινική σας;

- Ναι, μόνο για την τουριστική ιατρική
- Ναι, για το σύνολο της επιχειρηματικής δραστηριότητας
- Όχι

6. Ποιες από τις ακόλουθες ιατρικές υπηρεσίες προσφέρετε στους ασθενείς σας; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία)

- Αισθητικές επεμβάσεις
- Οδοντιατρικές
- Οφθαλμολογικές
- Ορθοπαιδικές/Αποκατάστασης
- Καρδιοχειρουργικές
- Εξωσωματικής γονιμοποίησης
- Αιμοκάθαρσης
- Άλλες (προσδιορίστε)

7. Εκτός από ιατρικές, τι άλλου είδους υπηρεσίες προσφέρετε στους ασθενείς και ταυτόχρονα επισκέπτες της πόλης σας; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία)

- Φιλοξενία συγγενικών/φιλικών προσώπων
- Διαμονή πέραν της νοσηλείας
- Συνεργασία με ξενοδοχεία για διαμονή
- Συνεργασία με τουριστικά γραφεία για παροχή τουριστικών πακέτων
- Άλλες (προσδιορίστε)

8. Ποιους τρόπους και ποια μέσα διαφήμισης της κλινικής σας στο εξωτερικό έχετε επιλέξει; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Διαδίκτυο
- Διαφημίσεις σε περιοδικά
- Συνεργασία με τουριστικά γραφεία/πρακτορεία
- Διαφήμιση σε τηλεόραση
- Διαφήμιση σε ραδιόφωνο
- Διαμεσολαβητές
- Εταιρείες πιστοποίησης/αξιολόγησης
- Νοσοκομεία
- Ασφαλιστικοί οργανισμοί εξωτερικού
- Άλλος τρόπος (προσδιορίστε)

9. Συνεργάζεστε με εταιρείες διαμεσολαβητών (εταιρείες που βοηθούν στην επίτευξη συμφωνίας σας με τους πελάτες);

- Με εταιρείες διαμεσολαβητών στην Ελλάδα

- Με εταιρείες διαμεσολαβητών στο εξωτερικό

- Με εταιρείες σε εξωτερικό και Ελλάδα

- Δε συνεργαζόμαστε

10. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών σας από ποιες χώρες προερχόταν για το έτος 2014;

	Χώρα	Αριθμός
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

11. Έχετε δημιουργήσει σ' αυτές τις χώρες κάποια ιδιαίτερη διαφημιστική καμπάνια για να προσελκύσετε περισσότερο κόσμο; Και αν ναι, ποιο μέσο διαφήμισης χρησιμοποίησατε;

Ναι (ποια)

Όχι

<b>Χώρα</b>	<b>Διαφημιστική καμπάνια</b>

12. Θεωρείτε ότι σας έχει ευνοήσει η τοποθεσία της κλινικής σας για την καλύτερη εξέλιξη του ιατρικού τουρισμού που εφαρμόζετε;

Καθόλου

Ελάχιστα

Λίγο

Πολύ

Πάρα πολύ

13. Αν θεωρείτε ότι η τοποθεσία της κλινικής σας, σας έχει ευνοήσει πολύ ή πάρα πολύ επιλέξτε για ποιον από τους ακόλουθους λόγους; (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μία επιλογές)

- Αποτελεί θερινό τουριστικό προορισμό
- Αποτελεί χειμερινό τουριστικό προορισμό
- Είναι εύκολα προσβάσιμο (αεροδρόμιο, λιμάνι)
- Διαθέτει αρχαιολογικά αξιοθέατα
- Αποτελεί δημοφιλή τουριστικό προορισμό
- Άλλο (συμπληρώστε)

14. Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ασχοληθείτε με την τουριστική ιατρική στην κλινική σας;(μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μία επιλογές)

- Αύξηση κερδών
- Διεύρυνση υπηρεσιών
- Αγορά με μεγαλύτερα περιθώρια κέρδους
- Αύξηση αξιοποίησης πόρων της επιχείρησης
- Άλλο (συμπληρώστε)

15. Έχετε χρησιμοποιήσει κάποιους συγκεκριμένους τρόπους πιστοποίησης της ποιότητάς σας;

Και αν ναι, ποιοι είναι αυτοί;

Ναι (προσδιορίστε)

Όχι

16. Θεωρείτε, σύμφωνα με την εμπειρία σας, βιώσιμη μια κλινική που ασχολείται αποκλειστικά με την τουριστική ιατρική;

Ναι

Όχι

Ίσως υπό προϋποθέσεις (αναφέρετε)

17. Έχετε σαν στόχο να διευρύνετε μελλοντικά τις υπηρεσίες σας στην τουριστική ιατρική;

Ναι

Θα παραμείνουν ως έχουν

Θα μειωθούν

**Σας ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας στην διεξαγωγή αυτής της έρευνας.**

**Η συνεργασία σας είναι πολύτιμη.**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

## Medical Tourism\_theofanides

---

Από: **Faidon Theofanides** (faidontheofanides@hotmail.com)

Εστάλη: Παρασκευή, 25 Ιουλίου 2014 10:28:21 πμ

Προς: gikor@hotmail.gr (gikor@hotmail.gr)

1 συνημμένο

CP176.pdf (183,0 KB)

Καλημέρα Γιούλη,

με χαρά μας να χρησιμοποιήσεις το ερωτηματολόγιο, αρκεί στην διπλωματική σου να αναφέρεις την πηγή:

Theofanides, F. and Papanikolaou V. (2012), "Exploring and exploiting medical tourism opportunities in Greece", 2<sup>nd</sup> International Scientific Conference: Advances in Hospitality and Tourism Marketing & Management (31 May-3 June, 2012).

Σου έχω επισυνάψει και το σχετικό άρθρο που παρουσιάστηκε στο παραπάνω συνέδριο.

Επίσης, καλό θα ήταν όταν ολοκληρώνες την έρευνα να μας έστελνες μια σύνοψη των ευρημάτων διότι μας ενδιαφέρει το θέμα.

Καλό καλοκαίρι και καλή διπλωματική!

Φαίδων Θεοφανίδης

Λέκτορας Μάρκετινγκ

Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων Παν. Πατρών.